



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-143 - NUEVA ALTERNATIVA TRAS DPC. ANASTOMOSIS PANCREATICOYEYUNAL DUCTO MUCOSA REFORZADA (REDMA)

Valero Liñan, Antonio Serafín; Conde Inarejos, Belén; González Masiá, Jose Antonio; Miota de Llama, Jose Ignacio; Lisón Jiménez, Patricia; Aguado Rodríguez, Beatriz; Sánchez Gallego, Alba; García Blázquez, Emilio

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Objetivos: La forma en la que se restablece la continuidad del tubo digestivo después de una duodenopancreatectomía cefálica (DPC) sigue siendo a día de hoy un importante desafío. Queremos describir la modificación que hemos realizado en nuestra técnica de referencia (anastomosis pancreaticoyeyunal ducto-mucosa tutorizada con catéter externo). Esta innovación consiste en reforzar la sutura pancreaticoyeyunal con malla biológica (Integra SurgiMend 1.0), a la que hemos denominado *reinforced duct-mucous anastomosis* (REDMA). Además, analizamos las diferentes complicaciones postquirúrgicas y su incidencia entre los dos tipos distintos de sutura empleados por nuestro grupo (clásica vs REDMA).

Métodos: Presentamos los primeros resultados de un estudio de cohortes histórico observacional y analítico conformado por casos (pacientes sometidos al nuevo protocolo de reconstrucción pancreatoyeyunal) y controles (pacientes sometidos al protocolo clásico). Los datos se recogieron de las historias clínicas entre enero 2017 y marzo 2020, tras aplicar los criterios de inclusión (edad > 18 años y < 80, patología en cabeza pancreática que precise DPC y páncreas blando) y exclusión (páncreas duro, pancreatitis del muñón y/o fístula biliar en postoperatorio) del estudio. La técnica REDMA consiste en, una vez seccionado el páncreas a nivel del cuello quirúrgico, disecar la cara posterior, el borde superior y el borde inferior del mismo unos 2-3 centímetros de longitud. Se diseña un rectángulo de malla con dimensiones apropiadas (dependiendo de las características de cada páncreas) para poder abarcar todo su perímetro a modo de bufanda. Después se aplica una cola quirúrgica (Glubran 2) en la parte media de una de las caras de la malla para ir aponiéndola a ambas caras del páncreas. Una vez adherida al cuerpo pancreático, procederemos a realizar la sutura pancreaticoyeyunal termino-lateral ducto-mucosa con tutorización externa.

Resultados: Obtenemos una muestra de 34 pacientes; 67,6% (n = 23) con el protocolo clásico y el 32,4% (n = 11) con REDMA. En la muestra general, 55,9% (n = 19) son hombres. La edad media es de 67,56 años (DE: 10,87) no siguiendo una distribución normal (p = 0,011). En todos los casos se realizó DPC tipo Whipple. Sólo un paciente precisó resección venosa y el 100% (n = 34) eran páncreas blandos. Las complicaciones específicas de esta cirugía las mostramos en cada grupo. Para la técnica clásica: FPP clínicamente relevante 21,8% (n = 5), tipo B 8,8% (n = 2), C 13% (n = 3). Retraso del vaciamiento gástrico 26,1% (n = 6). Hemorragia digestiva alta 13,1% (n = 3). Colección intraabdominal, 21,7% (n = 5). Infección herida, 17,4% (n = 4). Hemorragia intraabdominal, 8% (n =

2). Exitus por complicación quirúrgica 8,7% (n = 2). Técnica REDMA: FPP clínicamente relevante 0%. 9,1% (n = 1), tipo fístula bioquímica. Retraso del vaciamiento gástrico 27,3% (n = 3) sólo tipo A. No se objetivó ninguna otra complicación. La única complicación postquirúrgica donde obtuvimos repercusión estadística significativa a favor de anastomosis REDMA tras aplicar el análisis bivariante es la FPP con $p = 0,008$ ($p < 0,05$).

Conclusiones: Tras analizar los resultados de las complicaciones postquirúrgicas entre técnica clásica versus REDMA, podemos afirmar a favor de REDMA, que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a disminución de la tasa de FPP para pacientes con riesgo moderado/alto de la misma.