



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-168 - BIOMARCADORES HEMÁTICOS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE FUGA ANASTOMÓTICA TRAS RESECCIÓN COLORRECTAL. RESULTADOS DEL ESTUDIO PROSPECTIVO NACIONAL EDEN

Sala Hernández, Ángela; Frasson, Matteo; García Granero, Álvaro; Pellino, Gianluca; Laiz Marro, Begoña; Alonso Díaz, Alonso; García Granero, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: En cirugía colorrectal el diagnóstico precoz de una fuga anastomótica (FA) es fundamental para minimizar su morbilidad. El diagnóstico clínico puede ser difícil y tardío y por eso han sido propuestos diversos métodos para su detección temprana. Sin embargo ninguno de ellos se utiliza de rutina en la práctica clínica. El objetivo del estudio es determinar la fiabilidad de procalcitonina, proteína C-reactiva y neutrófilos en la detección precoz de FA tras resección colorrectal.

Métodos: Estudio nacional (27 centros), observacional y prospectivo. Se incluyeron de forma consecutiva (septiembre 2015-enero 2018) todos los pacientes intervenidos de resección colorrectal con anastomosis sin estoma. Todos los pacientes se trataron según los protocolos perioperatorios propios de cada centro. Se recogieron los valores al 4º día postoperatorio de PCR, PCT y neutrófilos y se valoró su fiabilidad en la detección precoz de FA mediante área bajo la curva (ABC) "Receiver Operating Characteristic" (ROC).

Resultados: Se incluyeron 2.565 pacientes, excluyendo 60 por presencia de criterios de exclusión y 4 por falta de datos, quedando en el presente análisis 2.501 casos. La mediana de edad fue de 69 años y el 60,1% fueron hombres. El 93,4% se operaron de forma programada y el 57% por vía laparoscópica con una tasa de conversión del 11,3%. Las indicaciones de la intervención fueron: patología oncológica 82,6%, enfermedad inflamatoria 3,0% y otros 14,4%. El tipo de resección quirúrgica fue: colectomía derecha en el 42,1% de los casos, colectomía izquierda 35,3%, resección recto 13,3%, segmentarias 3,7% y colectomías subtotales y totales 4,6%. La morbilidad global fue del 30,3% y la mortalidad del 1,6%. La tasa de FA fue de 8,6%. La mayoría de las FA se diagnosticó mediante TC (74,3%) o por presencia de material intestinal o aire en el drenaje (19,2%). El 12,4% de las FA se diagnosticaron antes del 4ºDPO, el 69,1% entre 4º y 10º DPO y el 18,5% después del 10º DPO. El 73,4% de las FA se clasificó como FA mayor (Clavien Dindo III-V). La ABC para detección de FA ha sido de 0,79; 0,65 y 0,78 para la PCR, PCT y neutrófilos, respectivamente. Los valores no varían al excluir los pacientes intervenidos de urgencia. Sin embargo se encontró una mayor fiabilidad diagnóstica de estos marcadores en los pacientes intervenidos de cirugía laparoscópica vs abierta (ABC PCR: 0,90 vs 0,71; PCT: 0,79 vs 0,56; neutrófilos: 0,85 vs 0,75). El mejor punto de corte para la PCR al 4º DPO fue de 78,5 mg/L con una sensibilidad (S) del 87% y una especificidad (E) del 60%. El punto de corte para la PCT fue de 0,17 ng/mL con S 80% y E del 49% y para los neutrófilos fue de 5.600 unidades/mL con un 82% de S y un 63% de E.

Conclusiones: Al 4º día postoperatorio la PCR es el marcador más fiable para detectar FA, con una sensibilidad del 87%. La fiabilidad diagnóstica de los tres marcadores aumenta significativamente tras cirugía laparoscópica.