



O-305 - EVALUACIÓN DE LA RECIDIVA TRAS UNA PANCREATECTOMÍA PARCIAL POR NEOPLASIA PAPILAR MUCINOSA INTRADUCTAL (ESTUDIO RIMNAS). ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO. DATOS PRELIMINARES

Juez, Luz Divina¹; Cortese, Sergio²; Jaén Torrejimeno, Isabel³; Pérez Reyes, María⁴; Pérez Aguirre, Elia⁵; Domingo, Carlos⁶; García, Neus⁷; Sanjuanbenito Dehesa, Alfonso¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; ³Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz; ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ⁶Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia; ⁷Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: Las neoplasias papilares mucinosas intraductales (NPMI) pancreáticas representan probablemente un "defecto de campo" pancreático, es decir, todas células epiteliales ductales pancreáticas corren el riesgo de sufrir cambios displásicos. Las series actuales estiman que el 25-41% de todos los NPMI de rama secundaria son multifocales. En los casos en los que la enfermedad multifocal se limita a una región pancreática se recomienda una pancreatectomía anatómica segmentaria y si no puede delimitarse adecuadamente debería realizarse una pancreatectomía total. Incluso entonces, es razonable realizar una resección segmentaria para extirpar los NPMI de mayor riesgo oncológico y vigilar las lesiones restantes. Sin embargo, no muchas existen series a largo plazo que evalúen la recidiva de la enfermedad a largo plazo.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue conocer la incidencia de recurrencia tras la cirugía resectiva pancreática parcial, así como sus complicaciones a largo plazo tras el diagnóstico de NPMI.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico (8 centros nacionales) observacional retrospectivo desde enero 2010 hasta 31 diciembre 2020. Como criterios de inclusión fueron edad >= 18 años, diagnóstico preoperatorio NPMI y cirugía por NPMI. Criterios de exclusión: ausencia de seguimiento menor 1 año, cirugía pancreática previa (reintervenciones) o enfermedad metastásica al diagnóstico. Se recogieron las siguientes variables: sociodemográficas (edad, sexo, comorbilidades antecedentes familiares de cáncer de páncreas, riesgo anestésico según clasificación ASA), variables analíticas prequirúrgicas (CEA, CA 19,9), variables radiológicas y de localización lesión y relación con el ducto, número de lesiones, tipo de resección y complicaciones posoperatorias. Además, se evaluó la recidiva a largo plazo que se definió como: evidencia radiológica de nuevas lesiones quísticas en el páncreas remanente > 1 cm. aumento del diámetro de una lesión quística residual en el remanente en más del 50% durante la vigilancia posoperatoria o desarrollo de cáncer de páncreas localizado o metastásico comprobado histológicamente.

Resultados: Se han analizado 82 pacientes con un predominio de varones (52%) y en su mayoría

ASA grado II (63%). La indicación quirúrgica por tipo de NPMI mayoritaria fue el NPMI de rama principal (43%) seguido de rama secundaria (24%) y mixtos (33%). La indicación quirúrgica durante el seguimiento fue la dilatación del ducto principal seguida del crecimiento de tamaño del quiste. Con estas indicaciones, la cirugía más realizada fue la DPC (56,9%) seguida de una pancreatectomía distal (24%) y hasta un 12,1% de pancreatectomías totales. Durante el seguimiento se detectaron 6,3% de recidivas (5 pacientes) que fueron en su mayoría por desarrollo de cáncer en el remanente pancreático (60%).

Conclusiones: La indicación de resección pancreática en la mitad de los pacientes fueron NPMI múltiples mixtos o de rama secundaria. Aunque este estudio se encuentra pendiente de completar datos definitivos, los datos preliminares han recogido una baja recidiva apuntando a la hipótesis de que los NPMI múltiples, se debe valorar cada quiste de forma independiente y realizar resecciones segmentarias si es posible.