



P-204 - DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA LAPAROSCÓPICA: NUESTROS INICIOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

Ascondo, Asier; García Raña, Alba; Artigues Puyadena, Lara; Husein Alonso, Fátima; Etxebarria Beitia, Eider; Ruiz Carballo, Sandra; Cruz González, María Inmaculada Concepción; González Serrano, María Carmen

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) abierta constituye el estándar terapéutico en tumores periampulares siendo la única posibilidad de supervivencia a largo plazo. El abordaje laparoscópico, aunque poco extendido, supone una alternativa con beneficios alentadores en pacientes seleccionados. Los 4 estudios aleatorizados prospectivos disponibles (PLOT, PADULAP, LEOPARD-2, MITG-P-CPAM) muestran una menor estancia hospitalaria y similar morbimortalidad a favor del abordaje laparoscópico. Por otro lado, los resultados oncológicos (número de ganglios resecaos y tasa de resecciones R0) parecen ser comparables entre ambos abordajes, si bien es cierto que por el momento carecemos de resultados definitivos a largo plazo.

Objetivos: El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados iniciales en la curva de aprendizaje de la duodenopancreatectomía cefálica por abordaje híbrido en el Hospital Universitario de Basurto.

Métodos: Análisis descriptivo realizado en pacientes tratados mediante DPC por abordaje híbrido (tiempo resectivo laparoscópico y reconstructivo abierto) en el HUB.

Resultados: Se incluyen 17 pacientes con tumores periampulares resecaos. La media de edad fue de 64 años, con una clasificación ASA II en el 73% de los pacientes. Se trató de tumores pancreáticos primarios, localizados, de pequeño tamaño (1,87 cm) y sin datos que sugirieran invasión vascular. El tiempo quirúrgico medio fue de 5,6 h. El tiempo resectivo se realizó por abordaje laparoscópico y el reconstructivo (tipo Child, pancreatoyeyunostomía tipo ducto-mucosa) abierto mediante laparotomía subcostal. Fue posible completar el tiempo resectivo por abordaje laparoscópico en el 45% de los pacientes (3 APAMS y 1 *non-touch*) con una mejoría exponencial en la tasa de resecciones completas durante la curva analizada. Las principales razones de conversión fueron la dificultad técnica en disección del proceso uncinado y vena porta, así como un caso de hemorragia intraabdominal no contralada por abordaje laparoscópico. La pérdida hemática estimada fue de 340 mL. La tasa de cirugías R0 fue del 93% con una media de 21,6 ganglios resecaos. La estancia hospitalaria media fue de 11,8 días, con una tasa de complicaciones mayores del 5,8% (1 caso de hemorragia intraabdominal, reintervenido con carácter urgente). La tasa de fístula pancreática (grado B según criterios de ISGPS) fue del 12% y 5,8% para la fístula biliar. No se registraron otras complicaciones específicas de la intervención. Destacamos tres reingresos por

coleciones intraabdominales tratados mediante antibioterapia y drenaje percutáneo de las mismas.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva supone un reto técnico, requiriendo de equipos experimentados en cirugía pancreática y laparoscopia avanzada, así como de una curva de aprendizaje a tener en consideración. A este respecto, el abordaje híbrido puede representar una alternativa en la implementación progresiva de una técnica laparoscópica completa en centros de alto volumen, manteniendo un adecuado control sobre la morbimortalidad perioperatoria. La estandarización de la fase resectiva por abordaje laparoscópico supone nuestro primer paso para seguir desarrollando la técnica hasta lograr un abordaje mínimamente invasivo en su totalidad.