



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-145 - ¿REDUCE LA ANASTOMOSIS PANCREÁTICA TIPO BLUMGART LA TASA DE FÍSTULA PANCREÁTICA? ESTUDIO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO Y MULTICÉNTRICO

Dorcaratto, Dimitri; Palomares Casasús, Sara; Grupo Español Proyecto Pangasblum

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

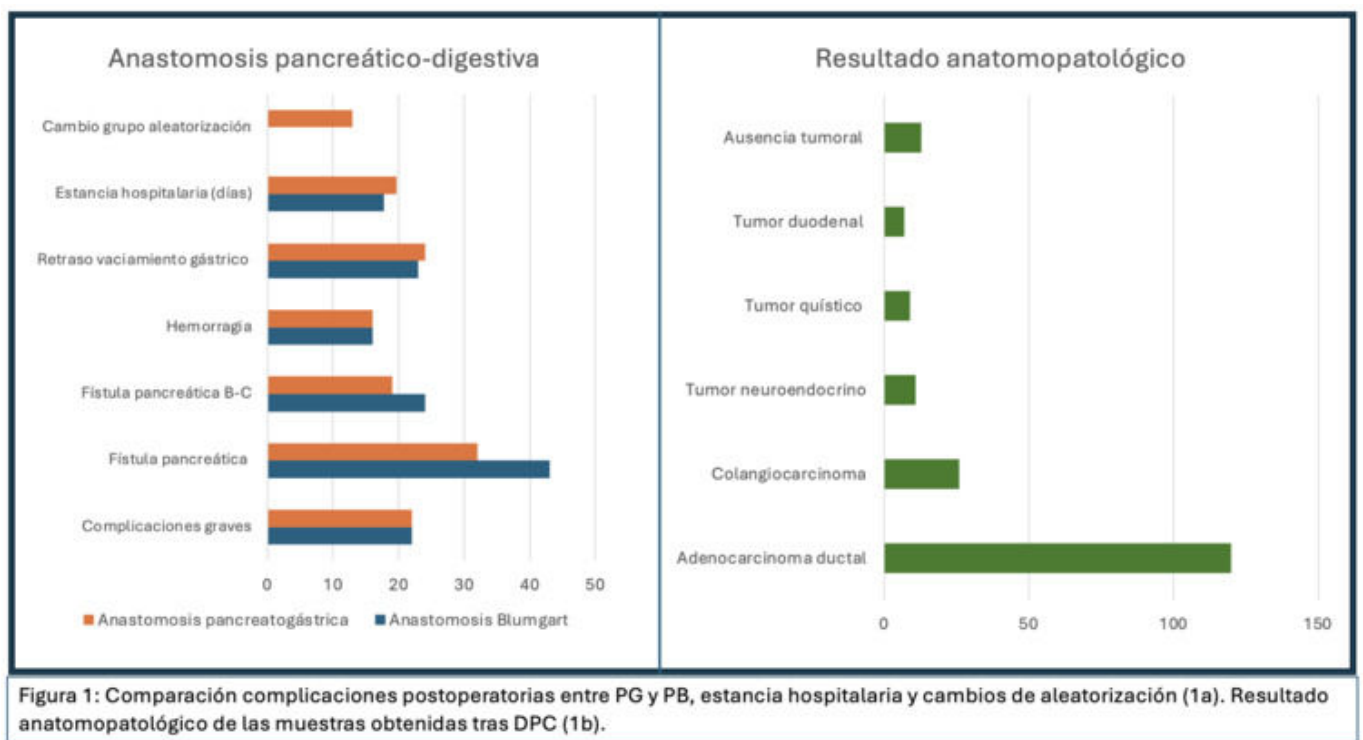
Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es la técnica de elección para la resección oncológica de los tumores pancreáticos y periampulares. La tasa de fístula pancreática posoperatoria (FPP) tras DPC varía en torno al 9,9% y el 28,5% de los casos, repercutiendo negativamente en la supervivencia a corto y largo plazo.

Objetivos: Comparar la tasa de FPP entre dos tipos de anastomosis pancreato-digestivas: pancreato-yeyunostomía tipo Blumgart (PB) y pancreato-gastrostomía invaginante (PG). Los objetivos secundarios fueron la comparación de otras complicaciones posoperatorias, la estancia hospitalaria y la factibilidad de las anastomosis.

Métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico comparando pacientes intervenidos de DPC y aleatorizados según el método de reconstrucción pancreático-digestiva (PB o PG). El análisis de los resultados se llevó a cabo tanto por intención de tratar como por protocolo. Se compararon variables preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias, siendo la variable principal del estudio la tasa de FPP.

Resultados: Se reclutaron 212 pacientes, 110 (51,9%) en el grupo PB y 102 (48,1%) en el grupo PG. No hubo diferencias significativas en edad, sexo, índice de masa corporal, antecedentes de diabetes mellitus, drenaje biliar, pancreatitis preoperatoria, escala ASA ≥ 3 o la tasa de pacientes que recibieron tratamiento neoadyuvante entre ambos grupos. Tampoco se encontraron diferencias en las variables intraoperatorias: tasa de complicaciones, tiempo quirúrgico de la anastomosis, diámetro de Wirsung y consistencia del páncreas. La tasa de FPP global y FPP grados B/C fueron respectivamente del 39,1% (n = 43) y 21,8% (n = 24) en el grupo PB y del 32% (n = 32) y 19% (n = 19) en el grupo control. El 14,5% (n = 16) de los pacientes del grupo PB presentaron hemorragia posoperatoria y el 20,9% (n = 23) retraso del vaciamiento gástrico frente al 16% (n = 16) y 24% (n = 24) en el grupo PG respectivamente. Las tasas de complicaciones y complicaciones graves fueron 76,4% (n = 84) y 20% (n = 22) para el grupo PB versus 72% (n = 72) y 22% (n = 22) para el grupo PG, sin diferencias significativas. 11 pacientes fueron reintervenidos en ambos grupos. La mortalidad global de la serie fue del 6,36% (n = 3), registrándose 2 fallecimientos en el grupo PB y 1 en el grupo PG. El tipo tumoral según los resultados anatomopatológicos se observa en la imagen 1b, sin encontrar diferencias entre grupos. La estancia media hospitalaria fue de 17 días para el

grupo PB frente a 19 en el grupo control, sin observarse diferencias significativas. El 12,7% (n = 13) de pacientes que fueron inicialmente aleatorizados en el grupo de la anastomosis PG precisaron un cambio al grupo de anastomosis de Blumgart por dificultades técnicas durante la cirugía. Ningún paciente del grupo PB necesitó un cambio en la técnica asignada ($p < 0,0001$). En el análisis realizado por protocolo no se evidenciaron diferencias significativas en las variables analizadas.



Conclusiones: La PG y la PB son técnicas válidas para la reconstrucción pancreático-digestiva tras la realización de una DPC sin existir diferencias significativas entre ambas en la tasa de FPP. La PY puede ser una alternativa segura en aquellos pacientes en los que no se pueda realizar la PG con seguridad.