



## O-025 - ¿DISMINUYE LA MORBILIDAD LA PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA? ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PANCREATECTOMÍAS DISTALES (ERPANDIS)

Cantalejo Díaz, Miguel<sup>1</sup>; Serradilla Martín, Mario<sup>1</sup>; del Río Martín, Juan<sup>2</sup>; Rotellar Sastre, Fernando<sup>3</sup>; Sabater Ortí, Luis<sup>4</sup>; Carabias Martínez, Alberto<sup>5</sup>; Serrablo Requejo, Alejandro<sup>1</sup>; Ramia Ángel, José Manuel<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; <sup>2</sup>Hospital Auxilio Mutuo, Zaragoza; <sup>3</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario, Valencia; <sup>5</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>6</sup>Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

### Resumen

**Introducción:** La mayoría de los cirujanos hepatobiliares consideran la pancreatectomía distal laparoscópica (PDL) como el tratamiento estándar para las enfermedades pancreáticas benignas y malignas. Sin embargo, los estudios de coste-efectividad realizados no obtienen un beneficio económico y médico claro en comparación con la pancreatectomía distal abierta (PDA).

**Objetivos:** Evaluar la morbilidad y mortalidad a 90 días y la tasa de fístula pancreática en una gran serie de pancreatectomías distales comparando los resultados obtenidos en PDA y PDL.

**Métodos:** Estudio multicéntrico observacional retrospectivo en 6 centros. Todas las pancreatectomías se realizaron entre el 01/01/09 y el 30/06/18. Las complicaciones postoperatorias se midieron con la clasificación de Clavien-Dindo y CCI. Las complicaciones mayores se definieron como grado IIIA en adelante. Las complicaciones pancreáticas se midieron utilizando las definiciones del Grupo de Estudio Internacional sobre la Fístula Pancreática (ISGPS). Los márgenes de resección se categorizaron utilizando la clasificación de "Royal College of Pathologists". La morbilidad y mortalidad se midió a los 90 días.

**Resultados:** Se obtuvieron 338 pacientes. 174 (51,5%) sometidos a PDL y 164 (48,5%) a PDA. Ambos grupos fueron comparables, a excepción del índice de comorbilidad de Charlson, el tamaño tumoral, el tipo de resección, la resección esplénica y la vascular. La morbilidad, mortalidad, tasa de fístula y reingresos se muestran en la tabla.

<	Total (338)	PDL (174)	PDA (164)	p
Edad (años)	61,4	60,1	62,7	0,103
Hombre	159	68	91	0,059
Mujer	179	96	83	
IMC	26,9	26,7	27,1	0,516
Charlson	1,6	1,22	1,98	< 0,001

ASA I	20	9	11	
II	169	91	78	
III	140	63	77	0,095
IV	9	1	8	
Resección				
Cola	103	76	27	
Cuerpo-cola	201	73	128	< 0,001
Izquierda ampliada	34	21	13	
Tamaño tumoral (cm)	4,26	2,78	5,75	< 0,001
Preservación esplénica	60	40	20	0,0003
Resección vascular	50	16	34	0,016
Sección muñón/cierre				
Grapadora	129	75	54	
Grapadora + sutura	42	10	32	
Bisturí + sutura	41	1	40	< 0,001
Otros	126			
Tasa fístula pancreática				
FB	52 (16%)			
B	26 (8%)	10	16	
C	22 (6,6%)	9	13	0,414
	4 (1,2%)	0	4	
Morbilidad	185 (54,8%)	87 (53%)	98 (56,6%)	0,56
Mortalidad (90 días)	8 (3%)	0 (0%)	8 (6%)	0,026
Reingresos	67 (19,9%)	27 (16,5%)	40 (23,3%)	0,155
Histología				
Adenocarcinoma	75	14	61	
Cistoad. mucinoso	27	13	14	
Cistoad. seroso	8	3	5	
Metástasis	8	1	7	< 0,001
TNE	73	51	22	
NMPI	35	18	17	
Otros	112	64	48	

**Conclusiones.** La PDL se realiza con más frecuencia en casos de no adenocarcinoma. El cierre del muñón generalmente se realiza con endograpadora y la preservación del bazo es de cerca del 25%. La PDA se realiza más en casos de adenocarcinoma y en pacientes con tumores de mayor tamaño. El cierre se realiza con sutura y la preservación del bazo es solo del 12%. La morbilidad es similar entre ambos grupos, pero la mortalidad y los reingresos son mayores en el grupo de PDA. El ensayo prospectivo de control aleatorio con grupos emparejados es complejo pero necesario.