



O-089 - VALORACIÓN DRENAJES EN LA CIRUGÍA DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

M. del Olmo Escribano, A. Astruc Hoffmann, R. González Sendra, C. Carazo Carazo, I. Cuesta Lendinez y R. Delgado

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Resumen

Objetivos: Las evidencias disponibles en la cirugía del cáncer gástrico muestran que el drenaje no aporta ventajas (Wanz Z. Cochrane 2011). No obstante, en nuestro acervo quirúrgico se ha utilizado sistemáticamente el drenaje buscando: detección precoz de las dehiscencias y hemorragias, prevenir colecciones y evitar la infección del sitio quirúrgico. Pretendemos concretar cuáles de estas ventajas se cumplieron.

Métodos: Se extrajeron de nuestra Base de Datos prospectiva y evaluada por la Unidad de Investigación, la totalidad de pacientes intervenidos de adenocarcinoma gástrico con intención curativa durante los años 2010-2013. Por cada paciente se emplearon dos drenajes de tipo Penrose fenestrados: subhepático y subfrénico izquierdo. La recogida se hizo mediante bolsa ajustada al orificio de salida. Se hizo medición diaria volumen. El primer día se practicó bioquímica (fosfatasa alcalina, amilasa, LDH, glicemia proteínas totales) así como cultivo y antibiograma. El cultivo y analítica se repitieron al tercer día. Volumen retirada inferior a 50 ml. Fueron seleccionados, como variables dependientes: mortalidad, días ingreso, edad y complicaciones. Como variables independientes se incluyeron: Bacterias cultivadas, volumen y bioquímica del mismo, añadiéndose como control. Localización tumor, tipo de intervención, estadio, cirugía asociada, tiempo intervención y quimioterapia previa. Análisis estadístico: test de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y correlación de Spearman.

Resultados: Hubo 145 registros. Cumplían el seguimiento 122. Media edad $64,62 \pm 1,58$ años. Media ingreso $15,72 \pm 1,5$ días. Media tiempo intervención $207,84 \pm 4,22$ minutos. Hubo 5 exitus: 3 dehiscencias, 1 Hemorragia intraluminal y 1 infarto miocardio. Las complicaciones: 3 sangrados intraluminales, 1 dehiscencia, 4 colecciones intraabdominales, 3 evisceraciones, 3 neumonías, 8 insuficiencias respiratorias, 3 insuficiencias cardíacas, 2 delirios y 4 sepsis catéter. Los drenajes permanecieron una media de $5,6 \pm 1,5$ días. Media volumen por paciente $470,6 \pm 130,5$ ml. Media de proteínas en $4,2 \pm 1,58$ g/dl. Tuvieron cultivos positivos 88 aislándose una variedad de 43 gérmenes. Significativo Estafilococo hemolítico 8 casos y el Escherichia coli 5 casos. En un solo caso se aisló por hemocultivo el germen cultivado en drenaje. El 60% de los cultivos positivos lo fueron a partir del tercer día. Enfrentadas las variables dependientes e independientes no hubo significación para Kruskal-Wallis, Mann-Whitney y Spearman. Para variable exitus no existía test aplicable dada la característica de la muestra.

Conclusiones: El drenaje documentó las dehiscencias anastomosis. En caso de sepsis el cultivo se valoró como orientación. No otras decisiones son atribuibles al drenaje. En los datos bacteriológicos se induce que los cultivos proceden de contaminación y autocultivo en la bolsa drenaje. La falta de significación estadística entre variables independientes/dependientes muestra que el análisis debe ser descriptivo en caso de Exitus por el tamaño de la muestra. El líquido de drenaje postquirúrgico en el cáncer gástrico es un exudado. La cavidad abdominal "íntacta" puede absorber el volumen medio producido. La omentectomía puede dificultar esta absorción. Es obligado revisar el drenaje basado en el acervo quirúrgico. Este estudio constituye su primer paso. Se impone el doble ciego y valorar las anastomosis de riesgo para colocación drenaje.