



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-114 - RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DEL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS CON RESECCIÓN PORTAL

Ruiz García, Beatriz de los Ángeles; Cuevas López, María Josefa; Cepeda Franco, Carmen; Bernal Bellido, Carmen; Suárez Artacho, Gonzalo; Álamo Martínez, Jose María; Padillo Ruiz, Francisco Javier; Gómez Bravo, Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Evaluar los resultados quirúrgicos y oncológicos de la cirugía del adenocarcinoma de páncreas con o sin resección portal concomitante.

Métodos: Estudio de casos y controles retrospectivo sobre pacientes intervenidos de adenocarcinoma de páncreas asociando o no resección portal. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos con diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma pancreático en los que se llevó a cabo cirugía curativa desde 2015 a 2021 en nuestro centro. Se analizaron las características basales de los pacientes, datos prequirúrgicos oncológicos, tipo de procedimiento quirúrgico, morbilidad posquirúrgica, resultados oncológicos y supervivencia.

Resultados: Se intervinieron 118 pacientes con confirmación histológica de adenocarcinoma de páncreas, de los cuales 43 (36,44%) precisaron resección portal. El 50,8% de los pacientes eran hombres frente al 49,2% de mujeres. La mediana de edad fue de 69 años en el grupo sin resección portal y de 64 años en el grupo con resección, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,152$). Con respecto al tipo de cirugía, la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) fue la mayoritaria (56,8%) seguida de la duodenopancreatectomía total (DPT) (32,2%), siendo esta última la que conllevó mayor tasa de resección portal. De forma estadísticamente significativa, los pacientes con resección portal presentaban estadios preoperatorios más avanzados (39,5% tumores borderline y 6,9% tumores irresecables) que el grupo sin resección portal (84% tumores resecables de entrada) ($p = 0,001$). Con respecto a la neoadyuvancia, solo 14 de los 118 pacientes la recibieron, de los que 10 asociaron resección portal (71,4%), mientras que, de los 104 pacientes restantes, tan solo 33 presentaron resección portal (31,7%), encontrando una diferencia significativa ($p = 0,004$). En cuanto a la morbilidad posquirúrgica, no encontramos diferencias significativas al asociar o no resección portal ni con respecto al tiempo de ingreso ($p = 0,764$), tasa de reintervención ($p = 0,99$) o mortalidad precoz ($p = 0,574$). En relación con los resultados oncológicos, la calidad de la resección (R0-margen libre vs. R1-borde afecto microscópicamente + R2-borde afecto macroscópicamente) no presentaba diferencias significativas al llevar a cabo o no resección venosa ($p = 0,299$). El 34,8% de los pacientes sin resección portal y el 61,5% de los pacientes con resección portal presentaron recidiva local, encontrando aquí diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,007$). Sin embargo, no encontramos diferencias en el caso de la recidiva a distancia ($p = 0,232$). Por último, tampoco encontramos diferencias significativas en la supervivencia libre de enfermedad ($\log rank = 0,571$) ni en la supervivencia global ($\log rank = 0,911$) de la serie.

Conclusiones: En nuestra serie, la necesidad de resección portal para la cirugía curativa del adenocarcinoma de páncreas está asociada a estadios preoperatorios avanzados y, consecuentemente, a la necesidad de neoadyuvancia previa. La resección portal no conlleva impacto en la morbilidad posquirúrgica y, aunque está asociada a mayor tasa de recidiva local, esta no parece tener influencia en las tasas de supervivencia libre de enfermedad ni global.