



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-207 - ACTUALIZACIÓN DE RESULTADOS DE REDMA (ANASTOMOSIS PANCREATICOYEUINAL DUCTO MUCOSA REFORZADA) TRAS DPC

Valero Liñán, Antonio Serafín; Conde Inarejos, Belen; González Masiá, Jose Antonio; Miota de Llama, José Ignacio; Lisón Jiménez, Patricia; Aguado Rodríguez, Beatriz; Cámara, Sonia

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Objetivos: Actualizar los resultados de esta innovación quirúrgica. Analizamos las diferentes complicaciones posquirúrgicas y su incidencia entre dos tipos distintos de sutura empleados por nuestro grupo.

Métodos: Estudio de cohortes histórico observacional y analítico conformado por casos (REDMA) y controles (clásica). Criterios de inclusión (edad > 18 años y < 80, patología en cabeza pancreática que precise DPC, páncreas blando y riesgo de FPP moderado o alto) y exclusión (páncreas duro y riesgo de FPP bajo). REDMA consiste en diseñar un rectángulo de malla biológica (Integra SurgiMend 1.0) para poder abarcar todo su perímetro a modo de bufanda. Después se aplica un pegamento quirúrgico (Glubran 2) para ir aponiéndola al páncreas. Una vez adherida al cuerpo pancreático, procederemos a realizar la sutura pancreaticoyeyunal termino-lateral ducto-mucosa con tutorización externa.

Resultados: 61 pacientes; 49,2% (n = 30) de técnica clásica y el 50,8% (n = 31) con REDMA. 57,4% (n = 35) son hombres. La mediana de edad es 69,5 años y su rango intercuartílico es 15,3 no siguiendo una distribución normal (p = 0,01). En todos los casos se realizó DPC tipo Whipple. Técnica clásica: FPP clínicamente relevante 30% (n = 9), tipo B 17% (n = 5), C 13% (n = 4). Fístula biliar 10% (n = 3). Retraso del vaciamiento gástrico 23% (n = 7). Hemorragia digestiva alta 10% (n = 3). Colección intraabdominal, 30% (n = 9). Infección herida, 17% (n = 5). Hemorragia intraabdominal, 7% (n = 2). Técnica REDMA: FPP clínicamente relevante 6,4% (n = 2), tipo B. Fístula biliar 12% (n = 3). Retraso del vaciamiento gástrico 15% (n = 4). Hemorragia digestiva alta 8% (n = 2). Colección intraabdominal, 8% (n = 2). Hemorragia intraabdominal, 4% (n = 1). Las 2 únicas complicaciones posquirúrgicas donde obtuvimos repercusión estadística significativa a favor de REDMA tras aplicar el análisis bivalente es la FPP con p = 0,007 y la colección intraabdominal con p = 0,047 (p < 0,05). Además hemos estudiado la gravedad de las FPP usando una variable ordinal en la que mayor valor significa más gravedad, siendo 1 la ausencia de fístula y 3 la tipo C. La gravedad de las fistulas en la técnica REDMA es de 1,04 (DE: 0,73) mientras que de 1,36 (DE: 0,20) en el grupo de clásica, p = < 0,001 (p < 0,05). Por tanto, las complicaciones posquirúrgicas a partir del estadio IIIb (basándonos en la clasificación de Clavien-Dindo), como la estancia hospitalaria se vieron reducidas gracias a esta innovación con significación estadística, p = 0,004 y < 0,001 (p < 0,05) respectivamente.

Conclusiones: Tras analizar los resultados de las complicaciones posquirúrgicas entre técnica clásica versus REDMA, podemos afirmar a favor de esta última que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a morbilidad, por ello consideramos a REDMA como una alternativa útil para la reconstrucción del tránsito tras DPC en pacientes con riesgo moderado/alto de FPP.