



## O-110 - PANCREÁTICO-YEYUNOSTOMÍA BLUMGART MODIFICADA LAPAROSCÓPICA VS ABIERTA DESPUÉS DE DUODENO-PANCREATECTOMÍA: ESTUDIO CASOS-CONTROLES

Morató Redondo, Olga; Poves Prim, José Ignacio; Burdio Pinilla, Fernando; Grande Posa, Luís

Hospital del Mar, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Uno de los principales inconvenientes en la implantación de la duodeno-pancreatectomía cefálica (DPC) laparoscópica es la anastomosis pancreática. La fístula pancreática (FP) se considera la principal causa relacionada con la morbilidad postoperatoria.

**Objetivos:** Evaluar los resultados obtenidos con nuestra técnica de la pancreático-yeyunostomía modificada tipo Blumgart en la DPC totalmente laparoscópica (DPC/PYB-Laparoscópica) y comparar los resultados obtenidos mediante un estudio de casos-controles pareados respecto a la realizada vía abierta (DPC/PYB).

**Métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo de casos-controles sobre 61 pacientes intervenidos DPC con reconstrucción pancreático-yeyunostomía Blumgart modificada: 41 vía abierta, 13 totalmente laparoscópicas y 7 convertidas. Para el estudio estadístico se ha realizado un emparejamiento de casos (13 DPC laparoscópica) y controles (13 DPC abiertas) según: sexo, ASA, consistencia del páncreas y diámetro del ducto pancreático. Se ha considerado, según la consistencia del páncreas: firme/duro o normal/blando; según tamaño del Wirsung  $\leq 3$  mm o  $> 3$  mm. Para la definición y clasificación de las complicaciones postoperatorias específicas se han seguido los consensos actualmente establecidos ISGFP (FP, vaciamiento gástrico lento (VGL), hemorragia pospancreatectomía (HPP)) y generales de DeOliveira-Clavien. Todos los procedimientos laparoscópicos fueron realizados por el mismo cirujano, mientras que en los abiertos participaron dos. El criterio de exclusión más utilizado para el abordaje laparoscópico fue la invasión venosa.

**Resultados:** En el estudio poblacional, no se hallaron diferencias significativas entre los casos y controles respecto a edad media (65 vs 67 años), IMC (25,3 vs 27,7 Kg/m<sup>2</sup>) y diagnóstico de adenocarcinoma ductal (9 vs 13 casos). No se hallaron diferencias significativas entre los casos y controles en el número de complicaciones globales postoperatorias (9 vs 11), FP global (6 vs 5), FP B/C (2 vs 4), VGL (1 vs 5), HPP (1 vs 2), reingresos (2 vs 0), reintervenciones (0 vs 1) y mortalidad a 90 días (0 vs 0). Se detectaron diferencias significativas en favor del grupo DPC/PYB-Laparoscópico en el número de complicaciones Clavien III-IV (0 vs 6,  $p = 0,032$ ) y estancia postoperatoria (15 vs 27 días,  $p = 0,017$ ). Los 7 casos de DPC convertidas presentaban: edad media 65 años, 5 varones, IMC 25,7 Kg/m<sup>2</sup>, 5 adenocarcinoma ductal, 1 páncreas normal/blando, 3 Wirsung  $\leq 3$  mm, 2 FP (ambas tipo A), 3 VGL (todos tipo B), 4 complicaciones globales (3 I-II, 1 III), ningún reingreso ni mortalidad

a 90 días. Las causas de conversión fueron: 3 progresión lenta, 2 infiltración vena mesentérica superior y 2 control de hemorragia.

**Conclusiones:** La DPC laparoscópica es una intervención compleja con una elevada tasa de conversión cuando se realiza en casos mínimamente seleccionados. No obstante, dicha conversión no supone peores resultados postoperatorios. La DPC/PYB laparoscópica presenta mejores resultados postoperatorios respecto a la DPC/PYB abierta con una significativa reducción tanto de las complicaciones graves (Clavien III-IV) como de la estancia postoperatoria.