



OR-137 - PANCREATOGASTROSTOMÍA CON PARCHE SEROMUSCULAR GÁSTRICO EN ANASTOMOSIS DE ALTO RIESGO TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA. DESCRIPCIÓN, INDICACIONES Y RESULTADOS INICIALES

Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Roldán de La Rúa, Jorge F.; Ortega Martínez, Almudena; Hinojosa Arco, Luis C.; Buendía Peña, Emilio A.; Gómez Pérez, Rocío; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Objetivos: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC), a pesar de los conocimientos y avances tecnológicos de los que disponemos en la actualidad, es una intervención que sigue estando gravada de una importante morbilidad. El objetivo de nuestro trabajo es presentar los resultados conseguidos con una modificación técnica de la anastomosis pancreatogástrica aplicada a casos de pacientes con alto riesgo de desarrollo de fistula pancreática tras DPC, esencialmente los que presentan un Wirsung 3 mm).

Métodos: En el periodo comprendido entre febrero de 2019 y marzo de 2022 hemos realizado en nuestra unidad un total de 45 procedimientos de DPC. En 18 pacientes, considerados de alto riesgo para desarrollo de fistula pancreática posoperatoria (grado D de la ISGPS, *pancreatic fistula risk score* ? 3), empleamos una técnica de pancreatogastrostomía con parche seromuscular gástrico. Básicamente consiste en la realización de una incisión en la seromuscular de la pared gástrica posterior, de tamaño similar o algo menor al diámetro del muñón pancreático, con posterior exposición de la mucosa, en la que se realiza una mínima punción para permitir el paso de un drenaje que tutorizará la anastomosis wirsungo-mucosa y quedará ubicado en la cámara gástrica. La técnica se completa con 4 puntos totales de fijación entre el páncreas y la cara posterior del estómago, y con dos continuas con sutura barbada para unir el borde anterior y posterior de la seromuscular del estómago con el borde superior e inferior de la cápsula pancreática. Aplicamos protocolo ERAS a todos nuestros pacientes sometidos a resección pancreática, pero en el caso de la pancreatogastrostomía dejamos la sonda nasogástrica durante al menos 48 horas. Sistématicamente colocamos dos drenajes tipo Blake, nº 15, que retiramos de acuerdo a nuestro protocolo de control diario de amilasas en los mismos.

Resultados: La serie está constituida por un total del 11 mujeres (61%) y 7 hombres (39%), de edades comprendidas entre 48 y 78 años. El riesgo ASA fue 5,5% I, 33% II, 56% III y 5,5% IV. El diagnóstico histológico de los pacientes queda expuesto en el gráfico 1. El 72% de los pacientes presentaban un riesgo grado D de la ISGPS (páncreas blando/Wirsung ? 3 mm), y el 18% restante un riesgo grado B (páncreas duro/Wirsung 3 mm). Respecto al *fistula risk score*, 33% mostraban datos de alto riesgo y el 67% moderado riesgo. La media de tiempo quirúrgico fue 350', y en el 34% de los casos el procedimiento se realizó en la fase laparotómica de nuestra técnica de DPC híbrida. Los principales resultados a destacar son: a) mortalidad a 90 días: cero; b) fistula pancreática clínicamente relevante (grado B/C): cero; c) mediana de estancia posoperatoria: 7 días (5-23); d) reintervención: cero; e) reingreso: 4 pacientes (22%): hematoma en pared

gástrica (1), hemorragia posoperatoria grado A (2), hemorragia grado B (1); f) complicaciones infecciosas: 3 pacientes (17%).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la técnica de pancreatogastrostomía con parche seromuscular gástrico permite una importante reducción de las complicaciones posoperatorias tras DPC en pacientes de alto riesgo de desarrollo de fístula.