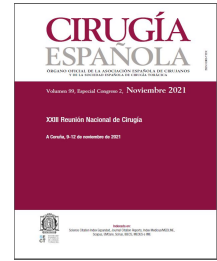




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-035 - ¿ES LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON RESECCIÓN VISCERAL AÑADIDA UN PROCEDIMIENTO SEGURO?

Jódar Salcedo, Cristina Rosel; Castillo Tuñón, Juan Manuel; Botello Martínez, Francisco; Lavado Andújar, María Inmaculada; García Gómez, Begoña; Borrás Jiménez, Angélica María; de Armas Conde, Noelia; Blanco Fernández, Gerardo

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Objetivos: Tradicionalmente, los cánceres de páncreas localmente avanzados se consideraban irresecables ante la dificultad de conseguir márgenes tumorales libres tras realizar una duodenopancreatectomía cefálica. Debido a la continua evolución de las técnicas quirúrgicas, mediante una duodenopancreatectomía cefálica con resección visceral añadida, en pacientes seleccionados, puede conseguirse una resección R0, pero se trata de intervenciones cuya técnica quirúrgica es compleja y no está exenta de complicaciones. El objetivo principal de este estudio es describir nuestra cohorte de pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica con sección visceral añadida y compararla en términos de mortalidad precoz con un grupo de pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica convencional.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica en nuestro centro durante el período 2006-2020. Los pacientes se dividieron en dos grupos según se hubiera realizado duodenopancreatectomía convencional (DPC) o con resección visceral añadida (DPC-RVA). Analizamos variables demográficas, relacionadas con la comorbilidad y características preoperatorias, de la intervención quirúrgica y del curso posoperatorio, especialmente variables relacionadas con la morbilidad posquirúrgica. Inicialmente llevamos a cabo un estudio descriptivo de nuestra cohorte de pacientes con resección visceral añadida y posteriormente un estudio comparativo uni y multivariante entre ambos grupos de pacientes, centrándonos en comparar las tasas de morbilidad y de complicaciones generales y específicas en el posoperatorio entre los grupos de pacientes descritos.

Resultados: Se realizaron un total de 434 duodenopancreatectomías cefálicas. En 23 de ellas se realizó resección visceral añadida, de las cuales el 56,5% fueron hemicolectomías derechas. A nivel anatomopatológico el 47,8% correspondieron a adenocarcinomas ductales. El 50% de los pacientes presentó un ASA II. Al estudiar la homogeneidad entre el grupo de pacientes DPC-RVA con un grupo de DPC convencionales, solo hubo diferencias en el tamaño tumoral, el cual fue superior en el grupo de DPC-RVA. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de complicaciones generales (60,9% vs. 54,5% $p = 0,702$) ni complicaciones quirúrgicas (52,2% vs. 42% $p = 0,454$). Tampoco hay diferencias en las tasas de complicaciones específicas como la fístula biliar (4,35% vs. 4,62% $p = 1$), fístula pancreática (21,7% vs. 23,6% $p = 1$), retraso del vaciamiento

gástrico (4,35% vs. 4,38% $p = 1$) ni hemorragia pospancreatectomía (4,35% vs. 10,8% $p = 0,493$). En las tasas de mortalidad precoz no se encontraron diferencias entre el grupo de duodenopancreatectomía cefálica ampliada frente a la convencional (12,5% vs. 7,4% $p = 0,08$).

Conclusiones: La duodenopancreatectomía cefálica con resección visceral añadida podría considerarse como un procedimiento seguro y factible, en pacientes seleccionados que presenten cánceres de páncreas localmente avanzados o con tumores sincrónicos, asociando tasas de morbimortalidad similares a la duodenopancreatectomía cefálica convencional.