



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-147 - DUODENOPANCREATECTOMÍA EN MAYORES DE 75 AÑOS

Pérez Moreiras, María Isabel¹; Justo Alonso, Iago²; Alonso, Laura²; Rioja Conde, Paula²; Loinaz, Carmelo²; Jiménez, Carlos²

¹Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: Conocer el efecto de la edad sobre las complicaciones tras duodenopancreatectomía cefálica (DPC), reconstruida con pancreatoyeyunostomía.

Métodos: Registro retrospectivo de los pacientes intervenidos de DPC por tumores situados en la cabeza pancreática o periampulares, desde abril del 2010 a marzo del 2020 en un mismo centro, con reconstrucción pancreatoyeyunal. Se divide la muestra en grupo A (75 años).

Resultados: Registradas 159 DPC (grupo A: 118; grupo B: 41). Estos son comparables en cuanto a sexo, IMC, alcoholismo, diabetes mellitus, patología respiratoria previa, antecedentes oncológicos o tumor sincrónico. Se ha visto una mayor frecuencia de tabaquismo en el grupo A (27,6% vs 12,2%; $p = 0,046$). El grupo B ha presentado una mayor frecuencia de HTA (29,7% vs 65,9%; $p = 0,00$), antecedentes cardiovasculares (56,1% vs 75%; $p = 0,052$) y casos de ASA 3 y 4 (47% vs 73,7%; $p = 0,04$). La tasa de diagnóstico incidental en asintomáticos, presencia de dolor, pérdida de peso, obstrucción duodenal, hemorragia digestiva o colangitis ha sido similar. Se han detectado más casos de pancreatitis previa en el grupo A (18,6% vs 2,4%; $p = 0,009$). Aunque la presentación con ictericia ha sido más frecuente en el grupo B (52,5% vs 85,4%; $p = 0,000$), el empleo de endoprótesis biliares preoperatorias ha sido equiparable. La realización de preservación pilórica, resección vascular, empleo de tutor externo, tiempo operatorio o uso de drenajes no han albergado diferencias. La tasa de resección R0 ha sido similar (69% vs 67,5%; $p = 0,863$), así como la consistencia pancreática, el estadio tumoral, la tasa de invasión vascular o infiltración perineural. Sí se ha visto una mayor frecuencia de tumores moderadamente diferenciados en el grupo B. La aparición de complicaciones médicas, fistulas biliares, retraso del vaciado gástrico o fístulas pancreáticas ha sido similar. No obstante, sí se ha visto una mayor frecuencia de fístulas grado B o C en el grupo A (61,7% vs 33,3%; $p = 0,05$) y mayor porcentaje de hemorragias postoperatorias (16,1% vs 2,4%; $p = 0,027$), que no supuso un incremento de transfusiones. Clasificando la morbilidad según Clavien-Dindo, el grupo A presentó mayor frecuencia de complicaciones grado 3 o mayor (35,2% vs 14,3%; $p = 0,028$). Ningún grupo ha destacado por la tasa de reintervención. La administración de somatostatina o nutrición parenteral total ha sido similar. No se han detectado diferencias en cuanto a la mortalidad postoperatoria durante el ingreso (4,2 vs 2,4%; $p = 1$), ni a los 90 días (3,6% vs 2,4%; $p = 1$). Las estancias en UCI y hospitalaria han sido prácticamente superponibles. No ha mostrado diferencias la tasa de tratamiento neoadyuvante ni adyuvante (50,4% vs 45%; $p = 0,554$). Las supervivencias libre de enfermedad (29,28 vs 24,89 meses; $p = 0,867$) y global (43,8 vs 25,6 meses; $p = 0,066$) no han mostrado diferencias.

Conclusiones: La DPC por tumores situados en la cabeza pancreática o periampulares puede tener resultados comparables, en cuanto a morbilidad postoperatoria, incluyendo fístula pancreática y biliar y retraso del vaciamiento gástrico entre pacientes mayores y menores de 75 años. La DPC en mayores de 75 años no implica una mayor mortalidad perioperatoria ni menor supervivencia.