



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-110 - ACTUALIZACIÓN DE RESULTADOS DE REDMA (ANASTOMOSIS PANCREATICOYEYUNAL DUCTO MUCOSA REFORZADA) TRAS DPC

Valero Liñán, Antonio Serafín; Conde Inarejos, Belén; González Masiá, José Antonio; Miota de Llama, José Ignacio; Lisón Jiménez, Patricia; Cámara Alcalá, Sonia; Serrano García, Alfonso; Sánchez Martínez, José Miguel

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 ductomucosa con tutorización externa. **Resultados:** 70 pacientes; 42,9% (n = 30) de técnica clásica y el 57,1% (n = 40) con REDMA. 57,4% (n = 35) son hombres. La mediana de edad es 67,1 años y su rango intercuartílico es 15,3 no siguiendo una distribución normal (p = 0,03). 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 24% (n = 7). Hemorragia digestiva alta 10% (n = 3). Colección intraabdominal, 30% (n = 9). Infección herida, 17% (n = 5). Hemorragia intraabdominal, 6,7% (n = 2). Técnica REDMA: FPP clínicamente relevante 5% (n = 2), tipo B. Fístula biliar 10% (n = 4). Retraso del vaciamiento gástrico 17,5% (n = 7). Hemorragia digestiva alta 7,5% (n = 3). Colección intraabdominal, 10% (n = 4). Hemorragia intraabdominal, 2,5% (n = 1). La única complicación posquirúrgica donde obtuvimos repercusión estadística significativa a favor de REDMA tras aplicar el análisis bivalente es la FPP con p = 0,00008. Tras una regresión logística binaria con la presencia de FPP como variable dependiente y un modelo saturado (edad, sexo, IMC, tamaño del ducto, diagnóstico y técnica quirúrgica), obtenemos que la técnica REDMA es capaz de reducir el riesgo de fístula pancreática clínicamente relevante en un 95% (odds ratio de 0,05439, IC95: 0,0080681-0,2458175; p = 0,0006214). La R² nos indica que dicho modelo explica en un 64% la probabilidad de tener o no FPP. Los valores de la curva ROC, con un punto de corte de 0,4, de este modelo alcanzan una sensibilidad del 88% y una especificidad del 80%. Por tanto, las complicaciones posquirúrgicas a partir del estadio IIb (basándonos en la clasificación de Clavien-Dindo), como la estancia hospitalaria se vieron reducidas gracias a esta innovación con significación estadística, p = 0,003 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.