



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-106 - ¿ESTÁ JUSTIFICADA LA REALIZACIÓN DE RESECCIONES VASCULARES VENOSAS EN EL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS? RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO

Fernández Moreno, María del Carmen; Martínez Doménech, Álvaro; Barrios Carvajal, María Eugenia; Mora, Isabel; Sabater, Luis; Garcés, Marina; Muñoz, Elena; Ortega, Joaquín

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

### Resumen

**Introducción:** La resección del eje venoso mesentérico-portal asociada a la pancreatectomía en el tratamiento quirúrgico del cáncer de páncreas continúa siendo controvertida. En la literatura existen resultados dispares en cuanto a los riesgos y beneficios de la técnica. El objetivo del presente trabajo es valuar comparativamente los resultados de la pancreatectomía con y sin resección venosa asociada, en una serie de pacientes con cáncer de páncreas intervenidos quirúrgicamente con intención curativa.

**Métodos:** Se han incluido 115 pacientes con adenocarcinoma de páncreas intervenidos quirúrgicamente entre 1998-2015: 98 pacientes fueron sometidos a pancreatectomía sin resección venosa (grupo RV-) y 17 requirieron resección venosa (grupo RV+). Se compararon la morbilidad, tasa de resección R0/R1, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, requerimientos transfusionales, número de ganglios resecados y supervivencia a largo plazo. Se realizó un subanálisis de la tasa de resección R1 y la supervivencia en el grupo de pacientes con tumores en la categoría T3 (TNM/AJCC).

**Resultados:** La morbilidad postoperatoria fue del 64,3% en el grupo RV- y 76,5% en el grupo RV+ ( $p = 0,327$ ). No hubo diferencias en cuanto a la gravedad Clavien-Dindo de las complicaciones. La mortalidad postoperatoria fue 3,1% en el grupo RV- y 5,9% en el grupo RV+ ( $p = 0,477$ ). Las tasas de resección R1 fueron 41,8% en el grupo RV- y 64,7% en el grupo RV+ ( $p = 0,080$ ). La duración de la cirugía fue mayor en el grupo RV+ que en el RV- ( $418 \pm 79$  vs  $332 \pm 68$  min.  $p < 0,001$ ). La estancia hospitalaria fue de  $18 \pm 9$  días en el grupo RV- y  $18 \pm 12$  en el grupo RV+ ( $p = 0,314$ ). Las tasas de transfusión fueron 28,6% y 47,1% para los grupos RV- y RV+, respectivamente ( $p = 0,129$ ). La mediana del número de ganglios resecados fue significativamente mayor en el grupo RV+ que en el grupo RV- (24 vs 10). La supervivencia a largo plazo no presentó diferencias significativas: mediana de 22 meses en el grupo RV- y 30 meses en el RV+; supervivencia a 1, 2 y 5 años del 71,2%, 39% y 10,5% para el grupo RV- y 73,9%, 66,6% y 16,6% para el grupo RV+. Las tasas de resección R1 de los casos T3 fueron de 48,4% para el grupo RV- y 68,8% para el grupo RV+ ( $p = 0,146$ ). Las diferencias en supervivencia de los casos T3 se aproximaron a la significación estadística ( $p = 0,058$ ): mediana de 17 meses para el grupo RV- y 30 meses para el grupo RV+; supervivencia a 1, 2 y 5 años del 64,8%, 32,1% y 2,1% en el grupo RV- y 73,7%, 66,3% y 16,6% en el grupo RV+.

**Conclusiones:** En nuestra serie, la resección venosa asociada a pancreatectomía no conlleva mayor morbilidad, y consigue igualar la supervivencia a largo plazo a la de los pacientes que no necesitan

resección venosa. En consecuencia, la resección venosa está indicada cuando su realización es necesaria para conseguir la extirpación del tumor.