Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):660

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-287 - REFUERZO DE LAS ANASTOMOSIS PANCREATOYEYUNAL CON ESPONJA DE FIBRINÓGENO Y TROMBINA

M.V. Planells Roig, F. Peiró Monzó, Ú. Ponce Villar, A. Coret Franco, Á. Bañuls Matoses, N. Krystek, E. Sánchez y F. Caro Pérez<p>Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: A pesar de las numerosas modificaciones en la técnica quirúrgica de la DPC y las variantes de las anastomosis pancreatoyeyunales, la fístula pancreática sigue siendo una complicación común. Su incidencia oscila entre 10 y 30%. El objetivo de este trabajo es realizar un estudio sobre la aplicación del TachoSil para reforzar la línea anastomótica pancreaticoyeyunal donde se valora la incidencia en las fístulas pancreáticas

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de casos y controles de pacientes sometidos a una DPC y reconstrucción de continuidad intestinal según child y anastomosis pancreatoyeyunal según técnica de Blumgart. En el grupo T se ha reforzado la anastomosis con 2 laminas de esponja de fibrinógeno y trombina dispuestas formando un sándwich cuyo contenido es la anastomosis pancreatoyeyunal (cara posterior y otro cara anterior) y en el grupo NT (grupo control) no se ha reforzado. Todos los pacientes llevan sistemáticamente 2 drenajes aspirativo peripancreáticos situados en la parte superior e inferior de la pancreatoyeyunostomía, recogiendo además el superior el área correspondiente a la hepaticoyeyunostomía. Se registran las tasas de fístulas pancreáticas postoperatorias según la clasificación del grupo internacional de fístulas pancreáticas (ISGPF), de acuerdo con el impacto clínico, distinguiendo varios grados A, B, y C, entendiendo como fístula pancreática una producción postoperatoria a través de un drenaje mayor de 50 ml con contenido de amilasas mayor de 3 veces el valor normal en suero después de 10 días postoperatorios: Grado A subclínicas: No precisan ningún actitud. Grado B requieren tratamiento médico (ayuno, NPT, octreotide). Grado C se definen como graves y potencialmente mortales y requieren tratamiento quirúrgico. En nuestro estudio, para aumentar la sensibilidad de nuestro estudio, se analiza cada 72 horas la amilasa en los drenajes independientemente del debito del drenaje. Se completa además el estudio de la anastomosis PCY con wirsungrafía y colangioyeyunografía por RMN con el fin de filiar si el incremento observado de amilasas en los drenajes es de origen parenquimatoso o por dehiscencia completa o parcial de la pancreatoyeyunostomía.

Resultados: Los pacientes del grupo T no presentaron fístulas, siendo los débitos por los drenajes escasos y las determinaciones seriadas de amilasa negativas (menores de 30 u) Por el contrario en el grupo control la incidencia de fístulas tipo A ha sido mayor, aunque la pancreatografía postoperatoria ha mostrado su origen parenquimatoso y no la disrupción de la anastomosis pancreatoyeyunal.

Conclusiones: A pesar de que la serie es muy corta, los resultados son muy alentadores, pues la aplicación en sándwich de esponja de fibrinógeno y trombina parece eliminar las fístulas tipo A bioquímicas, posiblemente al evitar la formación de fístulas parenquimatosas gracias a su efecto promotor de la cicatrización glandular del remanente pancreático. La aplicación de esponja de fibrinógeno y trombina para reforzar la línea anastomótica pancreaticoyeyunal parece ser beneficiosa y disminuye las fístulas pancreáticas.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados