



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

Serradilla Martín, Mario¹; del Río Martín, Juan Vicente²; Blanco Fernández, Gerardo³; Rotellar Sastre, Fernando⁴; Sabater Ortí, Luis⁵; Carabias Hernández, Alberto⁶; Latorre Fragua, Raquel⁷; Ramia Ángel, José Manuel⁸

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; ²Hospital Auxilio Mutuo, San Juan; ³Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz; ⁴Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; ⁵Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia; ⁶Hospital Universitario de Getafe, Getafe; ⁷Hospital Universitario, Guadalajara; ⁸Hospital 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 N = 419 | PDL N = 169 | PDA 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.