PANCREATECTOMÍA TOTAL: UN DESAFÍO NUTRICIONAL Y METABÓLICO.

Presenta: Dr. Claudio Saldaña Ponce
Residente Nutrición y Diabetes UC
Tutor: Dr. Bruno Grassi
GRUPO ENDOCRINOLOGÍA PUC

CASO 1

Paciente de sexo femenino de 59 años, con antecedentes de diabetes tipo 2 no insulinorequirente de 5 años de evolución, sin daño de órgano blanco conocido, hipotiroidismo, HTA. Con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas, con tumor entre cuerpo y cola, con infiltración vascular peripancreática, sin metástasis a distancia. Recibe quimio-radioterapia neoadyuvante durante 10 meses, e ingresa de manera electiva para pancreatectomía total. Hasta previo a cirugía, se mantiene en tratamiento antidiabético con dapagliflozina y metformina con buen control glicémico (A1c 6.8%). Cirugía se realiza en dos tiempos: primero se realiza pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía + resección y reconstrucción de vena porto-mesentérica, y dos días después, se realiza pancreatectomía cefálica + hepatoyeyuno anastomosis + gastroyeyunoanastomosis + yeyunostomía.

Una vez más estable, se inicia soporte nutricional con régimen oral suplementado con enzimas pancreáticas (Creon 25.000 Ui) pre comidas, con buena respuesta, bien tolerado con deposiciones normales. Evoluciona con hiperglicemia persistente (>200 mg/dL). Se decide inicio de esquema basal-bolo con DDT 0.3 Ui/kg con Glargina U-100 12 unidades + glulisina con Ratio 18 y sensibilidad 75 unidades, evolucionando con tendencia a hipoglicemia nocturna (controles hasta 40 mg/dL) e hiperglicemia diurna. Se mantiene en seguimiento y ajuste por equipo, quedando al alta hospitalaria, con glargina U-100 10 unidades (0,12 Ui/kg) + glulisina con ratio 12 y sensibilidad 60, con esquema oral semifijo según preferencias de la paciente, bajo en grasas y suplementado con Creon.

En seguimiento ambulatorio, paciente presenta tendencia a hipoglicemia al saltarse comidas, retrasarse en el uso de insulinoterapia o en relación a actividad física. Se realiza manejo por equipo multidisciplinario que manejo diabetes tipo 1 (con insulinopenia absoluta), siendo educada en conteo de hidratos de carbono, uso fisiológico de insulina, prevención y manejo de hipoglicemias, y manejo glicémico en relación a actividad física. Se ajusta basal a glargina U-300 9 unidades. En lo gastroenterológico, baja de peso hasta 73 kg en el primer año posterior a la cirugía, presenta ocasional diarrea y distensión abdominal, que ceden al ajustar Creon a 50.000 UI. Posteriormente, recupera peso hasta 78 kg, estable hasta la fecha. Destaca en sus últimos exámenes: A1c 6.8%, LDL 77, Triglicéridos 96, HDL 107, TSH 3.4, Ferritina 50, Creatinina 0.6, RAC (-), vitamina D 25, Hemograma normal, Albúmina 4.6. Tiene monitoreo continuo de glucosa con TIR 71%, TBR 2% y TSR 27%.

Referencias

- Maker, A. V., Sheikh, R., Bhagia, V., & Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group (2017). Perioperative management of endocrine insufficiency after total pancreatectomy for neoplasia. Langenbeck's archives of surgery, 402(6), 873–883.
- Shi, H. J., Jin, C., & Fu, D. L. (2017). Impact of postoperative glycemic control and nutritional status on clinical outcomes after total pancreatectomy. World journal of gastroenterology, 23(2), 265–274.
- Furbetta, N., Comandatore, A., Gianardi, D., Palmeri, M., Di Franco, G., Guadagni, S., Caprili, G., Bianchini, M., Fatucchi, L. M., Picchi, M., Bastiani, L., Biancofiore, G., Di Candio, G., & Morelli, L.

(2021). Perioperative Nutritional Aspects in Total Pancreatectomy: A Comprehensive Review of the Literature. Nutrients, 13(6), 1765. https://doi.org/10.3390/nu13061765