



Original

Morbimortalidad de la resección pancreática

Elías Domínguez-Comesaña^{a,*}, Francisco Javier González-Rodríguez^a, José Luis Ulla-Rocha^b, Ángel Ledesma-Fernández^a, José Luis Portela-Serra^a y Miguel Ángel Piñón-Cimadevila^c

^a Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática, Servicio de Cirugía, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

^b Servicio de Gastroenterología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

^c Servicio de Cirugía, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de septiembre de 2012

Aceptado el 16 de diciembre de 2012

On-line el 28 de marzo de 2013

Palabras clave:

Resección pancreática

Pancreatectomía

Morbilidad postoperatoria

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la morbimortalidad postoperatoria de la resección pancreática.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye 117 pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma consecutiva por presentar tumoración pancreática o periampullar. En 61 de ellos se hizo pancreatectomía cefálica; en 15, pancreatectomía total; en uno, enucleación y en 40, resección corporocaudal.

Resultados: La morbilidad global fue de 48,7% (59% para la pancreatectomía cefálica, 35% para la resección corporocaudal y 46,7% para la pancreatectomía total). Las complicaciones más frecuentes fueron las colecciones y abscesos intraabdominales, con un 15,38% y las complicaciones médicas, con un 13,68%. La incidencia de fístula pancreática fue de 9,83%, para la pancreatectomía cefálica y de 10% para la resección corporocaudal. La incidencia de reintervención fue de 14,53%. La mortalidad global fue de 5,12% (6,56% para la pancreatectomía cefálica, 2,5% para la resección corporocaudal y 6,67% para la pancreatectomía total). La presencia de complicaciones postoperatorias, la necesidad de reintervención y la edad superior a 70 años correlacionaron significativamente con la mortalidad.

Discusión: La resección pancreática tiene una morbilidad alta. La mortalidad es baja y está prácticamente limitada a los pacientes mayores de 70 años.

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Morbidity and mortality in pancreatic resection

ABSTRACT

Aim: Assess the postoperative morbidity rates in pancreatic resection.

Material and method: Prospective observational study which includes 117 patients who underwent surgery consecutively due to pancreatic or periampullary tumours. In 61 of the patients, cephalic pancreatectomy was carried out; 15 underwent total pancreatectomy; one underwent enucleation and 40 underwent distal pancreatectomy.

Results: Overall morbidity was 48.7% (59% for cephalic pancreatectomy, 35% for distal pancreatectomy and 46.7% for total pancreatectomy). The most frequent complications were intra-abdominal abscesses and collections (15.38%) and medical complications

Keywords:

Pancreatic resection

Pancreatectomy

Postoperative morbidity

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eliasdomcom@gmail.com (E. Domínguez-Comesaña).

0009-739X/\$ – see front matter © 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.12.004>

(13.68%). The incidence of pancreatic fistula was 9.83% for cephalic pancreatectomy and 10% for distal pancreatectomy. The reintervention incidence was 14.53%. Overall mortality was 5.12% (6.56% for cephalic pancreatectomy, 2.5% for distal pancreatectomy and 6.67% for total pancreatectomy). The presence of postoperative complications, the need for reintervention and the fact of being over 70 years of age correlated significantly with mortality.

Discussion: Pancreatic resection has high morbidity rates. Mortality is low and is practically limited to patients older than 70 years.

© 2012 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La resección pancreática es una operación técnicamente compleja, con una mortalidad que ha ido disminuyendo progresivamente hasta alcanzar valores inferiores al 5% en centros de referencia¹⁻⁴, pero que, todavía en la actualidad, está gravada con una elevada incidencia de complicaciones postoperatorias, cuyo manejo adecuado requiere el concurso, de una manera integrada y coordinada, de cirujanos, radiólogos, endoscopistas y anestesiistas. La continua mejoría de los resultados obtenidos con este tipo de cirugía en los últimos años se sustenta en la incorporación de aspectos novedosos de técnica quirúrgica y de manejo perioperatorio, basada en el conocimiento de la propia experiencia y de la de otros grupos. Por ello, creemos que es importante disponer de series que permitan conocer los resultados obtenidos en diversos centros y poder establecer comparaciones que contribuyan a la obtención de mejores resultados. En la literatura médica española no hay demasiadas series publicadas y, en este sentido, hemos creído apropiado aportar nuestra experiencia, planteando como objetivo la comunicación de los resultados obtenidos en nuestro centro con la resección pancreática, en cuanto a complicaciones postoperatorias y mortalidad.

Pacientes y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo en el que se incluyó a 117 pacientes tratados con resección pancreática, por presentar una tumoración pancreática o periampular, durante el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2011. Los datos fueron recogidos de forma prospectiva en una base de datos anonimizada diseñada al comienzo del periodo de estudio y fueron analizados en junio de 2012. Se analizaron datos demográficos, drenaje biliar preoperatorio, técnica quirúrgica, requerimiento de transfusión, complicaciones, mortalidad y estancia postoperatoria.

Técnica quirúrgica

Duodenopancreatectomía cefálica

Para la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) se hace una laparotomía subcostal y, después de descartar enfermedad metastásica, se expone el bloque duodenopancreático mediante descenso del ángulo hepático del colon y maniobra de Kocher hasta el borde izquierdo de la aorta, resecaando en este momento, en continuidad con la pieza, los ganglios interaortocava, que únicamente se analizan intraoperatoriamente si son

mayores de 1 cm. A continuación se accede a la trascavidad de los epiplones tras seccionar el ligamento gastrocólico, se secciona el tronco gastrocólico a nivel de la vena mesentérica superior y se diseccionan la vena y la arteria mesentérica superiores, con sección de sus ramas accesibles. Posteriormente, se hace colecistectomía anterógrada y se disecciona el pedículo hepático, con esqueletización de sus elementos vasculares. La arteria gastroduodenal se secciona después de comprobar, mediante una prueba de pinzamiento, que no hay obstrucción del tronco celiaco. La vía biliar se secciona por debajo de la convergencia biliar y su porción proximal se mantiene ocluida con un *clamp bulldog* hasta el momento en que se hace la reconstrucción. La linfadenectomía del pedículo hepático se extiende desde la convergencia biliar hasta el origen de la arteria hepática. Después se secciona el antro gástrico, que se extirpará en bloque con la cabeza del páncreas (en ningún caso se hizo preservación pilórica). Se secciona el páncreas a la izquierda de la vena porta, comprobando que hay sangrado pulsátil por el borde de sección del cuerpo del páncreas. En caso de tumoración maligna, se hace biopsia intraoperatoria de los bordes de sección pancreático y biliar. Una vez completado este paso se secciona el yeyuno a unos 15 cm del ligamento de Treitz y se traspone al lado derecho del eje mesentérico y, finalmente, se secciona la lámina retroportal hasta el borde derecho de la arteria mesentérica superior, completando la resección. La reconstrucción se inicia con la anastomosis pancreática. En todos los casos, excepto en 3, se hizo anastomosis ducto-yeyunal con puntos sueltos de ácido poliglicólico de 6/0 tutorizada con un drenaje intraluminal de unos 6-8 cm de longitud y de calibre adaptado al diámetro del conducto pancreático. En los pacientes con ducto de gran diámetro no se utilizó tutor. En los pacientes con ducto de diámetro inferior a 1,5 mm se invaginó el remanente pancreático en el estómago (un caso) o en el yeyuno (2 casos). A unos 8-15 cm de la anastomosis pancreática se hace una hepaticoyeyunostomía terminolateral con puntos sueltos de ácido poliglicólico de 5/0 o 6/0. Por último se hace una gastroyeyunostomía terminolateral con 2 suturas continuas de material absorbible de 4/0. Al inicio de la serie se hacía una reconstrucción tipo Child, pero en los 2 últimos años se hizo una reconstrucción en Y de Roux, con un asa para la anastomosis pancreática y biliar, transmesocólica, y otra para la anastomosis gastroyeyunal, en posición antecólica. En todos los casos se dejaron 2 drenajes cerrados, uno en la fosa de Morrison y el otro, peripancreático.

Pancreatectomía corporocaudal

En caso de tumor benigno, se intentó conservar el bazo, si era posible con preservación de vasos esplénicos y si no lo era,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252870>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252870>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)