



## O-109 - ¿LA PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA DISMINUYE LA MORBIMORBILIDAD? UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO (PROYECTO ERPANDIS)

Serradilla Martín, Mario<sup>1</sup>; del Río Martín, Juan Vicente<sup>2</sup>; Blanco Fernández, Gerardo<sup>3</sup>; Rotellar Sastre, Fernando<sup>4</sup>; Sabater Ortí, Luis<sup>5</sup>; Carabias Hernández, Alberto<sup>6</sup>; Latorre Fragua, Raquel<sup>7</sup>; Ramia Ángel, José Manuel<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; <sup>2</sup>Hospital Auxilio Mutuo, San Juan; <sup>3</sup>Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz; <sup>4</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; <sup>5</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia; <sup>6</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>7</sup>Hospital Universitario, Guadalajara; <sup>8</sup>Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

### Resumen

**Introducción:** La mayoría de los cirujanos HBP consideran que la pancreatectomía distal laparoscópica (PDL) es el tratamiento estándar para los tumores del cuerpo-cola. Los estudios de coste-efectividad realizados no obtienen un beneficio económico y médico claro al comparar la pancreatectomía distal abierta (PDA) y PDL. El objetivo es evaluar la morbi-mortalidad a los 90 días en una serie de PD comparando los resultados obtenidos en PDA y PDL.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en 7 hospitales. Período: enero 2009 - diciembre 2018. Las complicaciones se midieron con clasificación de Clavien-Dindo. Las complicaciones mayores se definieron como  $\geq$  IIIa. Las complicaciones pancreáticas se midieron utilizando definiciones de ISGPS. Los márgenes de resección se clasificaron mediante la clasificación del Royal College of Pathologists. La morbilidad y la mortalidad se midieron a 90 días.

**Resultados:** Se incluyeron 419 pacientes. 250 (59,7%) fueron PDA y 169 (40,3%) PDL. Ambos grupos fueron comparables, excepto el índice de Charlson, el tamaño tumoral, el tipo de resección, la resección esplénica y la resección vascular. Los datos se muestran en la tabla.

|          | Todos<br>N = 419 | PDL<br>N = 169 | PDA<br>N = 250 | p     |
|----------|------------------|----------------|----------------|-------|
| Mujer    | 216 (51,7%)      | 99 (58,6%)     | 117 (47,0%)    |       |
| Edad     | 60,7 (14,4)      | 59,9 (15,1)    | 61,3 (14,0)    | 0,344 |
| IMC      | 26,9 (5,04)      | 26,8 (5,23)    | 26,9 (4,88)    | 0,739 |
| Charlson | 1,46 (1,75)      | 1,18 (1,50)    | 1,64 (1,88)    | 0,006 |
| ASA:     |                  |                |                | 0,160 |
| I        | 29 (7,40%)       | 9 (5,36%)      | 20 (8,93%)     |       |
| II       | 201 (51,3%)      | 94 (56,0%)     | 107 (47,8%)    |       |
| III      | 155 (39,5%)      | 64 (38,1%)     | 91 (40,6%)     |       |
| IV       | 7 (1,79%)        | 1 (0,60%)      | 6 (2,68%)      |       |

|                              |             |             |             |         |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| Sospecha afectación vascular | 58 (13,9%)  | 16 (9,47%)  | 42 (16,9%)  | 0,045   |
| Cierre muñón:                |             |             |             | < 0,001 |
| Grapadora                    | 142 (49,8%) | 80 (87,0%)  | 62 (32,1%)  |         |
| Grapadora + sutura           | 43 (15,1%)  | 10 (10,9%)  | 33 (17,1%)  |         |
| Sutura                       | 95 (33,3%)  | 1 (1,09%)   | 94 (48,7%)  |         |
| Morbilidad                   | 218 (52,2%) | 89 (52,7%)  | 129 (51,8%) | 0,943   |
| Fístula pancreática:         |             |             |             | 0,540   |
| Bioquímica                   |             |             |             |         |
| B                            | 32 (47,1%)  | 11 (52,4%)  | 21 (44,7%)  |         |
| C                            | 4 (5,88%)   | 0 (0,00%)   | 4 (8,51%)   |         |
| Tamaño tumor                 | 4,32 (5,86) | 2,76 (2,18) | 5,39 (7,20) | < 0,001 |
| Mortalidad 90 días           | 2,3%        | 0%          | 4,7%        | 0,016   |
| Reingreso                    | 79 (18,9%)  | 28 (16,6%)  | 51 (20,6%)  | 0,371   |
| Páncreas extirpado:          |             |             |             | < 0,001 |
| Cola                         | 118 (29,6%) | 77 (46,7%)  | 41 (17,6%)  |         |
| Cuerpo-cola                  | 246 (61,8%) | 67 (40,6%)  | 179 (76,8%) |         |
| Extended-left                | 34 (8,54%)  | 21 (12,7%)  | 13 (5,58%)  |         |
| Preservación esplénica       | 73 (17,5%)  | 41 (24,3%)  | 32 (13,0%)  | 0,004   |
| Histología:                  |             |             |             | < 0,001 |
| Adenocarcinoma               | 97 (23,2%)  | 17 (10,1%)  | 80 (32,0%)  |         |
| Cistoadenoma mucinoso        | 32 (7,64%)  | 23 (13,6%)  | 9 (3,60%)   |         |
| Cistoadenoma seroso          | 45 (10,7%)  | 25 (14,8%)  | 20 (8,00%)  |         |
| NMPI                         | 32 (7,64%)  | 16 (9,47%)  | 16 (6,40%)  |         |
| Otros                        | 141 (33,7%) | 51 (30,2%)  | 90 (36,0%)  |         |
| TNE                          | 61 (14,6%)  | 35 (20,7%)  | 26 (10,4%)  |         |

**Conclusiones:** La PDL se realiza con mayor frecuencia en casos sin adenocarcinoma, el cierre del muñón generalmente se hace con grapadora y la conservación del bazo es casi del 25%. La PDA se realiza en más casos de adenocarcinoma y tumores más grandes, el cierre se realiza con sutura y la conservación esplénica es del 13%. La morbilidad es similar en ambos grupos, pero la mortalidad y los reingresos son mayores en el grupo PDA. Es necesario un ensayo clínico aleatorio prospectivo con grupos emparejados.