



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-213 - ANÁLISIS PROSPECTIVO DE MORBILIDAD TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PANCREATICOYEUOSTOMÍA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DURANTE 2022. RESULTADOS TRAS IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA ERAS

Sorribas Grifell, Maria; Secanella Medayo, Lluís; Layedra, Karen; Peláez Serra, Núria; Salord Vila, Sílvia; Leiva Pedraza, David; Fabregat Prous, Joan; Busquets Barenys, Juli

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Objetivos: Analizar la morbilidad evidenciada en duodenopancreatectomía cefálica en nuestro centro durante el año 2022 tras planificación integral del paciente (análisis de la operabilidad y resecabilidad) e implantación de programa de recuperación intensificada (ERAS, en sus siglas en inglés).

Métodos: Registramos de forma prospectiva la morbilidad evidenciada durante el año 2022 tras la cirugía pancreática, en concreto tras la implantación de una guía de planificación integral del paciente y de programa ERAS.

Resultados: Durante el año 2022 hemos realizado 54 duodenopancreatectomías cefálicas en nuestro centro todos estos pacientes fueron sometidos a la guía de planificación integral y al programa ERAS. La edad mediana fue de 69,7 años (65,0-75,0); 28 (51,9%) eran varones y 26 (48,2%) mujeres con un IMC (kg/m²) mediana (IQR) de 27,5 (24,4-31,8). Entre los detalles para la optimización del paciente, indicamos drenaje biliar preoperatorio se realizó en 32 (59,3%) casos: endoscópico 27 (50,0%) y percutáneo 5 (9,3%). La albúmina preoperatoria mediana fue de 43 (38-46), con un grado mediano de la escala de Charlson de 5 (4-6). El abordaje fue laparotómico 46 (85,2%), laparoscópico 4 (7,4%), y robótico 4 (7,4%). El tipo anastomosis pancreática realizada fue ducto-mucosa en 44 (81,5%) y ducto-mucosa tipo Blumgart 10 (18,5%). En 12 de ellas se dejó tutor interno. En 4 pacientes se realizó resección vascular (3 resección arteria hepática/1 resección venosa). Se registraron complicaciones posoperatorias en 31 (57,4%, tabla). Al analizar la morbilidad, evidenciamos que las complicaciones fueron Clavien > IIIA 3 (5,6%), con una Complication Comprehensive Index, mediana (IQR) 20,9 (0 - 28), la estancia mediana (IQR) 12 (8 - 21). La tasa de reingreso fue del 22% (12 pacientes), y la mortalidad a los 90 días posoperatoria fue nula. Evidenciamos mayor tasa de drenaje biliar preoperatorio entre los pacientes con peor función del estado clínico (ECOG), sin alcanzar la significación estadística (drenaje biliar preoperatorio ECOG 1 = 69 vs. drenaje biliar preoperatorio ECOG 0 = 47%, $p = 0,150$). En los pacientes con drenaje biliar evidenciamos una tendencia a menor estancia hospitalaria en pacientes sin drenaje biliar preoperatorio sin alcanzar la significación estadística ($p = 0,280$). Al analizar el diagnóstico anatomopatológico evidenciamos entre los más frecuentes adenocarcinoma de páncreas resecable 23 (42,6%), *borderline* tipo A 9 (39,1% ADCP), adenocarcinoma de ampulla 9 (16,7%), IPMN no invasivo 6 (11,1%), Adenocarcinoma duodenal 5 (9,3%).

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Complicaciones postoperatorias, n (%)		31 (57.4%)
Vaciado Gástrico Lento		19 (35.2%)
	Tipo A	9 (16.7%, 47.4% DGEs)
	Tipo B	8 (14.8%, 42.1% DGEs)
	Tipo C	1 (1.9%, 5.3% DGEs)
Fístula pancreática		28 (51.9%)
	Clínicamente relevante (B/C)	12 (22.2%, 42.9% FPs)
Hemorragia post-pancreatectomía		5 (9.4%)
Complicaciones sépticas		13 (24.1%)
Absceso intraabdominal		12 (22.2%)
Pancreatitis		2 (3.8%)
Fístula quilosa		3 (5.7%)
Clavien > IIIA		3 (5.6%)
Complication Comprehensive Index, <i>mediana (IQR)</i>		20.9 (0 – 28)
Reintervención		0
Estancia, <i>mediana (IQR)</i>		12 (8 – 21)
Reingreso, n (%)		12 (22.2%)
Mortalidad 90 días		0

Conclusiones: La duodenopancreatectomía cefálica con pancreaticoyeyunostomía es una cirugía con elevada morbilidad que requiere el manejo multidisciplinario, consiguiendo resultados óptimos al planificar la cirugía y optimizar al paciente con su implicación, e implantar protocolos ERAS. Los programas ERAS tienen conllevan una reducción de los costes y estancia hospitalaria, mayor empoderamiento del paciente, recuperación posquirúrgica precoz y reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad. Para ello se requiere de la participación coordinada de un equipo multidisciplinar, prehabilitando a los pacientes antes de la intervención quirúrgica y aplicando medidas perioperatorias que empoderan al paciente para su recuperación mejorada.