



ELASTASA FECAL VS. TEST DE ALIENTO CON TRIGLICÉRIDOS MARCADOS PARA DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES CON CIRUGÍA PANCREÁTICA

Pablo López-Guillén¹, Paula Sirera Sirera², Karina Cárdenas-Jaén¹, María José Ferri², Iván González Hermoso², José Alberto Andreu-Viseras¹, Nerea Gendive-Martín³, Emma Martínez-Moneo³ y Enrique de-Madaria^{1,4}

¹Servicio de Medicina Digestiva, Unidad Bilio-Pancreática, Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante. ²Servicio de Análisis Clínicos, Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante. ³Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario de Cruces, Bilbao. ⁴Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández.

Resumen

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es una complicación frecuente, y en gran medida, infradiagnosticada e infratratada entre los pacientes sometidos a algún tipo de cirugía pancreática. Su adecuado diagnóstico es fundamental para evitar la comorbilidad derivada del retraso en el inicio precoz del tratamiento sustitutivo con enzimas pancreáticas (malnutrición). En la literatura, no hay estudios concluyentes ni adecuadamente diseñados que evalúen el método más eficaz para diagnosticar IPE en pacientes expuestos a cirugía pancreática.

Métodos: Realizamos un estudio observacional prospectivo en el que participaron 2 centros. Se incluyeron pacientes sometidos a cualquier tipo de cirugía pancreática, con reclutamiento desde 2016 hasta 2023 (ambos inclusive). El objetivo primario fue evaluar la precisión diagnóstica para IPE de la elastasa fecal vs. test de aliento con triglicéridos marcados (TATG) en pacientes expuestos a algún tipo de cirugía pancreática, considerándose como patrón oro para la definición de IPE un coeficiente de absorción de grasas (CAG) < 93%.

Resultados: Se analizaron 50 pacientes. Las patologías pancreáticas más prevalentes por las cuales los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico fueron: adenocarcinoma de páncreas en 15 (30%) pacientes, tumores neuroendocrinos pancreáticos en 10 (20%) pacientes y pancreatitis crónica en 10 (20%) pacientes. Las intervenciones quirúrgicas realizadas más frecuentemente fueron: duodenopancreatectomía cefálica en 29 (58%) pacientes, pancreatectomía distal en 10 (20%) pacientes y necrosectomía quirúrgica en 3 (6%) pacientes. En el total de nuestra muestra, 27 (54%) pacientes presentaron un CAG patológico (< 93%). La elastasa fecal, para un punto de corte < 200 μg/g, obtuvo una sensibilidad (S): 89%, especificidad (E): 48%, valor predictivo positivo (VPP): 67% y valor predictivo negativo (VPN): 79%, y para un punto de corte < 100 μg/g, obtuvo una S: 74%, E: 65%, VPP: 71% y VPN: 68%. Por su parte, el TATG, para un punto de corte de CO₂ marcado en aire espirado < 29%, obtuvo una S: 59%, E: 74%, VPP: 73% y VPN: 61%. En el análisis de rendimiento de los test para el diagnóstico de IPE mediante curvas ROC se obtuvo un área bajo la curva (AUC): 0,723 (0,576-0,870) para elastasa fecal y un AUC: 0,653 (0,498-0,808) para TATG, sin diferencias estadísticamente significativas (p: 0,52).

Conclusiones: En nuestro estudio, aproximadamente la mitad de pacientes presentaron IPE, definida por un CAG < 93%. La elastasa fecal demostró tener una precisión diagnóstica para IPE en pacientes sometidos a cirugía pancreática ligeramente mayor que el TATG, sin ser los resultados estadísticamente significativos.