



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-130 - ENCUESTA SOBRE EL MANEJO PRE, INTRA Y POSTOPERATORIO EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR CÁNCER DE PÁNCREAS: ESTUDIO GECP (AEC/CE-IHPBA)

Ramía Ángel, Jose Manuel¹; Cugat, Esteban²; Gómez Bravo, Miguel Ángel³; Martín, Elena⁴; Muñoz Bellvis, Luis⁵; Padillo, F. Javier³; Sabater, Luis⁶; Serradilla, Mario⁷ y Hospitales GECP

¹Hospital General Universitario, Alicante; ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ⁴Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; ⁵Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca; ⁶Hospital Clínico Universitario, Valencia; ⁷Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: El tratamiento para CP en la cabeza pancreática es la duodenopancreatectomía cefálica (DPC), técnica con altas tasas de morbilidad, relacionadas teóricamente con el volumen de casos realizados y la experiencia quirúrgica. El manejo del CP varía ampliamente, debido a: ausencia de evidencia científica clara, limitaciones financieras, preferencias de los pacientes y opiniones de los cirujanos. Hay pocas encuestas sobre las decisiones quirúrgicas/oncológicas sobre CP, y ninguno ha establecido si difieren entre centros de volumen bajo/medio y alto. Presentamos una encuesta sobre las estrategias quirúrgicas/oncológicas aplicadas en España en estos pacientes.

Métodos: El Grupo Español de Cirugía Pancreática está formado por 72 hospitales. Estos hospitales realizan el 78% de las cirugías pancreáticas españolas. Se envió una encuesta sobre las estrategias terapéuticas en el manejo habitual pre, intra y postoperatorio en DPC, las características del centro y cirugías pancreáticas realizadas (2018). Las respuestas anónimas deberían reflejar las prácticas clínicas estándar. Definimos existencia de un criterio nacional común cuando el 80% de los encuestados aplicaron la misma práctica clínica.

Resultados: Recibimos 69 respuestas. Treinta hospitales (43,8%) son de volumen bajo/medio. En 2018, cada centro (media) realizaron 23 DPC, nueve distales y dos totales. Manejo preoperatorio: consenso interhospitalario > 80% en 7/16 preguntas (43,75%). Aplicación límite de edad; en cirróticos se usa Child-Pugh para decidir si cirugía; TC torácica preoperatoria; se realiza reconstrucción vascular (angioCT); PET-CT no se realiza sistemáticamente; si ictericia, decisión personalizada de drenaje habitualmente realizada por CPRE. No hubo diferencias significativas en el manejo preoperatorio según tipo de centro. Manejo intraoperatorio: consenso interhospitalario > 80% en 11/28 preguntas (39,3%). No se realiza laparoscopia diagnóstica sistemática; no lavado para citología; no DPC si carcinomatosis; se palpan los ganglios paraaórticos y si hay se extirpan; abordaje por laparotomía; se hace test de arteria gastroduodenal; linfadenectomía D2; estudio histológico intraoperatorio margen resección pancreática; se extirpa mesopancreas; no pancreatectomía total incluso con puntaje riesgo fístula alto; se usa tutor interno y drenajes abdominales. Los centros de volumen bajo/medio utilizan más reconstrucción en un asa. La linfadenectomía tipo D2, el cultivo biliar, el estudio intraoperatorio del margen biliar, el uso sistemático de pancreatoyeyunostomía y el uso de dos asas fueron significativamente más frecuentes en hospitales de gran

volumen (p 80% en 2/8 preguntas (25%): uso de nutrición enteral y medición sistemática de amilasa en drenajes. No hubo diferencias significativas entre hospitales de bajo/medio y alto volumen. En resumen, se obtuvo un consenso > 80% en 20 de las 52 preguntas (38,5%). Hubo diferencias significativas entre los hospitales de bajo/medio y alto volumen solo en 5/52 preguntas (9,6%) todas ellas de manejo intraoperatorio.

Conclusiones: Las 52 preguntas sobre variables en la DPC alcanzó un consenso interhospitalario (> 80% de los centros) en un 38,5% de las preguntas, superior al obtenido en otros países, y solo difieren en un 10% entre los centros de volumen bajo/medio y alto. Las diferencias teóricas entre hospitales de diferente tamaño no parecen deberse a las decisiones terapéuticas tomadas sino a su aplicación.