



O-004 - RESECCIÓN DE VENA PORTA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS. ESTUDIO DE MORBI-MORTALIDAD

R. Morales Soriano, Á. Cuadrado García, J.C. Rodríguez Pino, J.M. Morón Canis, F.J. Molina, A. Pallisera, S. Tejada y A. Sánchez López

Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: Los avances de los últimos años han permitido asociar a la duodenopancreatetectomía cefálica estándar (DPC) resecciones venosas, con el objetivo de incrementar la tasa de resecabilidad en el cáncer de páncreas con infiltración vascular, sin aumentar significativamente la morbi-mortalidad.

Objetivos: Analizar la morbi-mortalidad y la supervivencia de una serie de pacientes con cáncer ductal de páncreas, en los que se realizó una DPC con resección de vena porta (RV+). Comparar los resultados con un grupo de pacientes con DPC estándar sin resección venosa (RV-).

Métodos: Estudio retrospectivo de una serie consecutiva de 63 pacientes intervenidos con adenocarcinoma ductal de páncreas, entre enero de 2005 y marzo de 2014. Se comparó un grupo de 52 pacientes con DPC estándar (RV-), con un grupo de 13 pacientes en los que se realizó una resección de vena porta (RV+).

Resultados: En 52 casos se realizó una resección estándar (RV-) y en 13 pacientes (20%) una resección venosa (RV+), de las cuales 3 fueron segmentarias (23%) y 10 laterales (77%). No se evidenciaron diferencias significativas en la edad (64,8 años en el grupo RV-, y 65,8 años en el grupo RV+), en la distribución por ASA, ni en la tasa de transfusión intraoperatoria ($0,5 \pm 0,1$ vs $1,2 \pm 0,5$ concentrados hematíes; $p = 0,26$). La duración de la intervención fue significativamente menor en el grupo RV- ($6,1 \pm 0,1$ vs $6,7 \pm 0,4$ horas; $p = 0,05$). La morbilidad grado III-IV de Clavien fue del 13,5% en el grupo RV- y del 15,3% en el grupo RV+ ($p = 0,87$). No hubo diferencias en la tasa de reintervención (10,9% vs 8,3%; $p = 0,80$), ni en la estancia hospitalaria ($15,6 \pm 1,4$ vs $13,1 \pm 1,6$; $p = 0,62$), entre el grupo RV- y el grupo RV+ respectivamente. La mortalidad global fue del 1,5%, con un fallecido en el grupo RV+ y ninguno en el grupo RV-. No se hallaron diferencias en el tamaño del tumor ($2,9 \text{ cm} \pm 0,1$ en el grupo RV- y $3,3 \text{ cm} \pm 0,2$ en el grupo RV+; $p = 0,41$). En el 67% de los pacientes con resección venosa se comprobó infiltración tumoral venosa. El seguimiento medio fue de 24,2 meses en el grupo sin resección venosa, con una supervivencia al año y dos años del 79,5 y 43,2% respectivamente. En el grupo con resección venosa el seguimiento fue de 19,5 meses, con supervivencia al año y dos años del 75 y 40% respectivamente, sin diferencias significativas.

Conclusiones: Asumiendo las limitaciones del estudio en cuanto al reducido número de pacientes con resección venosa y su carácter retrospectivo, podemos concluir que: 1) La DPC con resección venosa puede realizarse con tasas de morbi-mortalidad similares a la DPC estándar. 2) La supervivencia al año y dos años no muestra diferencias significativas entre los dos grupos. Este tipo de resección puede aumentar la tasa de resecabilidad en un grupo seleccionado de pacientes con adenocarcinoma de páncreas con infiltración

venosa, con el consiguiente aumento de la supervivencia en dicho grupo.