



O-145 - FÍSTULA PANCREÁTICA EN DOS TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA, PANCREATOGASTROSTOMÍA TIPO BINDING-II MODIFICADA RESPECTO A PANCREATOEYUNOSTOMÍA DUCTO-MUCOSA, EN RELACIÓN A INFILTRACIÓN GRASA PANCREÁTICA. ESTUDIO CLÍNICO DE SEGURIDAD

F.J. Ruescas García, D. Padilla Valverde, P. Villarejo Campos, M. García, S. Sánchez García, E. García Santos, J.L. Bertelli Puche y A. Alberca Páramo

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción: El riesgo de fístula pancreática tras duodenopancreatectomía se relaciona con un conducto pancreático de escaso diámetro, experiencia quirúrgica y existencia de infiltración grasa pancreática. Se han desarrollado numerosas reconstrucciones quirúrgicas para disminuir la fístula pancreática, sin haberse establecido una técnica definitiva. En nuestra intención de desarrollar la técnica de reconstrucción mediante pancreatogastrostomía Binding-II modificada, hemos realizado un estudio prospectivo de seguridad respecto a la técnica reconstructiva realizada previamente en nuestro Servicio.

Objetivos: Identificar incidencia de fístula pancreática en dos técnicas reconstructivas tras duodenopancreatectomía, pancreatoyunostomía-pancreatogastrostomía Binding tipo II modificada. Determinar influencia de la infiltración grasa en la aparición de fístula pancreática y resto de complicaciones en estos dos modelos.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de 58 enfermos intervenidos quirúrgicamente mediante duodenopancreatectomía. Grupo I: pancreatogastrostomía B-II modificada, n = 29. Grupo II: Pancreatoyunostomía ducto-mucosa, n = 29. Variables clínicas: edad, sexo, IMC (índice de masa corporal) (sobrepeso ≥ 25 kg/m², obesidad, ≥ 30 kg/m²). Criterios de sd metabólico: glucemia en ayunas (≥ 110 mg/dl), hipertrigliceridemia (≥ 150 mg/dl), hipertensión ($\geq 130/85$ mmHg). Técnica quirúrgica: Grupo I: duodenopancreatectomía cefálica con pancreatogastrostomía Binding tipo II según Peng, modificada mediante uso de sutura continua en cierre de "bolsa de tabaco". Tras duodenopancreatectomía cefálica se disecciona el páncreas dos cms de la vena y arteria esplénica. Usamos tutor de plástico fijado en Wirsung. Se realiza incisión de unos 2 cm en región retrogástrica. Sutura continua en bolsa de tabaco de mucosa gástrica a través de incisión para gastroyunostomía, Prolene 3/0. Sutura continua para bolsa de tabaco seromuscular retrogástrica, Prolene 3/0. Grupo II: duodenopancreatectomía cefálica con pancreatoyunostomía ducto-mucosa. Complicaciones: Fístula pancreática: drenaje abdominal con amilasa tres veces los valores séricos en tercer dpo (sólo incluimos grados B y C). Hemorragia. Retraso vaciamiento gástrico. Absceso abdominal. Fístula biliar. Variables histológicas: diámetro de Wirsung. Fibrosis pancreática: suma de

fibrosis perilobular y fibrosis intralobular. Cada uno de ellos podrá alcanzar valor 2 como máximo. Se considera fibrosis pancreática con valores de 3 y 4. 0: no tejido conectivo. 1: depósito leve de tejido conectivo. 2: depósito moderado-intenso. Infiltración grasa: suma de infiltración perilobular y la infiltración intralobular. Podrán alcanzar el valor 2 como máximo. Se considera infiltración grasa pancreática con valores de 3 y 4. 0: sin adipocitos. 1: algunos adipocitos. 2: múltiples adipocitos.

Resultados: GI: 29 enfermos con edad 62 ± 12 , siendo mujeres un 59%. HTA, 51,7%. Hipertrigliceridemia, 44,8%. DM, 44,8%. Estancia mediana 20 días. El diámetro de Wirsung fue 4 ± 3 mm. No existió infiltración grasa en el 52% de los enfermos. El tiempo quirúrgico fue 390 ± 75 min. No existió fístula pancreática. Episodio de sangrado en 6 ocasiones. 1 enfermo requirió reintervención. Otro enfermo tto endoscópico. 4 enfermos sólo precisaron tto conservador con transfusión de hematíes. Absceso abdominal en dos ocasiones, no sintomático. En análisis inferencial, existió diferencia significativa en relación a fístula pancreática, $p = 0,03$, hemorragia, $p = 0,02$ y diámetro de Wirsung, $p = 0,01$. No existió correlación entre infiltración grasa y fístula pancreática en ambos modelos. No existieron diferencias significativas en infiltración grasa entre grupos.

Conclusiones: A pesar de la escasez de muestra, los resultados de la técnica de reconstrucción descrita son esperanzadores respecto a la fístula pancreática. En enfermos del Grupo I, la infiltración grasa y diámetro de Wirsung fue menor que en Grupo II, no existiendo fístula pancreática, descartando con esta técnica hipótesis de riesgo previa. Sin embargo la incidencia de hemorragia nos obliga a continuar con estudio de seguridad previo a implantación definitiva.