



# Endocrinología y Nutrición



## 171 - DESARROLLO DE DIABETES TRAS CIRUGÍA PANCREÁTICA

I.M. Vegas Aguilar<sup>a</sup>, M. Molina Vega<sup>a</sup>, C. Hernández García<sup>a</sup>, J.M. García Almeida<sup>a</sup>, Y. Eslava Cea<sup>b</sup>, J. Roldán de la Rúa<sup>b</sup>, M.A. Suárez Muñoz<sup>b</sup> y F. Tinahones Madueño<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición; <sup>b</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

### Resumen

**Introducción:** La disminución de la masa pancreática poscirugía da lugar, en muchos casos, a diabetes (DM) por lo que se debe hacer un seguimiento estrecho a estos pacientes para diagnosticarla y tratarla precozmente.

**Métodos:** 41 pacientes sometidos a cirugía pancreática 2013-16. Describimos datos demográficos y clínico-analíticos. Comparamos pacientes con DM precirugía (DP) y sin ella (NDP) y analizamos, en los últimos, incidencia de DM en la evolución (postoperatorio-PO-y 3-6 meses poscirugía -M2-) y con las distintas técnicas quirúrgicas: duodenopancreatectomía cefálica (DPC) con anastomosis pancreato-yeyunal (DPC-PY), DPC con anastomosis pancreato-gástrica (DPC-PG) y pancreatectomía corporo-caudal con esplenectomía (PCCE). Excluimos la pancreatectomía total que necesariamente produce DM.

**Resultados:** 41 pacientes:  $64,9 \pm 9,34$  años, 65,9% varones, 34,1% mujeres. 17,5% DP. Tipo cirugía: 27,5% DPC-PY, 22,5% DPC-PG, 25% PT, 25% PCCE. Anatomía patológica: 72,5% adenocarcinoma, 10% TNE, 17,5% otros. Desarrollo de diabetes en NDP: Del 68,3% NDP, 45,8% DM en PO, 78,6% en M2. Según técnica quirúrgica: si agrupamos las resecciones de cabeza pancreática (DPC-PY y DPC-PG) vs la PCCE, no diferencias significativas en desarrollo DM en PO ni M2. Si enfrentamos DPC-PY vs DPC-PG en PO y M2, más DM con DPC-PY (75% vs 40% en PO y 100% vs 33,3% en M2), no significativo. Comparamos DP vs NDP: diferencias significativas en IMC basal ( $29,6 \pm 5,3$  vs  $26,3 \pm 2,6$ ; p 0,021), en PO ( $27,6 \pm 3,1$  vs  $23,3 \pm 3,3$ ; p 0,003) y M2 ( $27,4 \pm 3$  vs  $24,3 \pm 2,9$ ; p 0,029). Además, DP son más pluripatológicos (84,61% vs 25,9%; p 0,000). NDP consiguen mejor control metabólico vs DP en M2 (HbA1c  $6 \pm 0,6\%$  vs  $7,7 \pm 1,7\%$ ; p 0,026), con menor dosis de insulina ( $10,8 \pm 1$  vs  $17,2 \pm 3$  UI; NS).

**Conclusiones:** Alta incidencia de DM pacientes con resección pancreática, mostrando tendencia a ser menor con la DPC-PG. Los DP parten de un mayor IMC, tienen más pluripatología y su control metabólico es peor que NDP.