



## O-127 - RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO NACIONAL COPERNA ("TRATAMIENTO DEL COLANGIOPAPILOMA PERIHILIAR RESECANTE: REGISTRO NACIONAL"); ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PROCESO PREOPERATORIO

de la Serna, Sofía<sup>1</sup>; García-Botella, Alejandra<sup>1</sup>; López-López, Víctor<sup>2</sup>; Encinas, Jaime<sup>3</sup>; Bernal, Carmen<sup>4</sup>; Jaén, Isabel<sup>5</sup>; Diez-Valladares, Luis<sup>1</sup>; Robles, Ricardo<sup>2</sup>; Maina, Cecilia<sup>2</sup>; López, Francisco<sup>2</sup>; Gastaca Mateo, Mikel<sup>3</sup>; Perfecto Valero, Arkaitz<sup>3</sup>; Gómez Bravo, Miguel Ángel<sup>4</sup>; Pereira, Sheila<sup>4</sup>; Blanco, Gerardo<sup>5</sup>; Serradilla, Mario<sup>6</sup>; Fernandes, Nair<sup>7</sup>; Mora, Isabel<sup>8</sup>; García Monforte, Neus<sup>9</sup>; Navarro Moratalla, Carla<sup>8</sup>; Suárez, Miguel Ángel<sup>10</sup>; Ielpo, Benedetto<sup>11</sup>; Molina, Víctor<sup>12</sup>; Aguirre, Ignacio<sup>13</sup>; Pérez, Elia<sup>1</sup>; Flores, Carlos<sup>1</sup>; Fra, David<sup>1</sup>; Torres, Antonio José<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; <sup>3</sup>Hospital de Cruces, Barakaldo; <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>5</sup>Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz; <sup>6</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; <sup>7</sup>Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; <sup>8</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia; <sup>9</sup>Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; <sup>10</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; <sup>11</sup>Hospital del Mar, Barcelona; <sup>12</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; <sup>13</sup>Hospital Universitario de Donostia, Donostia.

### Resumen

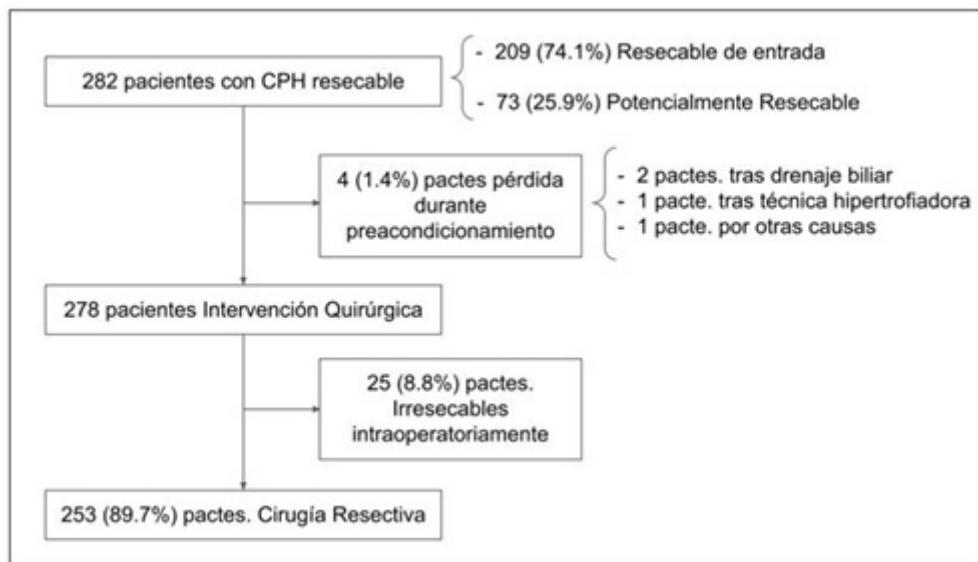
**Introducción:** El colangiocarcinoma perihiliar (CPH) es una patología infrecuente. Las publicaciones referentes a su manejo suelen basarse en series unicéntricas cortas, por lo que es difícil obtener evidencia científica sólida.

**Objetivos:** Evaluar resultados de una serie multicéntrica a nivel nacional, de pacientes con CPH resecable y analizar su manejo preoperatorio y tasa de resecabilidad.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, multicéntrico tipo Registro, de pacientes con CPH resecable, diagnosticados entre 1/01/2010-30/06/2023 (13 años) con seguimiento hasta 1/01/2024.

**Resultados:** Han participado 14 centros españoles, con volumen mínimo de 25 hepatectomías/año, 6 de ellos con programa de trasplante hepático. Se han incluido 282 pacientes (180 hombres/102 mujeres), edad media  $\pm$  DE de  $65,9 \pm 10$  años con ICC (Índice de comorbilidad de Charlson) medio  $4,35 \pm 2$  e IMC medio de  $26,4 \pm 4,6$  Kg/m<sup>2</sup>. El factor de riesgo más frecuente fue tabaquismo (24,7%). En todos los centros, los casos se discutieron en comité multidisciplinar (constituidos, al menos, por miembros de cirugía, radiología, oncología, digestivo y medicina nuclear). El número de casos intervenidos por centro osciló entre 7-55 pacientes. La TC (tomografía computarizada) y la RM (resonancia magnética) fueron las pruebas más empleadas para el diagnóstico, precisando de media  $2,5 \pm 0,9$  pruebas de imagen/paciente(min1-máx5). La clasificación Bismuth-Corlette fue utilizada por todos los centros, siendo el tipo más frecuente IIIA (70,24,8%) seguido por IIIB (60,21,3%), II (48,17%), IV (45,16%), I (45,16%) y no-especificado en 14 pacientes (5%). Un centro empleó además la clasificación de MSKCC y otro la ICGStaging for PHC. El 74,1% de los pacientes fueron considerados quirúrgicos de entrada y el resto potencialmente resecables. En cuanto al manejo preoperatorio, al 71,2% se realizó drenaje biliar (67,7% percutáneo) con una media de bilirrubina sérica de  $13,7 \pm 7,3$  mg/dL, de forma urgente en 11,5%. El 33,5% de pacientes drenados

(67 pacientes) precisaron #1 2 procedimientos. Tras el drenaje presentaron complicaciones mayores (#1 Clavien IIIa) 38 pacientes (19%) y 2 pacientes fueron desestimados para cirugía tras drenaje. Se realizaron técnicas hipertrofiadora en 20,6% (58 pacientes: 33 tipo IIIa, 11 tipo IV, 10 tipo II, 1 tipo I y 3 no-especificado); principalmente embolización portal (51 pacientes). 6 pacientes precisaron #1 2 procedimientos de hipertrofia. Presentaron complicaciones mayores 5 pacientes y 1 fue desestimado para cirugía tras el procedimiento. El 51% recibió valoración nutricional, 31,8% valoración funcional y en 12,7% se realizaron pruebas funcionales hepáticas. Respecto al tratamiento neoadyuvante, 5 pacientes lo recibieron (4 presentaron estabilidad, 1 respuesta parcial). Excluidos estos 5 pacientes, la media de tiempo transcurrido entre diagnóstico y cirugía fue  $56,9 \pm 41,4$  días. Tras estudio y preacondicionamiento, 98,5% pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica y 8,8% fueron considerados irresecables durante la cirugía. Finalmente 89,7% pacientes fueron resecados (fig.) y en 11% se modificó intraoperatoriamente el tipo de cirugía resectiva planeada.



**Conclusiones:** El CPH es una patología poco frecuente que precisa un largo y complejo proceso diagnóstico que implica varias especialidades. La clasificación Bismuth-Corlette es utilizada por todos los centros españoles participantes, permitiendo una correcta clasificación para la planificación posterior de estos pacientes. El manejo preoperatorio multidisciplinar muestra una baja tasa de complicaciones permitiendo el abordaje quirúrgico del 98,5%. Las tasas de resecabilidad de la serie son altas (89,7%), mayores de lo reportado en la literatura.