



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-188 - ESTUDIO DE NO INFERIORIDAD TRAS DPC. REDMA EN PÁNCREAS BLANDO VS TÉCNICA CLÁSICA EN PÁNCREAS DURO

Valero Liñán, Antonio Serafín; Serrano García, Alfonso; González Masiá, José Antonio; Conde Inarejos, Belén; Miota de Llama, José Ignacio; Cámara Alcalá, Sonia; Gil Córcolas, Yolanda; Sánchez, José Miguel

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Objetivos: Analizar las diferentes complicaciones posquirúrgicas y su incidencia entre REDMA (utilizada en páncreas blandos y con alto riesgo de complicaciones posquirúrgicas) vs. anastomosis pancreático-yeyunal termino-lateral ducto-mucosa clásica (utilizada en páncreas duros) para intentar demostrar la no inferioridad de la misma frente al *gold standard* de nuestro equipo.

Métodos: Estudio de cohortes histórico observacional y analítico conformado por casos (REDMA) y controles (técnica clásica en páncreas duro). Criterios de inclusión comunes: edad > 18 años y < 83, patología en cabeza pancreática que precise DPC. Específicos inclusión REDMA: páncreas blando y riesgo de FPP moderado o alto. Exclusión específicos REDMA: páncreas duro y riesgo de FPP bajo. Específicos inclusión control: páncreas duro y riesgo de FPP bajo. Exclusión específicos control: páncreas blando y riesgo de FPP moderado o alto. REDMA: sutura pancreático-yeyunal termino-lateral ducto-mucosa sobre rectángulo de malla biológica (Integra SurgiMend 1.0) que abarca todo el perímetro pancreático a modo de bufanda. Aplicamos pegamento quirúrgico (Glubran 2) para aponerla al cuerpo del páncreas.

Resultados: 70 pacientes; 42,9% (n = 30) de técnica clásica y el 57,1% (n = 40) con REDMA. 58,5% (n = 41) son hombres. La mediana de edad es 64,3 años no siguiendo una distribución normal (p = 0,02). En todos los casos se realizó DPC tipo Whipple. Pacientes con páncreas duro: FPP clínicamente relevante 3,3% (n = 1). Fístula biliar 10% (n = 3). Retraso del vaciamiento gástrico 10% (n = 3), 2 tipo A y otra tipo C. Hemorragia digestiva alta 6,6% (n = 2). Colección intraabdominal, 3,3% (n = 1). Infección herida, 3,3% (n = 1). Hemorragia intraabdominal, 0% (n = 0). 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). Tras aplicar el análisis bivalente no existe ninguna complicación posquirúrgica donde obtuviéramos repercusión estadística significativa a favor de ninguno. Además, tanto en las complicaciones posquirúrgicas, basándonos en la clasificación de Clavien-Dindo, como en la estancia hospitalaria tampoco existen diferencias estadísticas significativas.

Conclusiones: Tras analizar los resultados de las complicaciones posquirúrgicas entre la técnica clásica en páncreas duro versus REDMA en páncreas blando con alto riesgo de complicaciones

posquirúrgicas, podemos afirmar que no 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 al demostrar la no inferioridad respecto al *gold standard*.