



P-186 - DUODENOPANCREATOMÍA TOTAL: CUÁNDO CONSIDERARLa

Manuel Vázquez, Alba¹; Carrascosa Mirón, Teresa²; de la Plaza, Roberto¹; Vallejo Bernad, Cristina³; Serradilla Martín, Mario³; Carabias Hernández, Alberto²; Serrablo Requejo, Alejandro³; Ramia, José Manuel¹

¹Hospital Universitario, Guadalajara; ²Hospital Universitario de Getafe, Getafe; ³Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: Cuando se describió la duodenopancreatectomía total (DPT) fue considerada como tratamiento de elección en el manejo del cáncer de páncreas por su radicalidad oncológica y por la ausencia de anastomosis pancreática, con la consiguiente ausencia de riesgo de fístula. En la actualidad, su utilidad está condicionada por la morbilidad y las complicaciones asociadas a esta técnica, como la diabetes mellitus (DM) pancreatogénica, insuficiencia exocrina y alteración de la calidad de vida.

Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva los pacientes intervenidos de DPT en 3 centros hospitalarios desde 2011 a 2016. Se recogieron datos referentes a sexo y edad, diagnóstico de sospecha preoperatorio, motivo de realización de DPT (decisión preoperatoria o intraoperatoria), estancia hospitalaria y complicaciones.

Resultados: Se realizaron 16 DPT, 8 varones y 8 mujeres, con edad media $66,44 \pm 9,7$ años. En 11 pacientes el diagnóstico de sospecha preoperatorio fue adenocarcinoma, neoplasia mucinosa papilar intraductal en 2, cistoadenoma mucinoso en 1, en 1 caso ampuloma y en otro tumor neuroendocrino. En 8 de los pacientes la indicación de DPT se había realizado de forma preoperatoria, por lesiones multifocales en pruebas de imagen o por alteraciones anatómicas, como el hallazgo de aneurisma de arteria esplénica. En los otros 8 casos fueron los hallazgos intraoperatorios los que condicionaron la indicación, como infiltración en estudio histológico intraoperatorio del borde de resección, presencia de lesiones sincrónicas en la cola pancreática no conocidas, remanente pancreático friable y/o obstrucción de conducto de Wirsung. Mediana de estancia: 14,5 (rango: 8-37), con mortalidad en 2 casos (fístula pancreática, necrosis de hepaticoyeyunostomía). Clavien: 0 en 9 casos, II en 1 paciente, IIIA en 1, IIIB en 3, IV en 2.

Conclusiones: La mortalidad relacionada con DPT ha disminuido en los últimos tiempos, su supervivencia a largo plazo es similar a la duodenopancreatectomía cefálica y la calidad de vida con DM tras DPT es similar a aquellos DM por otra causa. Según la literatura, a día de hoy, su principal indicación es la presencia de enfermedad neoplásica multifocal (adenocarcinoma, neoplasia mucinosa papilar intraductal o tumor neuroendocrino). En ocasiones, la decisión de ampliar la resección al páncreas distal debe realizarse de forma intraoperatoria, debido a la presencia de tejido pancreático friable o infiltración pancreática grasa, remanente pancreático escaso. La indicación en caso de necesidad de resección/anastomosis vascular para evitar el riesgo de fístula pancreática

resulta controvertida. El descenso de la mortalidad ligada a esta técnica, debido a la mejora en el manejo de complicaciones asociadas, ha hecho de esta opción una posibilidad más que viable, sin olvidar que la decisión de realizar una DPT supone un reto para el paciente y el cirujano y debe realizarse de forma cautelosa.