



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-189 - RESULTADOS A LOS DOS AÑOS DE IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA PANCREÁTICA

Marín Ortega, Héctor; Saa Álvarez, Raúl; Uriarte González, Javier; Larzábal Arechabala, Andoni; Alonso Carnicero, Patricia; Aranda Escaño, Elena María; Santidrián Martínez, José Ignacio; Colina Alonso, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: La cirugía de la glándula pancreática constituye una subespecialidad de la cirugía general, que en la mayor parte de los hospitales se engloba dentro de la llamada cirugía HBP. Es una cirugía técnicamente exigente y precisa de un manejo multidisciplinar con técnicas muy específicas para obtener buenos resultados, que están claramente influenciados por el volumen de casos tratados. En este sentido, en nuestro centro (terciario de aprox. 900 camas) se implantó una unidad específica de cirugía pancreática en enero de 2016, con el fin de centralizar los casos y mejorar los resultados.

Métodos: Presentamos los resultados acumulados en los dos primeros años de funcionamiento de nuestra unidad.

Resultados: Cirugías programadas: 93 (aproximadamente 1 caso/semana), 38 duodenopancreatectomías, 38 pancreatectomías izquierdas, 6 laparotomías exploradoras por neoplasias irresecables, 2 ampulectomías, 2 pancreatectomías de Beger, 2 duodenectomías, 5 pancreatoyeyunostomías laterolaterales. Etiología: 43 adenocarcinomas de páncreas, 18 tumores neuroendocrinos, 3 NMPI, 3 SCN sintomáticos, 2 MCN, 8 pancreatitis crónicas. Edad mediana: 65 años. Mortalidad global: 5'4% (5 casos/93). Morbilidad global significativa (Clavien-Dindo ? III): 25'8%. Estancia hospitalaria mediana: 12 días (16 días tras DPC, 10 días tras pancreatectomías izquierdas). Dentro de las 38 DPC, el 89% fue por patología maligna. Fístula pancreática: 13/38 (34%), 8 casos grado A, 5 casos grados B/C (13%). Morbilidad significativa: 26%. De las pancreatectomías izquierdas, 7 fueron por adenocarcinoma, 16 por tumores neuroendocrinos, 2 por metástasis aisladas, 9 por neoplasias quísticas. Fístula pancreática: 12/38 (32%), de las cuales grado B/C: 3/38 (7'9%). Morbilidad significativa: 21%. Hemos iniciado la curva de aprendizaje en abordaje laparoscópico, 4 casos se completaron por dicha vía con buenos resultados (estancia mediana 7 días, morbilidad significativa 0%, fístula pancreática 50%, todas grado A). En cuanto al adenocarcinoma de páncreas resecable se intervinieron 43 casos, de los cuales el 79% precisaron DPC y el 17% esplenopancreatectomía izquierda. Edad mediana: 66 años. Recibieron tratamiento QT neoadyuvante 7 casos (16%). Precisarons resección venosa 6 casos (14%). Mortalidad: 3 casos (7%), todos en pacientes con comorbilidades significativas. Se logró una resección R0 en el 48%, el R1 fue por afectación de márgenes anterior y posterior en 15 casos y por afectación del margen vascular en 6 casos. La morbilidad significativa (Clavien-Dindo ? III) fue del 37%. Recibieron QT adyuvante poco más de la mitad de los casos (53%). Hasta el momento, seguimiento mediana de 15 meses, con una supervivencia al año del 79% y una supervivencia libre de enfermedad al año del 71%. En los casos que han recaído el tiempo mediana ha sido de 7 meses tras la cirugía. Asimismo, hemos tratado 7 pancreatitis necrohemorrágicas, 3 de ellas con abordaje retroperitoneal

VARD, una mediana de 3 intervenciones semiprogramadas por caso y ninguna muerte.

Conclusiones: La cirugía de la glándula pancreática es exigente y generalmente gravada con una elevada morbilidad, lo cual puede justificar la creación de equipos quirúrgicos específicos siempre que se centralicen casos y se logre un volumen de patología suficiente. Creemos que nuestros resultados son aceptables en este punto aunque hay todavía claro margen de mejora.