



P-191 - ANASTOMOSIS PANCREÁTICO-GÁSTRICA EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: NUESTRA EXPERIENCIA

Magadan Álvarez, Cristina; Castillo Suescun, Federico José; Fernández Santiago, Roberto; Toledo Martínez, Enrique; del Castillo Criado, Álvaro; Cañón Lara, Marta; García Cardo, Juan; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: La prevalencia del cáncer de páncreas ha aumentado en los últimos años. Su abordaje presenta dos inconvenientes fundamentales: la baja supervivencia a pesar de un tratamiento quirúrgico adecuado y la elevada tasa de complicaciones asociadas a esta cirugía. La fístula pancreática supone una de las principales causas de morbilidad, por lo que se han planteado diferentes técnicas de reconstrucción pancreatointestinal como la anastomosis pancreatogástrica (APG). El objetivo principal de esta revisión es analizar los resultados obtenidos en nuestro centro.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo en pacientes intervenidos mediante duodenopancreatectomía cefálica (DPC) en el último año en un centro hospitalario de tercer nivel comparando la APG frente a la anastomosis pancreatoyeyunal (APY). Se ha realizado análisis descriptivo representado en medias y desviaciones estándar (DE) para las variables cuantitativas, número y porcentaje para las variables cualitativas, con nivel de significación $p < 0,05$, utilizando el programa SPSS.

Resultados: En el período comprendido entre el 1 de marzo de 2016 y el 7 de marzo de 2017 se intervinieron un total de 18 pacientes, 9 hombres y 9 mujeres con una edad media es de 66 años (DE 9). Comparamos dos poblaciones homogéneas en cuanto a demografía, antecedentes personales y enfermedad de base. No hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre la presencia de hiperbilirrubinemia ni la realización de procedimientos endoscópicos previo a la cirugía. Se realizó una DPC con APG en 10 pacientes (55,6%) frente a 8 APY (44,4%). En cuanto a la técnica, en la APG se realizan dos gastrostomías en cara anterior y posterior gástrica (transversal y longitudinal respectivamente) lo cual facilita su realización bajo visión directa. Mediante dos suturas continuas se fija el cuerpo del páncreas remanente a la gastrostomía posterior, tutorizando el conducto pancreático principal durante el procedimiento. Posteriormente se cierra la gastrostomía anterior. El tiempo quirúrgico medio es de 276 minutos en las DPC con APG frente a 238 minutos para la APY siendo el empleo de hemoderivados intraoperatorios en ambas técnicas equiparable. Si analizamos las complicaciones postquirúrgicas tempranas ambas son comparables en cuanto a tasa de presentación de fístula biliar, colecciones intraabdominales, fístula pancreática e infección de herida quirúrgica, así como necesidad de reintervención y reingreso. Sin embargo, la APG presenta una mayor tasa de sangrado frente a la APY, siendo este valor estadísticamente significativo. A pesar de ello, las diferencias en el grado de complicación establecido según la escala Clavien-Dindo no son

significativas. La mortalidad postoperatoria fue del 0%.

Conclusiones: Desde 2008 se realiza en nuestro centro la APY objetivándose una considerable incidencia de fístula pancreática y, con ello, una elevada tasa de complicaciones. Con la APG hemos observado, al igual que lo descrito en la bibliografía que, si bien la tasa de fístula pancreática se mantiene, la morbilidad asociada a la misma se reduce. En este caso, ha de considerarse que dichas complicaciones han podido manejarse con técnicas mínimamente invasivas y podrían justificarse por la propia curva de aprendizaje. Es necesaria la realización de estudios con un mayor tamaño muestral.