



O-168 - PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL ROBÓTICA EN PATOLOGÍA MAYORITARIAMENTE MALIGNA: ESTUDIO COMPARATIVO CON LA CIRUGÍA ABIERTA Y LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

H. Durán Giménez-Rico, B. Ielpo, I. Fabra Cabrera, E. Díaz Reques, C. Oliva Díaz, S. Olivares Pizarro, Y. Quijano Collazo, V. Ferri y E. Vicente López

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Resumen

Introducción: La introducción del abordaje laparoscópico en la cirugía exérética del cuerpo y cola del páncreas no ha sido tan rápida como el de otros procedimientos. Esta escasa profusión se debería al riesgo de una hemorragia incontrolable y al miedo a no poder desarrollar una cirugía oncológica radical (en tumores). La cirugía robótica y sus teóricas ventajas –instrumental con amplio grado de libertad de movimientos y eliminación el temblor- permitiría llevar a cabo esta cirugía con buen control vascular y con garantías oncológicas. La literatura médica de la última década así lo avala, sin embargo apenas sí se han comunicado hasta la fecha resultados quirúrgicos que comparen la pancreatectomía distal abierta (PDA), laparoscópica (PDL) y robótica (PDR). Así mismo, tampoco hay trabajos que comparen tales abordajes incluyendo en las tres series una mayoría de enfermos con patología maligna (superior al 70%).

Métodos: 13 PDR fueron realizadas en nuestro servicio entre octubre de 2010 y Marzo 2013. Este grupo fue comparado con 12 pacientes sometidos a una PDA y otros 12 sometidos a una PDL en el período marzo 2008 y marzo 2013. Hasta octubre del 2010, fueron PDA o PDL en función de la preferencia del cirujano y del enfermo. Desde octubre del 2010 fueron PDA o PDR. En esencia, a partir de esta fecha, toda vez que la elección del abordaje fuera mínimamente invasivo, se optó por la asistencia robótica. Las PDA con resección vascular realizadas en estos cinco años han sido excluidas.

Resultados: No hubo diferencias significativas en datos demográficos y clínicos (edad, sexo, ASA, porcentaje de patología maligna, SUV en el PETTAC, estadio TNM, tamaño tumoral y neoadyuvancia preoperatoria). Es importante significar que el porcentaje de patología maligna fue superior o igual al 70% en los tres grupos (70% robótico, 75% laparoscópico, 83% abierto). El índice de conversión fue inferior en el grupo robótico (1/13) (7,7%) frente al laparoscópico (4/12) (33,33%) ($p = 0,026$). El tiempo operatorio fue menor en el grupo PDR (300 mn) frente al PDL (350 mn) y al PDA (360) (NS). La mayor media de ganglios recogidos perteneció al grupo PDA (13,2), seguida del grupo PDR (12,5) y del grupo PDL (5) ($p = 0,046$). Ninguno de los pacientes en los tres grupos presentó márgenes positivos. Las complicaciones Clavien III-IV fueron 0% en el grupo PDR, 50% en el grupo PDL y 44% en el grupo PDA. Consiguentemente, la estancia hospitalaria fue superior en el grupo PDA (8,8 días grupo PDR, 19,16 días grupo PDL y 20,44 días grupo PDA) ($p = 0,035$).

Conclusiones: La pancreatectomía distal robótica es segura y eficaz en pacientes con patología mayoritaria maligna. Las resecciones oncológicas robóticas presentan menor índice de complicaciones y menor estancia

hospitalaria que las resecciones abiertas o laparoscópicas. Es preciso contrastar estos resultados con un estudio prospectivo casos control.