



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-090 - IMPACTO DEL MARGEN DE RESECCIÓN EN LA SUPERVIVENCIA DESPUÉS DE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS

Alberich, Marta<sup>1</sup>; Secanella, Luis<sup>1</sup>; Busquets, Juli<sup>1</sup>; Peláez, Núria<sup>1</sup>; Lladó, Laura<sup>1</sup>; Serrano, Teresa<sup>1</sup>; Laquente, Berta<sup>2</sup>; Fabregat, Juan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; <sup>2</sup>Institut Catalá d'Oncologia-Hospital Duran i Reynals, L'Hospitalet de Llobregat.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la influencia del margen de resección en la supervivencia global (OS) y libre de enfermedad (DFS) tras la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) por adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP).

**Métodos:** Se analizaron las DPC por ADP desde marzo 2007 hasta diciembre 2015 recogidas en una base de datos prospectiva. Se registraron variables clínicas, quirúrgicas, anatomopatológicas y evolutivas. Se definieron dos grupos de estudio: tejido tumoral a una distancia  $\geq 1$  mm (R1) vs margen “libre” (R0). Se realizó un análisis descriptivo. Se evaluó la asociación de las diferentes variables con cada grupo y se comparó su influencia con la OS y DFS mediante test de log-rank. Finalmente, se realizó un análisis multivariable mediante regresión de Cox seleccionando aquellas variables que mostraron un p-valor  $\leq 0,2$  en el estudio univariable. El cierre de seguimiento fue abril 2016.

**Resultados:** Se incluyeron 210 enfermos (43,8% mujeres) con una mediana de edad 68 años. En 33 (16%) se realizó resección venosa. La morbilidad y la mortalidad postoperatoria fue de 66% (139 enfermos) y 4% (9 enfermos) respectivamente. En 99 enfermos (47%) se objetivó afectación microscópica de algún margen (R1), siendo el más frecuentemente afectado el surco de la vena mesentérica superior (VMS, 61/99, 61,2%). Al cierre del estudio, 79 pacientes estaban vivos (37,6%) y 131 (62,4%) habían fallecido. En el grupo R0, la supervivencia actuarial mediana fue de 28,5 meses (IC95% 19,8 a 36,2 meses), mientras que en los R1 fue de 21,8 meses (IC95% 17,5 a 25,0 meses), no alcanzando estas diferencias la significación estadística ( $p = 0,07$ ). En el grupo R0 la supervivencia actuarial mediana libre de enfermedad fue de 16,3 meses (IC95% 11,4 a 41,9 meses), mientras que en los R1 fue de 15,9 meses (IC95% 12,2 a 22,9 meses), no alcanzando estas diferencias la significación estadística ( $p = 0,34$ ). En el análisis multivariable, los factores de riesgo de mortalidad a largo plazo fueron la hemorragia postoperatoria tipo A (HR 10,2, IC95% 1,76 a 59,2) y tipo B (HR 13,0, IC95% 3,74 a 45,0), el grado III de diferenciación celular (HR 12,1, IC95% 1,50 a 97,4), la presencia de adenopatías positivas (HR 1,88, IC95% 1,03 a 3,40) y la ausencia de tratamiento adyuvante (HR 1,79, IC95% 1,07 a 2,98). Los factores de riesgo de recidiva fueron la resecabilidad borderline (HR 4,01, IC95% 1,54 a 10,4), el vaciamiento gástrico lento tipo B (HR 2,31, IC95% 1,30 a 4,13), la hemorragia pospancreatectomía tipo B (HR 5,19, IC95% 1,58 a 17,0), la categoría pT4 (HR 42,3, IC95% 1,72 a 1.038), y la presencia de adenopatías afectadas (HR 2,48, IC95% 1,30 a 4,73).

**Conclusiones:** Según nuestra experiencia, la afectación microscópica del margen de resección quirúrgico tras la DPC por ADP no es un factor de riesgo de mortalidad o recidiva a largo plazo. El surco de la vena mesentérica superior se halla afectado frecuentemente tras la DPC por ADP.