



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-109 - ¿LA PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA DISMINUYE LA MORBIMORBILIDAD? UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO (PROYECTO ERPANDIS)

Serradilla Martín, Mario¹; del Río Martín, Juan Vicente²; Blanco Fernández, Gerardo³; Rotellar Sastre, Fernando⁴; Sabater Ortí, Luis⁵; Carabias Hernández, Alberto⁶; Latorre Fragua, Raquel⁷; Ramia Ángel, José Manuel⁸

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; ²Hospital Auxilio Mutuo, San Juan; ³Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz; ⁴Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; ⁵Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia; ⁶Hospital Universitario de Getafe, Getafe; ⁷Hospital Universitario, Guadalajara; ⁸Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Resumen

Introducción: La mayoría de los cirujanos HBP consideran que la pancreatectomía distal laparoscópica (PDL) es el tratamiento estándar para los tumores del cuerpo-cola. Los estudios de coste-efectividad realizados no obtienen un beneficio económico y médico claro al comparar la pancreatectomía distal abierta (PDA) y PDL. El objetivo es evaluar la morbi-mortalidad a los 90 días en una serie de PD comparando los resultados obtenidos en PDA y PDL.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en 7 hospitales. Período: enero 2009 -diciembre 2018. Las complicaciones se midieron con clasificación de Clavien-Dindo. Las complicaciones mayores se definieron como ≥ IIIa. Las complicaciones pancreáticas se midieron utilizando definiciones de ISGPS. Los márgenes de resección se clasificaron mediante la clasificación del Royal College of Pathologists. La morbilidad y la mortalidad se midieron a 90 días.

Resultados: Se incluyeron 419 pacientes. 250 (59,7%) fueron PDA y 169 (40,3%) PDL. Ambos grupos fueron comparables, excepto el índice de Charlson, el tamaño tumoral, el tipo de resección, la resección esplénica y la resección vascular. Los datos se muestran en la tabla.

	Todos	PDL	PDA	p
	N = 419	N = 169	N = 250	
Mujer	216 (51,7%)	99 (58,6%)	117 (47,0%)	
Edad	60,7 (14,4)	59,9 (15,1)	61,3 (14,0)	0,344
IMC	26,9 (5,04)	26,8 (5,23)	26,9 (4,88)	0,739

Charlson	1,46 (1,75)	1,18 (1,50)	1,64 (1,88)	0,006
ASA:				0,160
I	29 (7,40%)	9 (5,36%)	20 (8,93%)	
II	201 (51,3%)	94 (56,0%)	107 (47,8%)	
III	155 (39,5%)	64 (38,1%)	91 (40,6%)	
IV	7 (1,79%)	1 (0,60%)	6 (2,68%)	
Sospecha afectación vascular	58 (13,9%)	16 (9,47%)	42 (16,9%)	0,045
Cierre muñón:				0,001
Grapadora	142 (49,8%)	80 (87,0%)	62 (32,1%)	
Grapadora + sutura	43 (15,1%)	10 (10,9%)	33 (17,1%)	
Sutura	95 (33,3%)	1 (1,09%)	94 (48,7%)	
Morbilidad	218 (52,2%)	89 (52,7%)	129 (51,8%)	0,943
Fístula pancreática:				0,540
Bioquímica	32 (47,1%)	11 (52,4%)	21 (44,7%)	
B	32 (47,1%)	10 (47,6%)	22 (46,8%)	
C	4 (5,88%)	0 (0,00%)	4 (8,51%)	
Tamaño tumor	4,32 (5,86)	2,76 (2,18)	5,39 (7,20)	0,001
Mortalidad 90 días	2,3%	0%	4,7%	0,016

Reingreso	79 (18,9%)	28 (16,6%)	51 (20,6%)	0,371
Páncreas extirpado:				0,001
Cola	118 (29,6%)	77 (46,7%)	41 (17,6%)	
Cuerpo-cola	246 (61,8%)	67 (40,6%)	179 (76,8%)	
Extended-left	34 (8,54%)	21 (12,7%)	13 (5,58%)	
Preservación esplénica	73 (17,5%)	41 (24,3%)	32 (13,0%)	0,004
Histología:				0,001
Adenocarcinoma	97 (23,2%)	17 (10,1%)	80 (32,0%)	
Cistoadenoma mucinoso	32 (7,64%)	23 (13,6%)	9 (3,60%)	
Cistoadenoma seroso	45 (10,7%)	25 (14,8%)	20 (8,00%)	
NMPI	32 (7,64%)	16 (9,47%)	16 (6,40%)	
Otros	141 (33,7%)	51 (30,2%)	90 (36,0%)	
TNE	61 (14,6%)	35 (20,7%)	26 (10,4%)	

Conclusiones: La PDL se realiza con mayor frecuencia en casos sin adenocarcinoma, el cierre del muñón generalmente se hace con grapadora y la conservación del bazo es casi del 25%. La PDA se realiza en más casos de adenocarcinoma y tumores más grandes, el cierre se realiza con sutura y la conservación esplénica es del 13%. La morbilidad es similar en ambos grupos, pero la mortalidad y los reingresos son mayores en el grupo PDA. Es necesario un ensayo clínico aleatorio prospectivo con grupos emparejados.