



O-167 - AMILASA EN LÍQUIDO DE DRENAJE AL 5º DÍA POST-PANCREATECTOMÍA DISTAL COMO FACTOR PRONÓSTICO DE FÍSTULA PANCREÁTICA GRADO B-C

Ridaura, Nuria; Protti, Gian Pier; Dopazo, Cristina; Blanco, Laia; Pando, Elizabeth; Caralt, Mireia; Balsells, Joaquim; Charco, Ramon

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: La fístula pancreática post operatoria (FPPO) es una de las complicaciones más temidas tras una pancreatectomía distal (PD) y oscila entre el 20-40%, lo cual contribuye al incremento de morbilidad y mortalidad con prolongación de la estancia hospitalaria en este grupo de enfermos.

Objetivos: Analizar la incidencia de FPPO tras PD en nuestro centro así como los factores de riesgo de FPPO. Se realizará un sub-análisis de los factores pronósticos de FPPO que impliquen algún tipo de repercusión clínico-terapéutica (Grado B-C).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo a partir de una base de datos recogida prospectivamente que incluye aquellos pacientes intervenidos de PD entre 2010 -2017 en nuestro centro. Se evaluaron características preoperatorias de la población, factores intraoperatorios e histológicos como factores de riesgo para presentar FPPO. Según la clasificación de la International Study Group of Pancreatic Fistula (ISGPF) podemos definir tres tipos: tipo A, habitualmente subclínicas o transitorias, tipo B que no suponen una situación de riesgo vital pero que implican un cambio de actitud terapéutica y el tipo C asociadas a una infección con criterios de sepsis grave. Posteriormente se realizó un sub-análisis multivariante de regresión logística del grupo con FPPO para establecer los factores pronósticos de FPPO grado B-C.

Resultados: En total, 92 pacientes fueron intervenidos de una PD con una mediana de edad de 68 (27-88) años, un IMC de 26 (18-39) y nivel de albúmina preoperatoria de 4,2 (3,2-5,1) mg/dL. Se realizó un abordaje laparoscópico en 39 (42%) pacientes, con una tasa de conversión del 22%. En el 85% se utilizó endograpadora, en el 24% se realizó sutura manual de refuerzo del muñón pancreático y en el 60% se colocó de sellante en la superficie de resección. Las pérdidas sanguíneas operatorias fueron de 400 cc (100-1.000 cc) y el tiempo quirúrgico 170 min (100-350 min). Los grupos histológicos más comunes fueron: 28% adenocarcinoma y el 28% tumor neuroendocrino. El 26% (n = 24) desarrolló FPPO de los cuales el 19% (n = 17) fue grado B-C. Ninguno de las variables analizadas se asoció significativamente con el desarrollo de FPPO. Con respecto al grupo con FPPO B-C, el 42% recibió tratamiento con somatostatina o análogos, en el 75% se mantuvieron los drenajes quirúrgicos, en el 8% se realizó drenaje percutáneo de la colección asociada y el 4% requirió reintervención. El 62% recibió tratamiento antibiótico por infección de la FP. El único factor

pronóstico de desarrollo de FPPO grado B-C resultó el nivel de amilasa en drenaje quirúrgico al quinto día superior a 1.000 U/L [OR 20, p = 0,028 (IC 1,301-287)].

Conclusiones: En nuestra serie ningún factor resultó predictivo de FPPO tras PD, sin embargo podemos concluir que el nivel elevado de amilasa al 5 día postoperatorio puede predecir una evolución clínico-terapéutica más tórpida. No obstante, se necesita un mayor número de pacientes para confirmar este dato.