



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

Ramírez, José Manuel<sup>1</sup>; Quijano, Yolanda<sup>2</sup>; Villegas, Trinidad<sup>3</sup>; López Rojo, Irene<sup>4</sup>; Díez, Luis<sup>5</sup>; Pereira, Fernando<sup>6</sup>; Herrera, Javier<sup>7</sup>; García, Maribel<sup>8</sup>; González, Antonio<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara; <sup>2</sup>HM San Chinarro, Madrid; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; <sup>4</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid; <sup>5</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>6</sup>Hospital Universitario Fuenlabrada, Fuenlabrada; <sup>7</sup>Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; <sup>8</sup>Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa; <sup>9</sup>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 ISGUPS. 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).