



## O-029 - ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL SOBRE EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL CÁNCER DE VESÍCULA INCIDENTAL (ENCAVI). FACTORES PRONÓSTICO GENERALES IMPLICADOS EN LA SUPERVIVENCIA

Perfecto Valero, Arkaitz<sup>1</sup>; Abradelo de Usera, Manuel<sup>2</sup>; Di Martino, Marcello<sup>3</sup>; Montalvá Orón, Eva María<sup>4</sup>; Ramos Rubio, Emilio<sup>5</sup>; Serradilla Martín, Mario<sup>6</sup>; Pérez Fernández, Silvia<sup>7</sup>; Prieto Calvo, Mikel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Cruces, Barakaldo; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Toledo, Toledo; <sup>3</sup>Department of Health Sciences, University of Piemonte Orientale, Novara; <sup>4</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia; <sup>5</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; <sup>6</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; <sup>7</sup>Instituto de Investigación Biobizkaia, Barakaldo.

### Resumen

**Objetivos:** En un 0,25-0,9% de las colecistectomías se diagnostica un cáncer de vesícula incidental (CVI). La mayoría son estadios I-II, con aproximadamente un 50% categorías T2 y un 30% T1. En estos supuestos, y realizándose cirugía radical de compleción (CRC) caso de T > 1a o afectación ganglionar locorregional, la supervivencia a 5 años se estima > 30% y > 80%, respectivamente. Estadios más avanzados tienen un pronóstico *malo*. Existen múltiples controversias sobre el manejo del CVI, como la necesidad de CRC en estadios T1b o la limitación para establecer una correcta estadificación por el reducido/nulo número de adenopatías inicialmente estudiadas. El objetivo fue identificar posibles factores pronóstico implicados en la supervivencia derivada del tratamiento del CVI.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo sobre los CVI intervenidos en España entre 2010-2019, con seguimiento hasta el 31/12/2022. Los datos clínicos fueron recogidos mediante registro REDCap. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa R, e incluyeron: Análisis univariante respecto a muerte, muerte por CVI y recidiva; Regresión de Cox ajustado a referencias (p. ej. Tis vs. T1a/T1b, etc.); Análisis multivariante respecto a muerte por CVI según un modelo de riesgos competitivos.

**Resultados:** 60 centros participaron en el estudio. Fueron registrados 732 pacientes, excluyéndose 58. En total fueron incluidos 674. La mediana de edad fue de 74 años (35-97) y el 64,9% eran mujeres. Las indicaciones más frecuentes de colecistectomía fueron colecistitis (51,1%) y cólico biliar (34,3%), un 61,3% fueron laparoscópicas y el 67,8% de los especímenes se informaron como R0. La estadificación T inicial fue del 25,2% Tis/T1, 49,8% T2, 23% T3, 1,9% T4. En un 56,9% el ganglio cístico no fue extirpado y en un 13,2% fue positivo para malignidad. 313 pacientes (46,4%) recibieron CRC, con un intervalo promedio de 64 días desde la colecistectomía. En un 34,5% se constató tumor residual, con resección R0 del 93,1%. La estadificación T final fue del 21,3% Tis/T1, 47,3% T2, 22,5% T3 y 8,9% T4. La estadificación N tras CRC fue del 61,4% N0, 25% N1, 2,9% N2 (10,7% Nx). Con una mediana seguimiento de 4,8 años, de forma global a 5 años la supervivencia de

los pacientes fue del 45,3%, y la supervivencia libre de enfermedad del 56,2%; observándose un incremento gradual del *hazard ratio* respecto a la muerte estadísticamente significativo a partir de la categoría #1 T2 (T2a: 3,1, T2b: 3,5, T3: 3,9, T4: 10,9), según la afectación ganglionar (Nx: 1,8, N1: 1,9, N2: 5,2) y la resección > R1 (R1: 1,26, R2: 1,83). Las variables con significación estadística en el análisis multivariante respecto a la muerte por CVI fueron la indicación por pólipo, la cirugía abierta o convertida, T #1 2, la resección R2 y la presencia de tumor residual en la CRC.

**Conclusiones:** La distribución del riesgo de mortalidad fue congruente al grado de categoría T, N y R; y estadísticamente significativa salvo para las categorías T1a, T1b y R1. Otros factores independientes implicados en el pronóstico fueron la colecistectomía abierta o convertida, la indicación por pólipo vesicular y la presencia de tumor residual en la CRC.