



P-240 - FÍSTULA PANCREÁTICA EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA, ¿ES POSIBLE ANTICIPAR SU APARICIÓN EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS LA CIRUGÍA?

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Ortega Martínez, Almudena; Tapia Durán, Nuria; Ortega Castán, María; Roldán de la Rúa, Jorge; Suarez Muñoz, Miguel Ángel

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La fístula pancreática es una de las complicaciones más agresivas dentro de la duodenopancreatectomía cefálica (DPC). Se define como la comunicación anormal entre un ducto pancreático y otra superficie epitelial, con extravasación de líquido rico en enzimas pancreáticas. Su incidencia varía entre un 5 y un 30%, y se encuentra relacionada con la aparición de otras complicaciones como colecciones intraabdominales, sepsis o fenómenos hemorrágicos. Para su diagnóstico se precisa la detección de un valor de amilasa en drenaje abdominal tres veces superior al valor normal en plasma a partir del tercer día posoperatorio. En función de su gravedad se clasifica en grado A o fístula bioquímica (sin repercusión clínica), grado C (precisa reintervención, desarrolla fracaso multiorgánico o *exitus*) y grado B (el resto). Aunque existen parámetros indicativos del riesgo de desarrollar fístula, como glándula de consistencia blanda, Wirsung de pequeño diámetro o elevada pérdida de sangre intraoperatoria, una de las cuestiones que mayor interés suscita es la búsqueda de signos que puedan anticipar el desarrollo de la misma los primeros días posoperatorios.

Métodos: Se presenta un estudio analítico en el que se valoran 70 pacientes intervenidos de DPC con el objetivo de analizar variables que puedan estar relacionadas con el desarrollo de fístula pancreática. Entre las mismas se incluyó: edad, sexo, riesgo quirúrgico, antecedente de drenaje biliar preoperatorio (DBP), tiempo operatorio, necesidad de transfusión en quirófano, valor de amilasa en el drenaje los dos primeros días del posoperatorio y la presencia de fiebre, leucocitosis, taquicardia o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) en las primeras 48 horas tras la intervención.

Resultados: La tasa de fístula pancreática de los pacientes del estudio fue del 20%, correspondiendo el 71% de las mismas con fístula bioquímica, el 8% con fístula grado B y el 21% restante con grado C. Dentro del estudio analítico, destacar que ni el riesgo quirúrgico del paciente, ni el antecedente de DBP ni el tiempo operatorio se relacionaron con el desarrollo de fístula pancreática. Por otro lado, la aparición de SRIS en las primeras 48 horas del posoperatorio y la necesidad de transfusión en quirófano se mostraron como factores relacionados con la aparición *a posteriori* de fístula pancreática ($p < 0,05$). De acuerdo a la anterior afirmación, la presencia de leucocitosis y de taquicardia mantenida también se manifestaron como factores de riesgo de fístula

pancreática ($p < 0,05$). Se analizó la relación entre el nivel de amilasa en el drenaje los dos primeros días posoperatorios y el desarrollo de fístula pancreática mediante regresión logística. De esta forma, valores superiores a 1.135 U/L el primer día posoperatorio (sensibilidad 100%, especificidad 87%) y valores superiores a 1.330 U/L el segundo día posoperatorio (sensibilidad 93%, especificidad 94%) se relacionaron con la aparición de fístula pancreática.

Conclusiones: Si bien estos resultados deben ser considerados con prudencia debido a las características del estudio, permiten un punto de partida para valorar una serie de signos que pueden alertar sobre la aparición de fístula pancreática y, en tal caso, establecer estrategias terapéuticas que permitan controlar su repercusión.