



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-213 - MÁRGENES DE RESECCIONES POSITIVOS TRAS IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE ESTUDIO DE PIEZAS DE DUODENOPANCREATECTOMÍA: ¿CUÁL ES SU IMPACTO SOBRE LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO?

Di Martino, Marcello; Muñoz de Nova, José Luis; Mora Guzmán, Ismael; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: La fiabilidad de los protocolos de estudio de las piezas de duodenopancreatectomía cefálica (DPC) ha sido recientemente cuestionada, así como el real impacto de la positividad de los distintos márgenes de resecciones (R1) sobre el pronóstico. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto sobre la supervivencia a largo plazo de los adenocarcinomas de páncreas (ACP) sometidos a DPC cuyas piezas fueron analizadas con un protocolo de estandarizado (PE).

Métodos: Revisión de una base de datos mantenida de forma prospectiva de pacientes consecutivos sometidos a DPC entre 2005 y 2013. Se excluyeron los pacientes con tumores periampulares no pancreáticos, los pacientes con neoplasias quísticas, GIST y tumores neuroendocrinos. Se recogieron datos demográficos, variables preoperatorias, datos quirúrgicos, variables postoperatorias y de supervivencia de los ACP. Se compararon las piezas analizadas con un PE con las que habían sido analizadas antes de la introducción del PE (NoPE). Se evaluó el pronóstico oncológico de los R1 tras la introducción del PE en función de los distintos márgenes de resección. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 22. El análisis de las variables cualitativas se realizó mediante el test de chi-cuadrado y las variables cuantitativas con el test de t de Student para muestras independientes. El análisis de supervivencia se realizó con el test de Kaplan-Meier. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se sometieron a DPC 154 pacientes. Cuando se comparó el grupo PE con el NoPE, el primero presentó una mayor tasa de ganglios resecados (18 vs 9, $p = 0,003$), de N1 (60% vs 33,3%, $p > 0,001$) de invasión microvascular (78,8% vs 50%, $p = 0,001$) y de R1 (41,7% vs 18,0%, $p = 0,010$). En el grupo PE cuando se compararon con los ACP R1 con los R0, los primeros presentaron un estadio TNM más avanzado ($p = 0,022$), mayores tasas de N1 (78,9% vs 35,7%, $p = 0,029$), un mayor número de ganglios positivos encontrados en la pieza (3,7 vs 0,8, $p = 0,001$), una mayor tasa de cociente ganglionar superior al 15% (57,8% vs 14,3%, $p = 0,015$), de invasión microvascular y perienural (89,5% vs 57,1%, $p = 0,047$ y 100% vs 71,4%, $p = 0,029$, respectivamente). Las resecciones R1 en comparación a las R0 en el grupo PE presentaron mayores tasas de recurrencia (94,7% vs 57,1%, $p = 0,047$), menor supervivencia libre de enfermedad (SLE) (7 vs 16 meses, $p = 0,038$) y menor supervivencia global (SG) (13 vs 32 meses, $p = 0,002$). En relación al análisis de los distintos margen el margen medial fue responsable del aumento de la tasa de recurrencia (100% vs 65,1%, $p = 0,028$), de la disminución de la SLE (7 vs 14 meses, $p = 0,028$) y SG (13 vs 28 meses, $p = 0,022$), mientras que la positividad de los otros márgenes no influyó el pronóstico oncológico.

Conclusiones: La implantación de un PE aumenta la tasa de resección R1. Las piezas R1 de ACP analizadas con un PE presentan un aumento de la tasa de recurrencia y una disminución de la SLE y SG. El empeoramiento del pronóstico oncológico se relaciona con la positividad del margen de resección medial.