



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## O-206 - ANÁLISIS DE LA TUTORIZACIÓN EXTERNA DEL CONDUCTO DE WIRSUNG EN LA RECONSTRUCCIÓN PANCREÁTICO-YEYUNAL TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

*Justo Alonso, Iago; Alonso Murillo, Laura; Rioja Conde, Paula; Caso Maestro, Oscar; Marcacuzco Quinto, Alberto Alejandro; García-Sesma Pérez-Fuentes, Álvaro; Manrique Municio, Alejandro; Jiménez Romero, Carlos*

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

### Resumen

**Objetivos:** La fístula pancreática de anastomosis pancreato-yeyunal tras duodenopancreatectomía cefálica continúa siendo la complicación más frecuente y mortal de este tipo de intervención (17,8-34,9% de los casos). La tutorización externa del ducto pancreático se plantea como una posibilidad para disminuir la incidencia de fístula o al menos, minimizar las consecuencias de la misma. El objetivo de este estudio descriptivo y prospectivo es analizar las variables intraoperatorias, morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria pos-DPC utilizando una tutorización externa del Wirsung.

**Métodos:** Desde el marzo de 2010 hasta marzo de 2018, en la Unidad de Cirugía HBP, se han explorado 153 pacientes con neoplasia de páncreas. Se han llevado a cabo 118 duodenopancreatectomías cefálicas, realizándose 53 tutorizaciones externas y 65 sin tutor externo (NTE).

**Resultados:** Presentamos una serie de 53 DPC con tutorización externa (44,9%) con una mediana de edad de 67,5 años (rango 16-89), con una frecuencia de hombre/mujer de 44,7%/55,3%, un 27,7% de fumadores, 17% de bebedores, 14,9% eran DM preoperatoriamente, un 53,2% HTA, con un ASA III-IV en el 61,7% de los casos. Han presentado ictericia preoperatoria en el 70,2% de los casos, 51,1% dolor preoperatorio, 51,1% pérdida de peso, 6,4% presentan pancreatitis previa, 14,9% han presentado colangitis. Presentaron un calibre medio de vía biliar de 1. (0,1-2,5); un calibre medio de Wirsung de 4 mm (2-9), con infiltración vascular en el 4,3% de los casos. El tiempo operatorio ha sido de 6 horas (2-9), se ha realizado preservación pilórica en el 38,3% de los casos. La estancia en UCI ha sido de 2 (1-35 días), la estancia media en planta ha sido de 25,5 (6-68). El 76,1% de los casos han sido R0, el 23,9% ha sido R1. La mediana de ganglios resecaos ha sido de 13,5 (5-36), con una mediana de positivos de 1 (0-11). La fístula pancreática se ha presentado en el 32% (en grado A 23,4% de los casos, B 4,3% y C 4,3% de los casos) vs 28,1% en NTE B 12,3; C 10,5 (p = 0,059). Retraso en el vaciamiento gástrico en el 44,7% de los casos vs 50,9% en NTE (p = 0,559), 27,7% de los cuales han sido B, C. La hemorragia postoperatoria ha sido del 8,5% (grado B en el 6,4% de los casos, y C en el 2,1%) vs 15,8% en el grupo de NTE (p = 0,374) sin La transfusión de sangre se ha dado en 10,6% vs 19,3% NTE (p = 0,281) y la de plasma en un 2,1% vs 7% NTE (p = 0,125). El porcentaje de reintervención ha sido del 12,8% vs 21,1% en NTE (p = 0,307). En el

análisis multivariante para fístulas grado B, C la tutorización externa resulta un factor protector de forma no estadísticamente significativa  $p = 0,209$ ; OR 1,95; IC (0,69-5,50). La mortalidad postoperatoria ha sido del 3,8% vs 8,3% ( $p = 0,274$ ).

**Conclusiones:** De acuerdo a nuestros resultados el tutor pancreático no mejora la tasa de fístulas, aunque disminuye de forma significativa la gravedad de las mismas y la mortalidad postoperatoria.