



www.elsevier.es/cirugia

P-279 - PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL Y FÍSTULA PANCREÁTICA: ¿EXISTE UN LUGAR SEGURO PARA SECCIONAR?

Ortega Ferrete, Ana; Oto González, Diego; Juez Saez, Luz Divina; Molina Villar, José Manuel; Lisa Catalán, Eduardo; Lobo Martínez, Eduardo; Sanjuanbenito Dehesa, Alfonso; Fernández Cebrián, José María

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

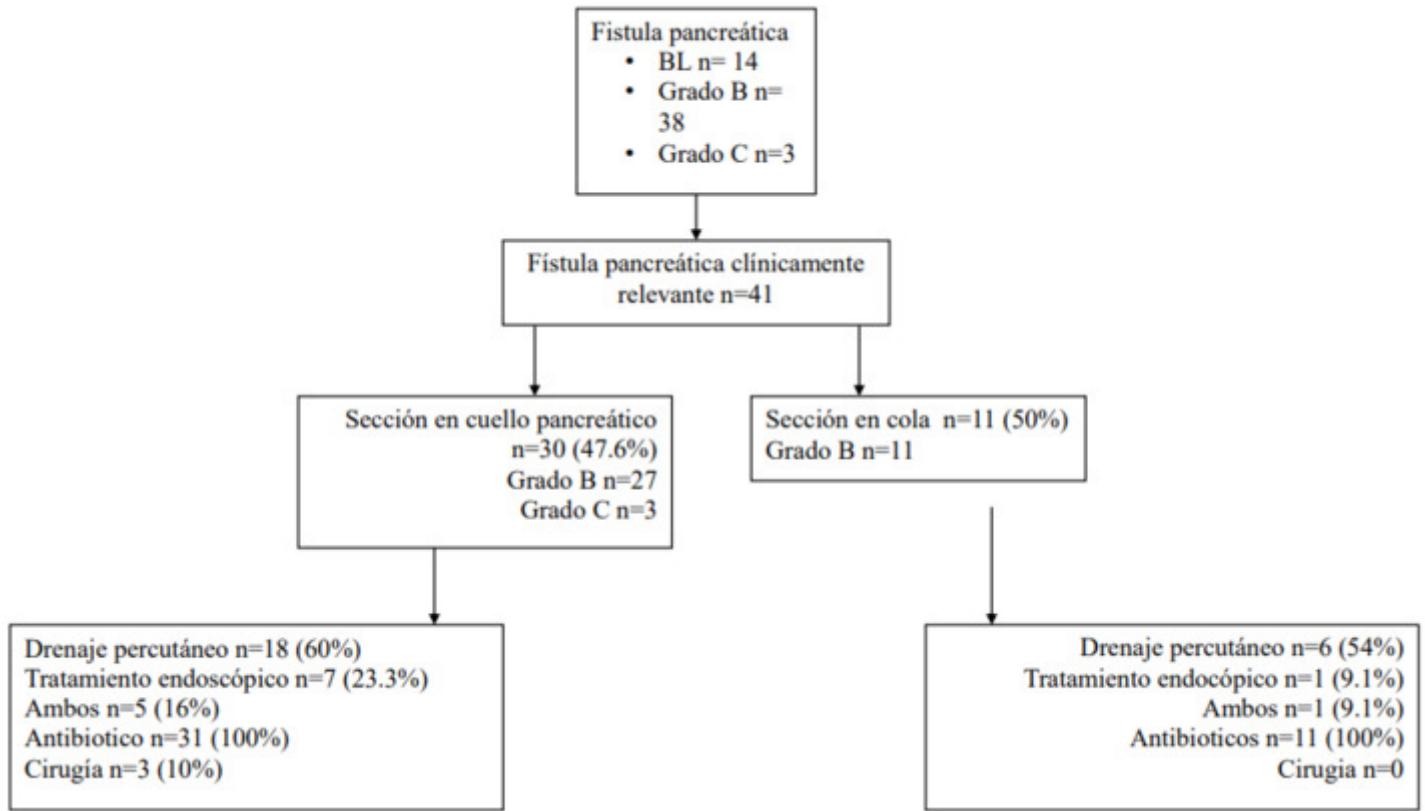
Resumen

Introducción: La fístula pancreática (FP) continúa siendo una complicación frecuente tras las pancreatectomías corporocaudales describiéndose hasta en un 60% de los pacientes. La existencia de la misma incrementa las complicaciones posoperatorias, la estancia hospitalaria e incluso la mortalidad. Clásicamente se han descrito diversos factores de riesgo asociados como el género masculino, el índice de masa corporal alto o la hipoalbuminemia. Asimismo, se ha sugerido el nivel de sección pancreática y el volumen del remanente como factores de riesgo de FP. No obstante, los resultados son heterogéneos.

Objetivos: El principal objetivo es identificar los factores de riesgo para FP en pancreatectomías corporocaudales y su relación con el volumen pancreático y el nivel de sección.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo con reclutamiento consecutivo de paciente intervenidos mediante pancreatectomía distal entre el 2014-2023 en un hospital terciario. Se recogieron variables sociodemográficas, anatomo patológicas, técnica quirúrgica (tipo de abordaje, nivel de sección...) y la evolución posoperatoria (presencia de FP, la clasificación según ISGFP, manejo, morbimortalidad...).

Resultados: Se intervinieron un total de 85 pacientes (38 hombres y 47 mujeres) mediante PD con una media de edad de 64 ± 14 años. El diagnóstico más frecuente fue de adenocarcinoma en el 36% de los pacientes. La sección pancreática se realizó en el cuello/cuerpo en 63 pacientes y en la cola en 22. De los 85 pacientes, 41 desarrollaron FP clínicamente relevante (48%): 38 grado B y 3 grado C. Más de un cuarto de los pacientes (28%) precisaron drenajes percutáneos para control de foco infeccioso y el 9%, drenaje endoscópico. Analizando el porcentaje de FP según el nivel de sección, se describieron 30 en cuello/cuerpo (47%) y 11 en cola (50%) sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,847$). A pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas, se observó una tendencia a presentar menor gravedad del FP en los pacientes con secciones a nivel de la cola pancreática (menor drenaje percutáneo 27,3 vs. 28,6% ($p = 0,753$), menor drenaje endoscópico 4,5 vs. 11,1% ($p = 0,302$), menor reoperación (0 vs. 5%; $p = 0,298$) y menor mortalidad a 90 días (0 vs. 4,8%; $p = 0,298$). Asimismo, se analizó el volumen de resección pancreático (cm^3) en los tumores de cuerpo pancreático frente a los de cola. Si bien se encontraron diferencias en el volumen pancreático de los especímenes resecados según la localización tumoral ($p = 0,001$), la cantidad de páncreas resecado en cm^3 no se asoció estadísticamente con el diagnóstico de FP.



Conclusiones: La fístula pancreática tras una pancreatectomía corporo-caudal es una complicación frecuente y asocia elevada morbilidad posquirúrgica. Pese a no encontrar diferencias estadísticas significativas, se observó una tendencia a que el nivel de sección pancreática podría influir en la gravedad de la FP, siendo menos graves en las secciones más distales.