



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-211 - RESECCIÓN VENOSA Y SU RECONSTRUCCIÓN EN CÁNCER DE PÁNCREAS: ¿UNA TÉCNICA FACTIBLE? ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE CASOS

Sentí Farrarons, Sara¹; Pardo Aranda, Fernando¹; Galofré Recasens, Maria²; Herrero Fonollosa, Eric²; García-Domingo, Maribel²; Espín Álvarez, Francesc¹; Cugat Andorrà, Esteban¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; ²Hospital Mutua, Terrassa.

Resumen

Objetivos: Los pacientes diagnosticados de neoplasia de páncreas pueden requerir de resección venosa (VMS/VP) con su posterior reconstrucción para alcanzar una exéresis tumoral completa con márgenes R0. Presentamos los resultados de una serie de pacientes intervenidos de forma electiva de neoplasia pancreática con resección y reconstrucción vascular.

Métodos: Desde septiembre de 2003 hasta enero de 2021 se realizaron 520 resecciones pancreáticas, de las cuales en 41 casos se asoció resección y reconstrucción vascular por sospecha de afectación tumoral. Los resultados de estos 41 pacientes se analizan de forma retrospectiva sobre una base de datos prospectiva, intervenidos en dos centros. El registro de los pacientes incluye variables de acuerdo a los datos demográficos, tipo de tumor, tratamiento quimioterápico y quirúrgico y datos patológicos.

Resultados: De los 41 pacientes analizados, 19 eran mujeres (46,34%) y 22 varones (56,66%). La edad media de nuestro grupo fue de 63,32 años, con una mediana IMC de 23,5. El 65,85% de los pacientes (27/41) fueron clasificados como ASA II, 1 paciente fue ASA I y 13 ASA III. El esquema más frecuente de tratamiento neoadyuvante fue la combinación de FOLFIRINOX + capecitabina y radioterapia. La técnica quirúrgica más frecuente fue la duodenopancreatectomía cefálica tipo Whipple, en 31 de los 41 pacientes (75%). El abordaje en 40 casos fue mediante laparotomía media y un caso laparoscópico. La reconstrucción vascular tipo 1 (sutura simple mediante Prolene 5/0) se realizó en 11 pacientes (26,83%), tipo 3 (sutura continua T-T con Prolene 5-6/0) en 23 casos (56,09%), tipo 2 mediante *patch* de falciforme en 4 casos (9,76%) y la reconstrucción tipo 4 mediante injerto autólogo en 3 casos (7,31%). El *patch* de falciforme se llevó a cabo con una plastia lateral autóloga de ligamento falciforme utilizando sutura continua de prolene 5/0. La reconstrucción mediante injerto autólogo se realizó con peritoneo y vaina posterior del músculo recto del abdomen, fijado con glutaraldehído al 2,5% y colocación del mismo mediante dos suturas continuas semicirculares de Prolene 4/0 y *growth factor* a la pared del vaso, tanto en el extremo proximal como en el distal. La longitud media del segmento venoso resecado fue de 20,41 mm y el tiempo quirúrgico medio fue de 290 (220-360) minutos. 4 pacientes presentaron morbilidad posoperatorio Clavien Dindo > 3. El 87,80% (36/41) fueron adenocarcinoma de páncreas, hubo un caso de colangiocarcinoma, un tumor neuroendocrino de páncreas, una neoplasia intraductal papilar

mucinoso y unas metástasis de adenocarcinoma de colon. El tamaño medio tumoral fue de 26 (10-65) mm, el 62% se consideraron R0 y hubo afectación en el tramo vascular reseccionado en el 36% de los casos.

Conclusiones: Las resecciones pancreáticas con resección y reconstrucción vascular debe mantener y asegurar los principios de la cirugía oncológica. En cirujanos experimentados es una técnica segura y reproducible con una morbilidad aceptable.