



P-020 - RESECCIÓN MULTIVISCERAL ASOCIADA A LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: ANÁLISIS POSOPERATORIO

Sancho Pardo, Pablo; Paterna López, Sandra; Saudi Moro, Sef; Aparicio López, Daniel; Cholz Ezquerro, Jorge; Cano Paredero, Antonio; Dobón Rascón, Miguel Ángel; Serrablo Requejo, Alejandro

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: En la actualidad, la resección quirúrgica completa del tumor representa el único tratamiento potencialmente curativo de las neoplasias pancreáticas, pero algunos de estos casos se encuentran en estadios localmente avanzados, considerándose tumores *borderline* para la resección quirúrgica. La mejora en los resultados posoperatorios ha llevado a los cirujanos pancreáticos a considerar resecciones extendidas en un intento de ampliar la proporción de pacientes que pueden beneficiarse de una resección completa. La utilidad de esta práctica todavía está en debate, limitándose su evidencia a pequeñas series retrospectivas realizadas en un solo centro.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo a partir de la revisión de los casos de pacientes sometidos a DPC en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (España) durante 11 años, entre enero de 2007 y diciembre de 2017, diferenciando las resecciones estándar del tumor y las resecciones multiviscerales en pacientes seleccionados con invasión de órganos adyacentes (colon, intestino delgado, estómago, riñón, glándula suprarrenal e hígado), para permitir una resección tumoral completa. Se ha llevado a cabo un análisis univariante y multivariante para la comparación de variables posoperatorias entre ambos grupos. Además, también se ha realizado un análisis de supervivencia tras realizar un seguimiento de 3 años.

Resultados: De los 220 pacientes que se sometieron a DPC, a 28 pacientes (12,72%) se añadió la resección de uno o más órganos a la duodenopancreatectomía estándar. Este grupo se comparó con 192 pacientes que se sometieron a una DPC estándar. En el análisis univariante no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos con respecto a la mortalidad perioperatoria (13 vs. 10,7%; p 0,732) o la morbilidad posquirúrgica mayor (42,7 vs. 35,7%; p 0,483). No obstante, en el análisis multivariante se observa que la resección añadida de colon fue un factor independiente de aumento de la mortalidad (p 0,026) y de la necesidad de reintervención quirúrgica (p 0,006). Se obtuvo una mayor tasa de resección tumoral completa R0 en el grupo de resección multivisceral (78,6 vs. 58,9%; p 0,045).

Conclusiones: La resección multivisceral añadida a la duodenopancreatectomía cefálica es factible de realizar en centros de referencia sin aumentar la mortalidad o morbilidad posoperatoria en comparación con la duodenopancreatectomía cefálica estándar. La resección añadida del colon es un

factor independiente de mortalidad y necesidad de reintervención quirúrgica.