



# Cirugía Española



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

## OR-008 - FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD ESPECÍFICA POR CÁNCER Y RECIDIVA EN PACIENTES RESECADOS POR ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS *BORDERLINE* RESECABLE

Secanella Medayo, Luis<sup>1</sup>; Aramburu Munoa, Alba<sup>1</sup>; Peláez Serra, Núria<sup>1</sup>; Sorribas Grifell, Maria<sup>1</sup>; Laquente Saez, Berta<sup>2</sup>; Ruiz Osuna, Sandra<sup>1</sup>; Busquets Barenys, Juli<sup>1</sup>; Fabregat Prous, Juan<sup>1</sup>

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

### Resumen

**Objetivos.** Estimar la supervivencia específica por cáncer (CSS) y libre de progresión (PFS) en los pacientes resecados por adenocarcinoma de páncreas *borderline* por criterio anatómico (ADCPBR-A). Determinar los factores de riesgo de mortalidad y progresión en dicha cohorte.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, incluyendo los ADCPBR-A intervenidos de 2010 a diciembre de 2021. Registramos variables clínicas, oncológicas, quirúrgicas, posoperatorias, anatomopatológicas y evolutivas. Establecimos como fecha inicial el inicio del tratamiento neoadyuvante, y como fecha final el fallecimiento o último control. Calculamos la tasa de resección sobre el total de pacientes explorados, estableciendo como población de estudio los pacientes resecados. Definimos los grupos de estudio según radicalidad quirúrgica: "R0" las resecciones con células tumorales a más de 1 mm del margen de resección; R1 si hallamos células tumorales a menos de 1 mm del margen de resección; y R2 a la presencia de enfermedad tumoral residual macroscópica. Para cada grupo realizamos un análisis descriptivo inicial, así como de CSS y PFS mediante modelos de Kaplan y Meier, y se compararon mediante técnica de *log-rank*. Posteriormente identificamos los factores pronósticos de mortalidad y recidiva mediante modelos de regresión de riesgos competitivos.

**Resultados.** Intervenimos 61 pacientes (61p) con una tasa de resección del 85,3% (52p). Excluimos del análisis 2p con diagnóstico anatomopatológico final diferente del ADCP y el único paciente con resección R2, siendo nuestra población de estudio los 49p resecados por ADCPBR-A (23 mujeres, 46,9%, mediana de edad 64 años, rango de 41 a 79). El 51% de las resecciones fueron R0 (25p). Veintiún pacientes presentaron respuesta radiológica (42,9%) y en 4p no observamos respuesta biológica (CA19-9). Sobre un total de 24 resecciones vasculares (49,0%), realizamos 5 resecciones de tronco celíaco (*Appleby*, incluyendo 1 pancreatometomía total) por tumores localizados en cuello (10,2%). Tres pacientes presentaron regresión tumoral completa en el estudio anatomopatológico (6,1%). No hallamos diferencias entre los grupos de resección (R) para las diferentes variables estudiadas. Al final del estudio, 28p presentaban recidiva (57,1%) y 31p habían fallecido (63,3%). Con una mediana de seguimiento de 28,3 meses, la mediana de CSS en el grupo R0 y R1 fue de 38,2 y 28,6 meses respectivamente, sin alcanzar la significación estadística ( $p = 0,103$ ); la mediana de PFS en el grupo R0 y R1 fue de 33,1 y 16,1 meses respectivamente, siendo estas diferencias significativas ( $p = 0,036$ ). En el estudio multivariable, solo la transfusión perioperatoria resultó ser factor de riesgo de mortalidad específica por cáncer (SHR 3,96, IC95% 1,04-15,1,  $p = 0,044$ ); los factores de riesgo de

recidiva fueron la radioterapia preoperatoria (SHR 2,97, IC95% 1,39-6,34,  $p = 0,005$ ), la transfusión perioperatoria (SHR 8,08, IC95% 1,14-57,3,  $p = 0,037$ ) y el grado de regresión tumoral 3 (SHR 7,35, IC95% 1,39-38,8,  $p = 0,019$ ) y 4 (SHR 7,86, IC95% 1,55-39,7,  $p = 0,013$ ).

**Conclusiones:** Las resecciones R0 en ADCPBR-A tienden a mostrar mejor supervivencia específica por cáncer, y presentan una supervivencia libre de progresión superior. La transfusión perioperatoria demostró ser factor de riesgo de mortalidad específica y recidiva por ADCPBR-A, no así la resección R1.