



Gastroenterología y Hepatología

<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>



181 - FOSFATO SÉRICO: MARCADOR PRONÓSTICO EN PANCREATITIS AGUDA ALCOHÓLICA

María Lourdes Ruiz Rebollo¹, Mari Fe Muñoz Moreno², María Antonella Rizzo Rodríguez¹ y Jean Félix Piñerua Gonsálvez¹

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Valladolid. ²Unidad de apoyo a la Investigación, Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción: Tras la etiología biliar, el alcohol es la segunda causa más frecuente de pancreatitis aguda (PA). En modelos animales se ha demostrado que los niveles de fosfato séricos son cruciales en la evolución de la PA alcohólica (PAA). El objetivo de nuestro estudio es valorar si estos hallazgos experimentales pueden reproducirse humanos.

Métodos: Se estudiaron 57 pacientes afectados de PAA. Se crearon 2 cohortes según cifras de fosfato sérico (normal $\geq 2,5$ mg/dl y infranormal $< 2,5$ mg/dl) determinado en las primeras 24 horas del ingreso. Se registraron datos clínicos, demográficos, analíticos y radiológicos (tabla). Objetivo primario: gravedad de la PAA. Objetivos secundarios: estancia hospitalaria, complicaciones locales y/o sistémicas, fracaso orgánico, ingreso en UCI, necrosectomía y mortalidad.

Resultados: Se obtuvieron los niveles de fosfato en 55 pacientes. 21 (38,18%) con valores normales y 34 (63,63%) infranormales. Gravedad: 42 pacientes PAA leve, 15 pacientes PAA moderadamente grave o grave. En el análisis univariado se relacionaron con gravedad de PAA RAMSON y BISAP, HTA, SIRS, perímetro abdominal, albúmina, creatinina, nitrógeno ureico, fosfato y derrame pleural. En la regresión logística, el riesgo de sufrir una PAA moderadamente grave/grave fue mayor en pacientes con niveles de fosfato séricos infranormales OR 10,56 (IC95% 1,98-56,36, p 0,006) y en aquellos con HTA OR 11,85 (IC95% 2,003-70,077, p 0,006). El área bajo la curva ROC para fosfato es 0,723 (IC95% 0,551-0,895, p 0,013); el mejor punto de corte de fosfato sérico para predecir una evolución leve de la PAA fue de 2,35 mg/dl (sensibilidad 0,78; especificidad 0,71). Al asociar HTA + fosfato el área bajo la curva ROC fue 0,801 (IC95% 0,659-0,942, p 0,001) siendo 0,20 el mejor punto de corte en este modelo (sensibilidad 0,85; especificidad 0,61).

Tabla 1.- Datos clínicos analíticos, demográficos y radiológicos de los dos grupos de pacientes afectados de Pancreatitis Aguda Alcohólica

	PAA leve N=42	PPA moderadamente grave y grave N=15	p-valor
Edad (m±ds)	49.2± 13.0	51.9±10.4	0.48
Sexo (masculino/femenino)	38 (90.5%)/4 (9.5%)	13 (86.7%)/ 2 (13.3%)	0.648
Tabaquismo (no/si/exfumador)	6 (14.3%)/28 (66.7%)/8 (19%)	1(6.7%)/11(73.3%)/3(20%)	0.716
Índice de Comorbilidad de Charlson (0/1-2 / > 2)	30(71.4%)/9(21.4%)/3 (7.1.4%)	8(53.3%)/4(26.7%)/3(20%)	0.329
Hipoertensión Arterial (no/yes)	36(85.7%)/6(14.3%)	8(53.3%)/7(46.7%)	0.027
Diabetes mellitus (no/yes)	40(95.2%)/2(4.8%)	14(93.3%)/1(6.7%)	1.000
Índice de masa corporal (Peso bajo/Normal/ Sobrepeso/ Obesidad)	1 (2.4%) 20(47.6%) 13(31%) 8(19%)	0(0%) 7(46.7%) 2(13.3%) 6(40%)	0.273
Perímetro abdominal (m±ds)	92.3±14.6	102.2±14.2	0.028
Nitrógeno ureico (BUN)	13.76±6.44	20.17±10.00	0.006
Albumina (mg/dl) (m±ds)	3.95±0.48	3.51±0.63	0.007
Creatinina (mg/dl) (m±ds)	0.829±0.229	1.385±1.374	0.013
Leucocitos µL (m±ds)	13545±10914	17591±5272	0.175
Calcio (mg/dl) (m±ds)	8.82±0.49	8.75±0.58	0.665
Fosfato* (< 2.5/≥2.5 mg/dl) (m±ds)	11(26.8%)30(73.2%)	10(71.4%)/4(28.6%)	0.003
RANSOM al ingreso ≤1/>1	41(97.6%)/1(2.4%)	11(73.3%)/4(26.7%)	0.014
BISAP ≤1/>1	41(97.6%)/1(2.4%)	10(66.7%)/5(33.3%)	0.004
SIRS (no/si)	37(88.1%)/5(11.9%)	2(13.3%)/13(86.7%)	<0.001
Rx Tórax (normal/derrame pleural)	38(90.5%)/4(9.5%)	8(53.3%)/7(46.7%)	0.004

m: media

ds: desviación standar

*En dos pacientes no se tuvieron los daos de fosfato sérico

Conclusiones: Los niveles séricos de fosfato, parámetro fácil de determinar al ingreso, se demuestran ser un factor pronóstico en PAA en humanos.