



P-153 - EVALUACIÓN DE AMILASAS SÉRICAS Y EN DRENAJE PARA LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE PACIENTES CON FÍSTULA PANCREÁTICA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA. RESULTADOS DE UNA SERIE UNICÉNTRICA

Cambeiro Cabré, Lorena; Rodríguez Blanco, Manuel; Molina Santos, Víctor; Martín Arnau, Belén; Córdoba, Alèxia; Moral Duarte, Antonio; Sánchez Cabús, Santiago

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Una de las complicaciones más temidas después de cirugía pancreática es la aparición de la fístula pancreática postoperatoria (FP). Diversos estudios han correlacionado los niveles de amilasa postoperatoria en líquido peritoneal con la presencia de una FP clínicamente significativa (FPCS), lo que puede tener implicaciones en el manejo del paciente. En este estudio analizamos los niveles de amilasa postoperatorios y su correlación con FP y complicaciones postoperatorias.

Métodos: Desde octubre del 2018, se intervinieron de cirugía pancreática en nuestra unidad 84 pacientes. 41 pacientes se sometieron a una duodenopancreatectomía cefálica (DPC), 39 a una pancreatectomía distal (PD) y 4 otro tipo de intervenciones. El abordaje fue abierto en 47 pacientes (56%) y laparoscópico en 37 (44%). Se recogieron de forma prospectiva los niveles de amilasa en drenaje (AD) y séricas (AS) al 3º y 5º día, así como las complicaciones postoperatorias durante los primeros 90 días postoperatorios.

Resultados: La aparición de FPCS se observó en 15 pacientes (17,9%), y se asoció a la práctica de una DPC (31,7% vs 5,1%, $p = 0,003$), sexo masculino (24,5% vs 6,5%, $p = 0,042$), y abordaje quirúrgico abierto (27,7% vs 5,4%, $p = 0,01$). Los niveles de AS al 3º y 5º día fueron de $96,2 \pm 165,7$ y $33,1 \pm 24,2$ U/L, respectivamente, mientras que la media de las determinaciones más elevadas de AD al 3º y 5º días fueron de $3261,5 \pm 7.727,2$ y $1.910,6 \pm 4.815,5$ U/L, respectivamente. No se evidenciaron diferencias en los niveles de AS ni AD entre los pacientes sometidos a DPC o PD, ni entre los pacientes intervenidos mediante cirugía abierta ni laparoscópica. De forma interesante, los pacientes que desarrollaron FPCS presentaron cifras de AS y AD al 3º día ($192,8 \pm 329,3$ vs $74,9 \pm 93,0$, $p = ns$ y $6.113,0 \pm 12.188,8$ vs $2.643,6 \pm 6.361,5$, $p = ns$, respectivamente) y 5º día ($42,8 \pm 39,9$ vs $30,4 \pm 17,4$, $p = ns$ y $5.718,7 \pm 8.964,4$ vs $999,9 \pm 2.570,1$, $p = ns$, respectivamente) superiores a los pacientes que no presentaron FPCS, aunque sin alcanzar significación estadística, del mismo modo que no mostraron diferencias significativas entre los pacientes con o sin complicaciones mayores (Clavien-Dindo > IIIa). El análisis de curva ROC de las cifras de AD al 5º día mostró un área de 0,8 e identificó un punto de corte de 462 U/L, asociado a una mayor tasa de FPCS (36,8% vs 10,5%, $p = 0,031$), con un riesgo relativo de 3,5 ($p = 0,02$).

Conclusiones: En nuestra serie, las cifras de AD al 5º día superior a 462 U/L se asociaron a una tasa superior de FPCS. Sin embargo, no se pudieron hallar diferencias entre las cifras de AD y AS al 3º y 5º día entre los pacientes con FPCS. Estos hallazgos deben validarse con una serie mayor.