



www.elsevier.es/cirugia

P-276 - ANASTOMOSIS PANCREATOYEYUNAL DUCTO-MUCOSA CON REFUERZO DE ADHESIVO N BUTIL 2 CIANOCRALATO

M.V. Planells Roig, A. Bañuls Matoses, A. Coret Franco, U. Ponce Villar, N. Orozco Gil, F. Peiró Monzó, A. Bulto Monteverde, M.T. Lloret Martí y F. Caro Pérez

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 pancreatoeyunales, la fistula 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 N butil 2 cianocralato (Glubran) al objeto de consolidar la anastomosis ductomucosa pancreaticoyeyunal donde se valora la incidencia en las fistulas 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 pancreatoeyunal según técnica de Blumgart. En el grupo cianocralato tras realizar la primera línea de la pancreatoeyunostomía y anastomosis ductomucosa se consolida esta mediante la aplicación del adhesivo en toda la circunferencia de la anastomosis ductomucosa y en el área adyacente de la pancreatoeyunostomía y en el grupo NT (controles) no se ha utilizado el adhesivo. Todos los pacientes llevan sistemáticamente 2 drenajes aspirativo peripancreáticos (exudrain) situados en la parte superior e inferior de la pancreatoeyunostomía, recogiendo además el superior el área correspondiente a la hepaticoyeyunostomía. Se registran las tasas de fistulas pancreáticas postoperatorias según la clasificación del grupo internacional de fistulas pancreáticas (ISGPF), de acuerdo con el impacto clínico, distinguiendo varios grados A, B, y C, entendiendo como fistula 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 wirsungografía y colangioeyunografía 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 pancreatoeyunostomía.

Resultados: Los pacientes del grupo vianocralato no presentaron fistulas, 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 fistulas tipo A ha sido mayor, aunque la pancreatografía postoperatoria ha mostrado su origen parenquimatoso y no la disrupción de la anastomosis pancreaticoyeyunal.

Conclusiones: A pesar de que la serie es muy corta, los resultados son muy alentadores, pues la aplicación de cianocralato alrededor y en la periferia de la anastomosis ductomucosa permite sellar con mayor seguridad

una anastomosis de reducido calibre técnicamente comprometida, lo que parece eliminar las fistulas tipo A, posiblemente al mejorar la estanqueidad anastomótica y sellar los posibles radicales secundarios del Wirsung evitando tanto las fistulas ductomucosas como las parenquimatosas. La aplicación de cianocralato para reforzar la anastomosis ducto-mucosa y la línea anastomótica pancreaticoyeyunal parece ser beneficiosa y disminuye las fistulas pancreáticas.