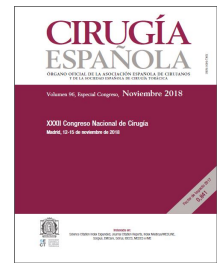




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-239 - PANCREATOGASTROSTOMÍA CON TRIPLE BOLSA DE TABACO: UNA BUENA OPCIÓN EN PÁNCREAS GRASOS

de Blasi, Vito¹; Garcilazo Arismendi, Dimas Javier²; Merlo, David²; Arru, Luca¹; Makkai Popa, Silviu¹; Goergen, Martine¹; Azagra Soria, Juan Santiago¹

¹Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo; ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: A pesar de las mejoras generales en la técnica quirúrgica y la atención postoperatoria, la fístula pancreática postoperatoria (FPPO) sigue siendo la complicación más temida después de la duodenopancreatectomía cefálica (DPC). La falla de la anastomosis pancreática está relacionada con una alta tasa de morbilidad y conduce a una hospitalización prolongada y mortalidad. Addeo et al describieron una pancreaticogastrostomía telescopada de doble bolsa de tabaco (Addeo, 2013). Esta técnica todavía aplica una capa de sutura transfixiante entre la mucosa gástrica y la serosa del muñón pancreático telescopado, que en ocasiones puede ser difícil de lograr. Presentamos una ligera modificación de esta técnica con la sustitución de esta última capa de sutura transfixiante por una tercera sutura en bolsa de tabaco en la mucosa gástrica, evitando suturas en la superficie de un páncreas frágil.

Objetivos: El objetivo es mostrar nuestra técnica de reconstrucción pancreática en pacientes de alto riesgo durante la realización de duodenopancreatectomías cefálicas por vía laparotómica.

Métodos: Dos suturas seromusculares en bolsa de tabaco de Monocryl absorbible 3-0 (Ethicon) se aplican de forma concéntrica alrededor de la incisión gástrica posterior (sutura interior y exterior en bolsa de tabaco). La distancia entre las suturas en bolsa de tabaco es de aproximadamente 1 cm. La modificación propuesta se realiza de la siguiente manera. A través del muñón gástrico abierto, se aplica una tercera sutura en bolsa de tabaco de Monocryl 4-0 de la misma manera, que incluye la mucosa gástrica y la submucosa. El remanente pancreático se tira suavemente hacia la luz gástrica por tracción progresiva en 2 puntos de tracción, para obtener una protrusión de al menos 2 cm de muñón pancreático. Esto se hace ya sea a través del muñón gástrico distal abierto, en el caso de un procedimiento estándar de Whipple, o mediante una gastrostomía anterior en el caso de técnicas con preservación pilórica.

Resultados: 3 pacientes de alto riesgo seleccionados para un procedimiento de Whipple laparotómico fueron operados por el autor y recibieron una reconstrucción pancreática por medio de una PG con una técnica de triple bolsa de tabaco. Todos los pacientes presentaron un páncreas macroscópicamente graso y blando. Ninguno de ellos desarrolló una FP temprana o tardía durante el curso postoperatorio. Se analizaron los resultados con respecto al desarrollo de FPPO.

Conclusiones: La elección de nuestro equipo es realizar cirugía mínimamente invasiva cada vez

que es posible realizando una pancretoyeyunostomía, que consideramos más fácil de hacer y segura por abordaje laparoscópico. Pero en los casos en que es necesario un abordaje laparotómico, la PG telescopada con triple bolsa de tabaco parece ser, en nuestra opinión, la mejor opción para reducir la fistula postoperatoria. En conclusión, nuestra opinión es adaptar la anastomosis pancreática según las características del paciente y el enfoque quirúrgico.