



O-028 - "BIOPSIA RADIOLÓGICA" PANCREÁTICA. UN MÉTODO DE PLANIFICAR LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA Y SU RIESGO EN EL PREOPERATORIO

Maqueda, Rocío¹; Di Martino, Marcello²; Galán González, Itxaso³; Fernández Rico, Paloma⁴; Rodríguez Carnero, Pablo⁴; Gordillo Vélez, Carlos Humberto⁴; Martín Pérez, Elena⁴

¹Hospital Infanta Cristina, Parla; ²Antonio Cardarelli Hospital, Nápoles; ³Hospital Infanta Leonor, Madrid;

⁴Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La consistencia pancreática (CP) es uno de los principales factores de riesgo de fístula pancreática clínicamente relevante (FP-CR) tras duodenopancreatectomía cefálica (DPC) y su valoración intraoperatoria puede determinar cambios en la intervención como la realización de una pancreatectomía total o condicionar la técnica anastomótica. La valoración mediante anatomía patológica (AP) ha demostrado ser más precisa pero su valoración también es intraoperatoria. La valoración pancreática mediante pruebas de imagen nos ayudaría a determinar la composición de la glándula pancreática de manera preoperatoria.

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo de pacientes intervenidos de DPC entre 2010 y 2019. Preoperatoriamente mediante TC abdominal se caracterizó: diámetro del conducto de Wirsung (CPP), volumen del remanente pancreático (VR), espesor anteroposterior (AP) y la atenuación pancreática mediante la ratio de atenuación páncreas/bazo (PB). Además, se realizaron medidas antropométricas de distribución de la grasa corporal como la distancia RR o medidas volumétricas. Intraoperatoriamente la CP se consideró como páncreas blando (CPB) o duro (CPD). Posoperatoriamente se analizaron la presencia de FP-CR y en la valoración AP se definió la fibrosis en categorías de 0-1-2 en función del tejido conectivo y grasa perilobular e intralobular en función de la presencia de adipocitos. La suma de las puntuaciones de intralobular más perilobular de 3-4 se consideró páncreas fibroso o graso, por debajo se consideró ausencia de fibrosis o grasa. Se realizó un análisis multivariante mediante test de regresión logística de las variables significativas y se realizó un modelo de predicción valorado mediante curva COR expresando su valor según el resultado del área bajo la curva (ABC).

Resultados: Se analizaron un total de 103 pacientes, 58 (56,3%) varones, con una edad mediana de 69 años (RIQ 18), 43 (41,7%) pacientes presentaron una CPB. Los pacientes con CPB presentaron FP-CR con mayor frecuencia (71 vs. 29%, $p < 0,001$). En el estudio AP del borde de resección el 90,7% de los pacientes con CPB ($p < 0,001$) y el 93,5% de los pacientes con FP-CR presentaron una ausencia de fibrosis como dato predominante en su estudio. El modelo predictivo de FP-CR incluyó el diámetro del CPP ≤ 3 mm, la histología no adenocarcinoma y la CPB obteniendo un ABC de 0,869 (IC95% 0,788-0,950, $p < 0,001$) mientras que la sustitución de la consistencia por ausencia de fibrosis obtuvo un ABC de 0,875 (IC95% 0,803-0,984, $p < 0,001$). Mediante el análisis radiológico el

modelo de predicción radiológico de las glándulas no fibróticas incluyó el CPP # 20 cm³ presentando un ABC de 0,792 (IC95%, 0,69-0,894, p < 0,001). La CPB, por su parte, se puede predecir con un ABC de 0,85 (IC95%, 0,77-0,92, p < 0,001) a través del CPP # 20 cm³, un índice P/B < 0,8 y una distancia RR ≤ 12 mm.

Conclusiones: El análisis AP del borde de resección predice el riesgo de FP-CR de manera más precisa que la determinación intraoperatoria de la CP. Sin embargo, ambas se determinan de manera intraoperatoria. El estudio del TC preoperatorio nos permite predecir la histología de la glándula pancreática y la consistencia de la misma de manera fiable durante el estudio preoperatorio.