



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-218 - BACTEROBILIA Y CIRUGÍA PANCREÁTICA. ANÁLISIS DE RESULTADOS POSPANCREATECTOMÍA EN FUNCIÓN DEL ESPECTRO BACTERIANO Y LA MANIPULACIÓN PREOPERATORIA DE LA VÍA BILIAR EN LA FÍSTULA PANCREÁTICA

Muñoz Sanz, Sara; de La Hoz Rodríguez, Ángela; Carreras I Hoyos, Marta; Gijón Moya, Fernando; Arellano Plaza, Paloma; Salvador Camarero, Guillermo; Blanco Terés, Lara; Martín Pérez, Elena

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La fístula pancreática supone una de las complicaciones más temidas en cirugía pancreática. Uno de los factores que se han visto relacionados de forma más reciente con el desarrollo de esta complicación es la disbiosis bacteriana. El objetivo de este estudio es evaluar la relación entre el crecimiento bacteriano y el desarrollo de FP, así como comparar el espectro microbiológico según el tipo de pancreatectomía.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía pancreática tipo duodenopancreatectomía cefálica (DPC) o pancreatectomía distal (PD) entre enero de 2016 y diciembre de 2023. Se recogieron variables demográficas, necesidad de drenaje biliar preoperatorio, tipo de cirugía, aislamiento microbiológico intra y posoperatorio y desarrollo de complicaciones posoperatorias entre otras. Se llevó a cabo un análisis estadístico mediante el programa SPSS® v.24.

Resultados: Se incluyeron un total de 141 pacientes, de los cuales, 97 (68,8%) fueron DPC y 44 (31,2%) PD. La indicación quirúrgica más frecuente fue adenocarcinoma de páncreas (47,5%) seguido de neoplasia quística (14,9%). Un total de 76 pacientes (53,9%) presentaron un riesgo quirúrgico ASA \geq 3. La tasa de FP global fue de 48,9% y FP clínicamente relevante de 31,9% (36,1% DPC y 22,7% PD). Entre los pacientes sometidos a DPC, 57 (58,7%) precisaron un drenaje biliar preoperatorio, siendo la endoprótesis por CPRE el método más frecuentemente empleado (77,1%). Los pacientes con drenaje biliar preoperatorio presentaron menos tasa de FP global (35,7 vs. 61%; $p = 0,014$), sin diferencias en cuanto la presencia de FP clínicamente relevante (68,2 vs. 76,9%; $p = 0,497$) ni en cuanto al tipo de drenaje (75% endoprótesis vs. 25% percutáneo; $p = 0,814$). En 35 pacientes (36,1%) se recogió cultivo de bilis intraoperatorio, siendo positivo en 31 (88,5%). Las enterobacterias, en concreto *Klebsiella* (36,7%), fueron las más frecuentes. No se observó relación entre el crecimiento bacteriano intraoperatorio, ni tipo de bacteria con el desarrollo de FP en el posoperatorio. En 68 pacientes se recogió cultivo del drenaje posoperatoriamente, siendo 58 (85,3%) positivos. Se aislaron enterobacterias en el 79,4% de los cultivos y hongos en el 21,7%. El 74,1% de los cultivos fue polimicrobiano. No se observó asociación entre un diferente espectro bacteriano o resistencias bacterianas y el desarrollo de FP clínicamente relevante o complicaciones

Clavien-Dindo ≥ 3A. Respecto al tipo de cirugía, la DPC presentó una mayor tasa de cultivos positivos (86,2 vs. 13,8%; $p = 0,004$), así como mayor tasa de enterobacterias (88,9 vs. 11,1%; $p = 0,001$) y mayor crecimiento de hongos (92,3 vs. 7,7%; $p = 0,673$). No hubo ningún paciente sometido a PD con crecimiento de bacterias multirresistentes.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que existe un espectro bacteriano diferente en los drenajes de los pacientes sometidos a DPC o PD. Hacen falta más estudios para comprobar las implicaciones de esta colonización perioperatoria en los resultados posoperatorios a medio y largo plazo.