



P-220 - FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN LA APARICIÓN DE FÍSTULA PANCREÁTICA TRAS LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Alonso Murillo, Laura; Justo Alonso, Iago; Rioja Conde, Paula; del Pozo Elso, Pilar; Caso Maestro, Óscar; Marcacuzco Quito, Alberto; Loinaz Segurola, Carmelo; Jiménez Romero, Luis Carlos

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La duodenopancreatectomía es la única opción curativa para las neoplasias malignas que afectan a la cabeza del páncreas. Su morbilidad es considerable (30-50%). Una de sus principales complicaciones es la fístula pancreática, especialmente aquellas clínicamente significativas (grados B y C según la nueva clasificación ISGPF de 2016).

Métodos: Desde enero de 2010 hasta diciembre de 2018, se realizaron 133 duodenopancreatectomías en nuestro centro. Se han comparado tres grupos de pacientes: grupo 1, pacientes sin fístula pancreática ($n = 87$); grupo 2, pacientes con fístula bioquímica, clínicamente no relevante ($n = 20$); y grupo 3 pacientes con fístula pancreática clínicamente relevante grado B y C ($n = 26$).

Resultados: No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, consumo de alcohol, tabaquismo o clase ASA. La diferencia en el diámetro del conducto de Wirsung entre los 3 grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0,001$); los pacientes del grupo 2 y grupo 3 presentaron como mediana un conducto pancreático de 3 mm, mientras que en el grupo 1 fue de 5 mm. La diferencia en la consistencia de la glándula entre los grupos fue estadísticamente significativa. La mayor parte de los pacientes con fístula presentaba un páncreas blando (35% en grupo 2, y 11,5% en grupo 3) o de consistencia normal (45% en grupo 2, y 50% en grupo 3). Estas diferencias fueron significativas ($p = 0,000$). Hasta el 84,6% los pacientes del grupo 3 presentaron algún grado de retraso del vaciamiento gástrico. El 23% de los pacientes del grupo 3 presentaron algún grado de hemorragia postoperatoria, frente tan solo un 5% en el grupo 2, y un 7% en el grupo 1 ($p = 0,185$). El 30,7% de los pacientes del grupo 3 asociaron además una fístula biliar en alguno de sus grados, con una $p = 0,003$. En el 51% (69) de los pacientes intervenidos, se realizó una anastomosis pancreaticoyeyunal usando un tutor externo. En estos casos únicamente presentaron fístula clínicamente relevante el 17%.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	p
Edad	64 (24-80)	78,5 (71-86)	72 (54-79)	0,916

Sexo (H/M)	58,3%/43,7%	55%/45%	57,7%/42,3%	0,983
IMC	24 (20-30)	29 (24-34)	25 (22-41)	0,482
Dolor	44 (50,6%)	7 (35%)	10 (38,5%)	0,316
Pancreatitis previa	13 (14,9%)	0	3 (11,5%)	0,475
Colangitis previa	12 (13,8%)	0	2 (7,7%)	0,672
Wirsung en mm	5 (2-17)	3 (2-14)	3 (2-8)	0,001
Consistencia				
Duro	54 (62,1%)	4 (20%)	10 (38,5%)	
Blando	4 (4,6%)	7 (35%)	3 (11,5%)	0
Normal	39 (33,3%)	9 (45%)	13 (50%)	
Reintervención	9 (10,3%)	3 (15%)	9 (34,6%)	0,012
RVG				
A	11 (12,6%)	6 (30%)	9 (34,6%)	
B	15 (17,2%)	2 (10%)	8 (30,8%)	0,000
C	0	2 (10%)	5 (19,2%)	
HPO				
A	0	0	0	0,056
B	4 (4,6%)	1 (5%)	3 (11,5%)	

C	3 (3,4%)	0 (0%)	4 (15,4%)	
Fístula biliar				
A	2 (2,3%)	1 (5%)	1 (3,8%)	
B	2 (2,3%)		2 (7,7%)	0,003
C	1 (1,1%)		5 (19,2%)	
Mortalidad postoperatoria	7 (8%)	1 (5%)	6 (23,1%)	0,103

Conclusiones: En nuestra experiencia, los dos factores que más influyen en la aparición de fístula pancreática son el tamaño de Wirsung inferior a 3 mm y la consistencia de la glándula pancreática, de manera que una consistencia blanda aumenta el riesgo de fístula.