CIR ESP. 2019;97(Espec Congr 2):63

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-245 - PANCREATECTOMÍAS CON RESECCIÓN DEL TRONCO CELIACO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

Ramia, José Manuel[1]; Quijano, Yolanda[2]; Villegas, Trinidad[3]; López Rojo, Irene[4]; Díez, Luis[5]; Pereira, Fernando[6]; Herrera, Javier[7]; García, Maribel[8]; González, Antonio[9]

[1]Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara; [2]HM San Chinarro, Madrid; [3]Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; [4]Fundacion Jiménez Díaz, Madrid; [5]Hospital Clínico San Carlos, Madrid; [6]Hospital Universitario Fuenlabrada, Fuenlabrada; [7]Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; [8]Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa; [9]Quirón Málaga, Málaga.

Resumen

Introducción: La pancreatectomía total (TP), la duodepancreatectomía (DPC) y la pancreatectomía distal (PD) acompañadas de resección del eje celíaco (CAR) se realizan en pacientes con cáncer pancreático localmente avanzado. Las tasas de morbilidad y mortalidad de estos procedimientos son muy altas y el beneficio real en una mejor tasa de supervivencia no está completamente confirmado.

Objetivos: Medir la morbilidad y la mortalidad a los 90 días, la estancia hospitalaria y las tasas de supervivencia en pacientes en los que realizamos PT/DPC o PD acompañada de CAR y comparar ambos grupos

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Criterios de inclusión: paciente operado de cáncer de páncreas que se realice cirugía pancreática más CAR. La recolección de datos se cerró el 31 de marzo de 2018. Se estudiaron datos preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios. Las complicaciones se midieron con la clasificación de Clavien a los 90 días. Las complicaciones pancreáticas específicas se midieron utilizando las clasificaciones ISGPS. Se utilizaron las pruebas t de chi cuadrado o de Student para comparar variables categóricas o continuas. Se utilizó el estimador de Kaplan-Meier para calcular la supervivencia global. El nivel de significación se fijó en 0,05.

Resultados: 62 pacientes estudiados: PT/DPC (17) y PD (45). El 50% de los pacientes son varones, la edad media es de 59,5 años, y el 62,9% de los pacientes recibió neoadyuvancia preoperatoria. Ambos grupos son homogéneos en cuanto a sexo, edad, IMC, CEA preoperatorio, neoadyuvancia preoperatoria. El CA19-9 al diagnóstico (822 UI/ml frente a 124) y el CEA posquimioterapia (4,65 ng/ml frente a 0,86) es mayor en el grupo PD. El porcentaje de embolización preoperatoria de la arteria hepática es mayor en el grupo DP (36,6 frente a 5,9%). La morbilidad mayor (> IIIA) de la serie fue 46,8%, la mortalidad del 17,7% y la estancia fue de 21,8 días. El tiempo operatorio del grupo PT/DPC fue mayor, las complicaciones operatorias (morbilidad y mortalidad) no difieren estadísticamente en ambos grupos. Los análisis uni y multivariante efectuados confirmaron que la técnica quirúrgica efectuada no influye en la tasa de morbilidad y mortalidad ni en la supervivencia. La tasa de R0 de toda la serie es del 74,2%. El número de ganglios extirpados es mayor en el grupo

PT/DPC (26,5 frente a 17,3) y con mayor ratio de ganglios positivos (17,9% frente a 7,6%). La supervivencia total y libre de enfermedad de la serie es de 13,5 (TP/DPC) y 8,9 meses (PD), y no difieren estadísticamente entre ambos grupos.

Conclusiones: La CAR combinada con pancreatectomía es un procedimiento quirúrgico con alta morbilidad y mortalidad. En nuestra serie, la supervivencia a 2 años es del 40%, pero la supervivencia libre de enfermedad es del 0%. El tipo de pancreatectomía no está relacionado con supervivencia, la morbilidad y la mortalidad, sino está ligada a la resección arterial (CAR).

0009-739X © 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados