



P-202 - ¿INFLUYE EL TIPO DE NEOPLASIA EN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES POSOPERATORIAS TRAS PANCREATECTOMÍA DISTAL?

Sánchez Pérez, Belinda¹; Serradilla Martín, Mario²; Rubio, Juan Jesús³; Hernández, Belén³; Aparicio, Daniel³; Santoyo Santoyo, Julio¹; Ramia, José Manuel³; Alcázar, Cándido³

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; ²Hospital Virgen de las Nieves, Granada; ³Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: Se ha incrementado el diagnóstico incidental de lesiones pancreáticas. Algunas presentan potencial maligno/*borderline*, y por ello se ha aumentado el número de resecciones pancreáticas. Recientes publicaciones exponen un coste/beneficio relativo en algunas etiologías pancreáticas debido a las complicaciones inherentes a esta cirugía, pero no existen estudios sobre si los resultados posoperatorios se relacionan con la diferente etiología pancreática.

Objetivos: Confirmar si la PD presenta diferentes perfiles de morbimortalidad en función del tipo de neoplasia.

Métodos: El proyecto SPANDISPAN es un estudio prospectivo, multicéntrico y observacional de PD (febrero-2022-enero-2023). Criterios de inclusión: cualquier PD programada y edad > 18 años. Se dividieron según etiología: adenocarcinoma (ADC), Grupo MUC: neoplasia intraductal papilar mucinosa + neoplasia quística mucinosa (TPMI+NQM), tumores neuroendocrinos (TNE) y otros. Estudiamos variables preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias. Las complicaciones específicas de la cirugía pancreática (fístula pancreática (FP), hemorragia (HMG) y retraso vaciamiento gástrico (RVG), según ISGPS).

Resultados: Tabla. Participaron 41 centros españoles incluyendo 311 pacientes. Hallamos predominio del sexo femenino en MUC (75,4%). No encontramos diferencias en ASA, pero si en el Índice de Charlson y comorbilidades que fueron mayores en TNE y ADC ($p < 0,001$). Los tumores fueron de mayor tamaño en grupo MUC y otros (34 y 36 mm, $p < 0,001$) y el conducto pancreático fue mayor en MUC (4,3 mm, $p < 0,001$). La localización predominante tumoral fue cola excepto ADC que predominó en cuerpo (37,5%; $p < 0,016$). Intraoperatorias: encontramos diferencias ($p < 0,001$) en la técnica quirúrgica predominando RAMPS en ADC (30,2%) y la pancreatectomía corporocaudal con preservación esplénica en TNE (19,4%) y otros (20,7%). El abordaje mínimamente invasivo (MI) fue menos utilizado en el ADC (56,3%; $p < 0,002$). No hubo diferencias respecto a conversión, pérdidas sanguíneas, uso de drenajes y transfusión intraoperatoria. El páncreas fue más duro en ADC ($p < 0,01$). La resección vascular venosa fue mayor en ADC (9,4%; $p < 0,001$). El número de ganglios resecados fue mayor en ADC (mediana 13). Posoperatorios: encontramos diferencias significativas en Clavien IVa ($p < 0,041$) siendo más frecuentes en TNE (5,1%) y ADC (3,1%). La FP fue más frecuente en TNE (26,6%; $p < 0,039$) grado B (53,3%; $p < 0,018$). No hubo diferencias en

HMG ni RVG, pero si ($p < 0,035$) en la gravedad de la hemorragia siendo el grado B (85,7%) mayor en otros y el grado C en los TNE (66,7%). Hubo mayor reintervención ($p < 0,04$) en ADC, y más reingreso en UCI en los TNE (9,2%; $p < 0,021$). No hubo diferencias en la estancia hospitalaria ni mortalidad.

	TNE	Adenocarcinoma	TPMI+NQM	Otros	p
C. posoperatoria	59 (60,2%)	50 (52,1%)	36 (59%)	36 (62,1%)	0,575
Complicación > II	20 (20,4%)	21 (21,9%)	13 (21,3%)	12 (20,7%)	0,995
FP					0,039
A	16 (16,3%)	12 (12,5%)	14 (23%)	15 (25,9%)	
B-C	29 (29,6%)	16 (16,7%)	9 (14,8%)	9 (15,5%)	
FP (ISGPS)					0,018
B	24 (53,3%)	11 (39,3%)	9 (39,1%)	9 (37,5%)	
C	5 (11,1%)	5 (17,9%)	0 (0%)	0 (0%)	
RVG	4 (4,1%)	3 (3,1%)	1 (1,6%)	1 (1,7%)	0,756
HMG	3 (3,1%)	5 (5,2%)	2 (3,3%)	7 (12,1%)	0,129
HMG					0,035
B	1 (33,3%)	3 (60%)	0 (0%)	6 (85,7%)	
C	2 (66,7%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	
Reintervención	8 (8,2%)	11 (11,5%)	1 (1,6%)	2 (3,4%)	0,049
Reingreso UCI	9 (9,2%)	6 (6,3%)	0 (0%)	2 (3,4%)	0,021
Estancia hospitalaria	7 (4-9)	7 (5-9)	7 (5-9)	7 (5-11)	0,562
Fallecimiento ingreso	1 (1%)	2 (2,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0,354
Fallecimiento 90 días	1 (1%)	4 (4,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0,076

Conclusiones: No encontramos diferencias en las complicaciones posoperatorias en la pancreatomectomía distal entre las diferentes neoplasias. Los TNE y ADC presenta mayor gravedad en FP, HMG y reintervención, pero sin afectar a los resultados generales posoperatorios.