

Drenajes abdominales en cirugía pancreática

Abdominal drains in pancreatic surgery

Carlos J. Arozamena Martínez*

La conveniencia de los drenajes abdominales en la cirugía del páncreas ha pasado por distintas etapas basadas en grandes casuísticas, en preferencias personales, en interpretaciones fisiopatológicas y en otras causas.

En la actualidad, este tema sigue muy vigente, por el incremento de la cirugía pancreática tanto benigna como neoplásica y también por la incidencia del traumatismo pancreático.

Estas patologías tienen una incidencia de complicaciones con elevada morbilidad y mortalidad, aunque últimamente algunos adelantos técnicos y farmacológicos hayan mejorado considerablemente su evolución.

Las modificaciones anatómicas y fisiológicas por la operación, la cantidad de suturas o anastomosis y la potencia necrotizante de las secreciones digestivas (pancreáticas, biliares o duodenales) son, desde nuestro punto de vista, las principales pautas para decidir la colocación de drenajes operatorios.

En las resecciones pancreáticas distales y sin anastomosis, la incidencia de fístulas es baja y habitualmente de comportamiento subclínico (Tipo A). En estos casos, un drenaje operatorio por protocolo no garantiza una evolución sin filtraciones, fístulas o colecciones.

Hemos visto enfermos con drenajes operatorios que hicieron colecciones alejadas del tubo y también filtraciones o colecciones que se manifiestan después de haber retirado el drenaje, como ocurrió en algunos casos presentados en este trabajo.

Actualmente, menos del 10% de esas filtraciones evolucionan al "Tipo B", dando manifestaciones clínicas generalmente de presentación lenta, que permiten el diagnóstico y un drenaje con pocos riesgos. Por eso priorizamos el criterio clínico de colocar un drenaje por vía percutánea solo cuando esto ocurre.

Simplifica esta posición el hecho de que, desde hace más de una década, colocar un drenaje percutáneo guiado con ultrasonido o con tomografía es un procedimiento simple, eficaz y de bajo costo.

Esto también avala, como proponen los autores del artículo, el cambio de un criterio que se está aceptando cada vez más: no dejar drenajes operatorios de rutina y colocarlos por vía percutánea con más selectividad, cuando una colección y la evolución clínica lo justifican.

En las operaciones en las que se agrega anastomosis gástrica, duodenal, entérica o biliar, como la duodenopancreatectomía (DPC), el riesgo de filtraciones y de sepsis es mayor.

La activación de las enzimas pancreáticas extravasadas y su capacidad digestiva pone en riesgo el resto de las suturas y los tejidos retroperitoneales, origen de hemorragias y sepsis graves. En estos casos, los drenajes operatorios tendrían por finalidad detectar y dirigir una eventual fístula pancreática o de las otras suturas, antes de que se formen colecciones y se infecten.

Por ejemplo, en las DPC se ven fístulas biliares tempranas de bajo débito que, con el drenaje operatorio y antibióticos, evolucionan bien en pocos días.

Es fácil de interpretar que el riesgo de esas fístulas sería distinto en un abdomen sin drenajes, con un coleperitoneo y en la vecindad de una anastomosis pancreática.

Por eso, en esta cirugía compleja hay más consenso y aceptación en dejar drenajes operatorios cerca de las anastomosis y en el retroperitoneo.

Compartimos el criterio de que los drenajes operatorios sean múltiples, poco traumáticos, finos y que obren por capilaridad, como las láminas multiperforadas de silastic o los más simples tubos de polietileno tipo K 30 o K 31.

Como queda bien expuesto en el trabajo¹, la verdadera utilidad de los drenajes operatorios resulta difícil de evaluar, porque las fístulas pancreáticas son complejas y muy evolutivas, por lo que esos drenajes pueden resultar insuficientes y a veces es necesario reemplazarlos, agregar otros por vía percutánea y hasta hacer reoperaciones para desbridamiento y colocación de otros nuevos.

Finalmente, felicito a los autores por analizar este tema tan complejo y, aunque no pueden sacar conclusiones, porque plantean muy bien la duda acerca de "la utilidad de los drenajes intraabdominales en cirugía pancreática", en comparación con otras operaciones en las que ya se están abandonando.

Creo que un estudio aleatorizado sería de mucha utilidad, para que en la mayoría de las operaciones sobre el páncreas se pueda decidir la colocación o no de un drenaje abdominal con criterio científico y no como una preferencia personal.

**Ex Jefe de Cirugía gastroenterológica del Hospital de Clínicas José de San Martín. Prof. Adj. de la Universidad de Buenos Aires.*

Referencias bibliográficas

1. Drenaje intraabdominal en cirugía pancreática: ¿es útil el uso sistémico? F Schlottmann, J Álvarez Gallesio, M Galvarini, J De-

voto, L McCormack, ML Iovaldi y P Capitanich. Rev Argent Cirug. 2016;108(2):5-8.

