



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-250 - ANASTOMOSIS BLUMGART MODIFICADA. RESULTADOS Y MORBIMORTALIDAD ASOCIADA

Crespí, Antònia; Mulet, F. Javier; de la Llave, Anabel; Carbonell, M. Pau; Escales, M. del Mar; Claramonte, Olga; Vicens, J. Carles; Cifuentes, J. Andrés

Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol.

Resumen

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica se considera el procedimiento quirúrgico de elección para los pacientes con neoplasias situadas en la encrucijada duodeno-pancreático-biliar; ya sean originados en el tejido exocrino del páncreas, colédoco terminal, ampolla de Vater o en el duodeno periampular. Dicha técnica fue introducida en el 1912 por Kaush pero no fue popularizada hasta el 1935 por Whipple como alternativa viable para el tratamiento de las lesiones periampulares.

Objetivos: Aunque la tasa de mortalidad asociada a la cirugía se ha reducido significativamente ($\approx 5\%$) con los avances quirúrgicos, la especialización de los profesionales y el cuidado perioperatorio, la morbilidad derivada de la técnica quirúrgica se mantiene entre 18-52%. Y a pesar de que la supervivencia a medio y largo plazo tampoco se ha conseguido mejorar, esta técnica sigue siendo la única alternativa resectiva con potencial curativo. Presentamos la revisión de las duodenopancreatectomías cefálicas realizadas en nuestro centro, analizando los resultados histológicos y su morbilidad asociada.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica para el tratamiento de los tumores de la encrucijada duodenopancreaticobiliar en los últimos 4 años.

Resultados: Desde abril de 2014 a marzo de 2018 se han intervenido un total de 44 tumores de la región pancreática y periampular. La edad media de los pacientes intervenidos fue de 69,4 años siendo el 61,1% varones. El 74% de los tumores fueron resecables quirúrgicamente realizándose la duodenopancreatectomía cefálica sin preservación pilórica y con anastomosis pancreático-yeyunal termino-lateral invaginante según técnica Blumgart modificada. En el estudio anatomopatológico el adenocarcinoma ductal fue el tipo histológico mayoritario (37,5%), seguido del colangiocarcinoma y el ampuloma (representando el 25% respectivamente), 4 tumores presentaron extirpe neuroendocrina (10%) y destaca un GIST duodenal. La media de ganglios linfáticos extraídos por cirugía fue 14,29%, la invasión linfática 48,65%, la invasión perineural 56,7%, y se evidenciaron márgenes afectos (R1) en el 20% de los pacientes. En cuanto a la morbilidad, según la clasificación de Clavien-Dindo, las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron las grado II (33%) y grado IIIA (36,1%), seguidas de las grado IIIB (16,6%) y grado IV (13,8%). Entre ellas destacamos la neumonía nosocomial, el malvaciamiento gástrico, las colecciones intrabdominales que precisan de

drenaje percutáneo, o bien el sangrado de la gastroentero-anastomosis que precisan de tratamiento endoscópico o radiovascular. 19,7% pacientes presentaron fístula pancreática (66,6 tipo B y 33,3 tipo C) y 6 pacientes precisaron de reintervención posterior siendo la hemorragia postoperatoria una de las causas más frecuentes. La estancia hospitalaria media fue 14,7 días. El 27,5% de los operados presentaron recaída local y/o a distancia a los 13,09 meses de media, siendo la supervivencia global a los 25 meses desde la cirugía del 61,2%.

Conclusiones: La duodenopancreatectomía cefálica es la técnica quirúrgica estándar para el tratamiento de los tumores del área periampular a pesar de su alta morbimortalidad, por lo que es imprescindible la selección minuciosa tanto de sus indicaciones para limitar las resecciones excesivas como de los pacientes, con la colaboración multidisciplinaria de diferentes especialistas para su mejor manejo perioperatorio.