



P-264 - LA CLAVE ESTÁ EN EL TIEMPO. RESULTADOS DE LA SECCIÓN LENTA Y LA POLÍTICA DE NO DRENAJE EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PANCREATECTOMÍA DISTAL

Blanco Asensio, Nuria¹; Aliseda, Daniel¹; Zozaya, Gabriel¹; Martí-Cruchaga, Pablo¹; Sabatella, Lucas¹; Uriz, Adriana¹; Pedano, Nicolás²; Rotellar, Fernando¹

¹Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; ²Clínica Universidad de Navarra, Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir los resultados de la asociación de la técnica de grapado lento en la sección pancreática, con la política de no dejar un drenaje posoperatorio, en pacientes intervenidos de pancreatectomía distal.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de pancreatectomía distal, mediante la técnica de grapado lento del muñón pancreático, entre julio de 2014 y febrero de 2024. Se realiza un análisis descriptivo de los resultados de la técnica, de la morbilidad y la tasa de fístula pancreática posoperatoria. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio 42 pacientes, de los cuales 6 fueron intervenidos mediante pancreatectomía distal, 17 mediante esplenopancreatectomía radical modular anterógrada (RAMPS) anterior, 1 paciente de RAMPS posterior y, por último, en 18 pacientes se realizó pancreatectomía distal con preservación de los vasos esplénicos (según la técnica descrita por Kimura). Todas mediante abordaje laparoscópico, con una media de seguimiento de 36 meses (1-123). Las patologías más frecuentes fueron el tumor papilar mucinoso intraductal, los tumores neuroendocrinos y el adenocarcinoma de páncreas. En todos los pacientes se aplicó la técnica de grapado lento del muñón pancreático, con un tiempo medio de grapado de 28 minutos. En 21 pacientes el lugar de sección del muñón pancreático fue a nivel del cuello, mientras que en 21 fue a nivel de la cola. No se colocó drenaje en ningún paciente. Considerando que la fuga pancreática tras la pancreatectomía distal es estéril (al no haber anastomosis intestinal), y que la colocación de un drenaje podría incluso favorecer la contaminación de la colección, apostamos por una política de no drenaje. La media de estancia hospitalaria fue de 4 días. 5 pacientes (12%) presentaron complicaciones posoperatorias, de los cuales 4 fueron de grado II de Dindo-Clavien (febrícula tratada mediante antibiótico empírico) y un paciente presentó una complicación grado III (cefalea que precisó bloqueo del nervio de Arnold). El 86% de los pacientes presentaba un TAC abdominal al mes de la cirugía, de los cuales el 83% presentaban una colección residual. No se pudo demostrar fístula bioquímica en ninguno de los pacientes al no llevar un drenaje.

Conclusiones: La fístula pancreática posoperatoria es la causa más frecuente de morbimortalidad tras la pancreatectomía distal, manteniéndose en porcentajes de hasta el 30% en algunas series. Nuestra experiencia muestra que la técnica de grapado lento del páncreas asociada a una política de no drenaje, es segura en términos de morbilidad y debería de considerarse estándar en pacientes

elegibles sometidos a pancreatocromía distal.