



## P-147 - DUODENOPANCREATECTOMÍA EN MAYORES DE 75 AÑOS

Pérez Moreiras, María Isabel<sup>1</sup>; Justo Alonso, Iago<sup>2</sup>; Alonso, Laura<sup>2</sup>; Rioja Conde, Paula<sup>2</sup>; Loinaz, Carmelo<sup>2</sup>; Jiménez, Carlos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; <sup>2</sup>Hospital 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.