

Pancreatoduodenectomía por Cáncer

DR. MARCO VINICIO BOLAÑOS E. (*)

DR. EDUARDO FLORES MONTERO (**)

DR. JUAN ARCE VILLALOBOS (***)

DR. ARNOLDO FERNÁNDEZ SOTO (****)

RESUMEN

Se efectúa un análisis detallado de 11 pacientes sometidos a la operación de Whipple por neoplasia, en el Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, desde setiembre de 1969 a setiembre de 1977. Nuestra serie tiene un predominio del sexo femenino y de carcinoma de ámpula de Vater, contrario a lo reportado. Nuestra morbi-mortalidad es alta, pero comparable con varias series reportadas. Se hacen observaciones finales sobre el difícil manejo de estos pacientes.

Introducción

En 1935 Whipple publicó su trabajo clásico sobre dos pacientes tratados con éxito mediante pancreatoduodenectomía en dos tiempos; él mismo, en 1940, efectuó la primera pancreatoduodenectomía en un tiempo, dicho procedimiento es conocido en la actualidad como operación de Whipple. (10)

Desde entonces, muchos autores se han ocupado del tema y han surgido múltiples modificaciones y controversias con respecto a dicha operación. (1, 3, 9, 14).

- (*) Asistente de Cirugía General N° 2 y Docente Ad-honorem, Sección y Cátedra de Cirugía, Hospital México, C.C.S.S.
- (**) Residente de Cirugía General, Sección de Cirugía, Hospital México, C.C.S.S.
- (***) Jefe de Clínica Cirugía General N° 2 y Profesor Asociado, Sección y Cátedra de Cirugía, Hospital México, C.C.S.S.
- (****) Jefe de Servicio de Cirugía General N° 2 e Instructor, Sección y Cátedra de Cirugía, Hospital México, C.C.S.S.

Nuestro trabajo se refiere a la experiencia en el Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, con esta operación en el tratamiento de las neoplasias de la encrucijada colédoco-pancreático-duodenal.

Material y métodos

Se revisaron los expedientes de los pacientes sometidos a la operación de Whipple en el Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, desde su apertura en setiembre de 1969 hasta setiembre de 1977, encontrándose 11 pacientes en quienes la operación se efectuó por neoplasias tributarias de este tipo de cirugía. Se hizo un análisis cuidadoso de sus datos generales, de laboratorio y gabinete, de los aspectos quirúrgicos, de morbi-mortalidad y sobrevida.

Resultados y comentario

Los 11 pacientes estudiados se distribuyeron por sexo y edad de acuerdo con la tabla N° 1. La edad corresponde en general a la publicada, no así el sexo, pues el carcinoma periampular ha sido reportado predominantemente en hombres (10, 12). La pérdida de peso, que no fue cuantificada adecuadamente, se presentó en el 90% de los pacientes; la ictericia obstructiva en el 82% y junto con el dolor, que apareció en el 73% de ellos, han sido descritos como los datos clínicos más frecuentes en esta patología. (6, 13). La vesícula fue palpable en 2 pacientes y en uno había hepatomegalia.

TABLA N° 1

DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD	
FEMENINO	8 casos (73%)
MASCULINO	3 casos (27%)
MENORES DE 30 AÑOS	
31 a 40 años	1
41 a 50 años	0
51 a 60 años	3
61 a 70 años	2
	5

Se efectuaron los estudios complementarios que se resumen en la tabla N° 2. El diagnóstico en las series gastroduodenales alteradas fue de úlcera duodenal en 2 casos, pliegues gruesos en bulbo en 1, prociencia de mucosa gástrica en 1 y comprensión extrínseca en 1. No se efectuaron duodenografías hipotónicas, que podrían haber sido útiles. En una paciente realizamos una pancreato-colédocografía endoscópica retrógrada (E.R.C.P.), durante la cual obtuvimos una biopsia de ámpula de Vater positiva por adenocarcinoma y las radiografías que aparecen en las figuras N° 1 y N° 2. Tenemos mucha esperanza en que este estudio que recién hemos iniciado en Costa Rica (4), nos permitirá mejores diagnósticos preoperatorios.

A los 11 pacientes se les reseccó en bloque la cabeza del páncreas, el duodeno y la porción distal del estómago y colédoco; en 4 casos se asoció una vaguectomía y en 5 una colecistectomía. Una biopsia transoperatoria de la lesión principal en 5 casos y la clínica y la exploración en los 6 restantes, fueron suficientes para indicar la resección. Los métodos de reconstrucción empleados se esquetizan en la figura N° 3.

Dos pacientes evolucionaron sin complicaciones postoperatorias, 5 tuvieron complicaciones no fatales y 4 complicaciones que los llevaron a la muerte a los 15, 22, 49 y 90 días postoperatorios (mortalidad operatoria). Entre las complicaciones postoperatorias, las fístulas biliares y pancreáticas por su frecuencia en esta cirugía y las entéricas por su gravedad, merecen algún comentario. La fístula biliar se presentó en 2 pacientes

(19%), siendo en uno una fuga mínima que se resolvió espontáneamente, como ha sido descrito sucede habitualmente (5) y uniéndose a una fístula entérica y peritonitis en el otro, como causa de muerte operatoria. La fístula pancreática apareció en 4 pacientes (36%); en 1 de 5 pacientes en los que se abocó el páncreas al intestino delgado, lo que representa el 20% de los así tratados y en 3 de 6 pacientes en los que se ligó el conducto y se suturó el muñón pancreático, lo que representa el 50% de este grupo; Braasch (5) reporta también alta morbilidad con esta última alternativa. Dos de los pacientes con fístula pancreática fallecieron a causa de ella, asociada a fístula entérica y peritonitis en uno. El menor porcentaje de fístula pancreática ha sido reportado cuando se logra anastomosar un conducto dilatado a la mucosa del yeyuno y con los métodos que empleamos se han reportado porcentajes de fístula similares a los nuestros. (2). La revisión de Sato (12) postula como inevitable la fístula pancreática en al menos un 10% de estos pacientes. Nuestra cuarta muerte operatoria se debió a complicaciones fundamentalmente infecciosas (absceso subfrénico). No hemos encontrado sangrado del tubo digestivo ni del lecho operatorio, que han sido descritos como complicaciones frecuentes (5, 10, 11, 14). Nuestra mortalidad operatoria del 36% es elevada si se compara con centros altamente especializados, pero está a la altura de varias series reportadas. Howard ,0%; Warren, 10%; Braasch, 12.5%; Salmon, 29%; Morris y Nardi 45%. (5, 9, 14).

TABLA N° 2

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS COMPLEMENTARIOS	
Serie Gastro-duodenal	10 casos
— Normal	5
— No concluyente	5
Gama de hígado	3 casos
— Obstrucción extrahepática	1
— Sin datos útiles	2
E.R.C.P.*	1 caso
— Diagnóstico de cáncer	1

* Colédoco pancreatografía endoscópica retrógrada.

FIG. Nº 1

Mujer, 65 años, dolor epigástrico constante, pérdida de peso, ictericia obstructiva y vesícula palpable. Se canuló el ámpula de Vater mediante endoscopia y se obtuvo esta placa de llenado parcial con obstrucción filiforme distal y dilatación proximal.

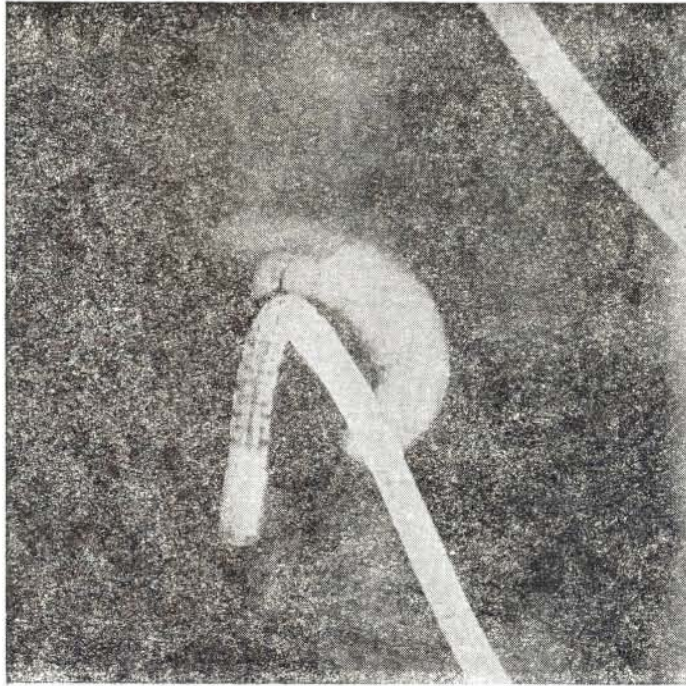
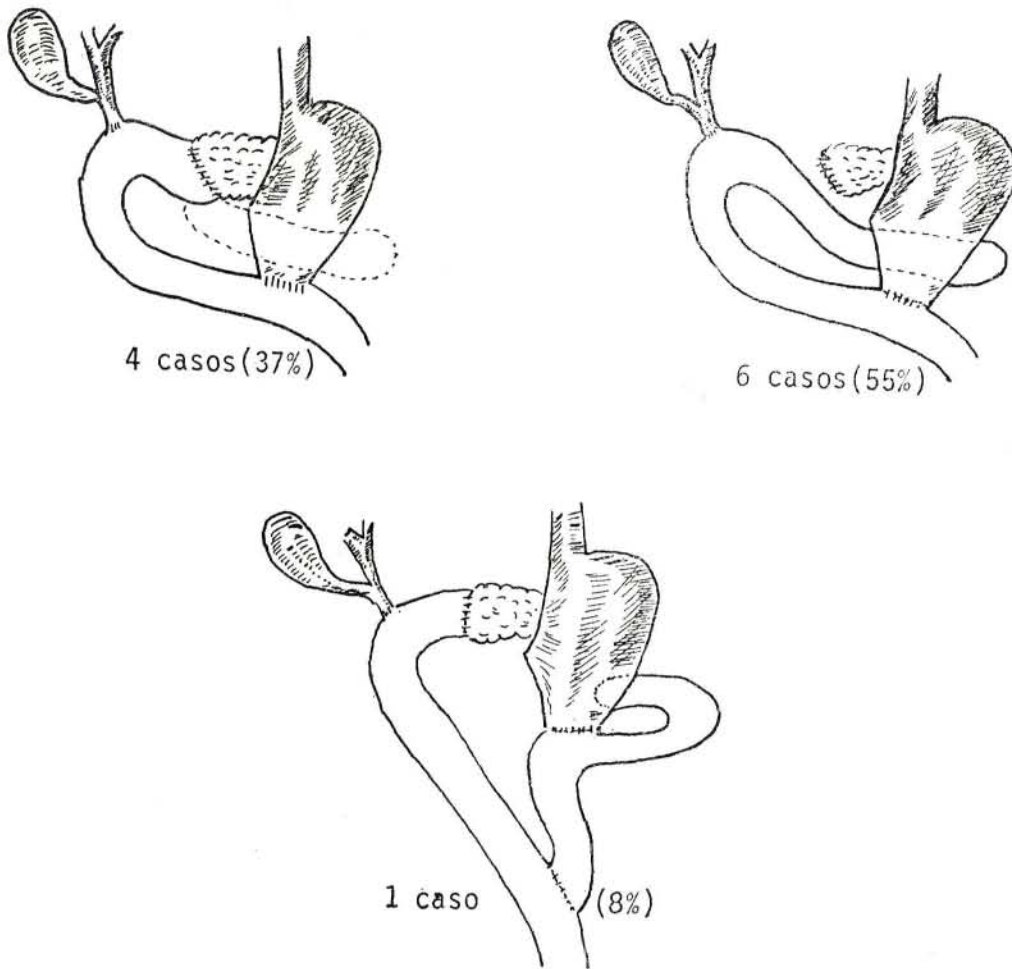


FIG. Nº 2

Misma paciente con más medio de contraste y una vez retirado el instrumento, muestra una severa dilatación del árbol biliar e imagen típica de neoplasia periampular. Sometida a una operación de Whipple la pieza correspondió a un carcinoma de ámpula de Vater con invasión de cabeza de páncreas.

FIG. Nº 3 TIPO DE RECONSTRUCCION



El 45% (5 casos) fueron carcinomas de ampulla de Vater; el 27% (3 casos) de duodeno (incluido un sarcoma) y un caso de cada uno de cabeza de páncreas, colédoco y metástasis de carcinoma de mama que se interpretó como primario de cabeza de páncreas transoperatoriamente. El 55% de los pacientes tenían metástasis linfáticas en la biopsia formal, lo que explicaría en parte nuestra sobrevida, que se resume en la tabla Nº 3. (14). La invasión de la cápsula del páncreas en los de cabeza y la invasión del páncreas en los de ampulla son anotados como factores negativos en el pronóstico (12). Actualmente hay 3 pacientes vivos a los 6,36 y 45 meses postoperatorios, y el promedio de vida de los 7 sobrevivientes a la intervención ha sido 19 meses hasta ahora.

TABLA Nº 3

MORTALIDAD OPERATORIA Y SOBREVIDA	
Mortalidad operatoria	4 casos (36.3%)
Sobrevida:	
Hasta 6 meses	
5 de 7 ptes.	71%
Hasta 12 meses	
4 de 6 ptes.*	66%
Hasta 24 meses y más	
2 de 6 ptes.	33%

* Una paciente está viva, pero tiene 6 meses de operada.

Conclusiones

- 1) Siendo una operación de tan alto riesgo, la decisión de efectuarla debe ser cuidadosamente valorada en el transoperatorio y podría considerarse que, en general, las metástasis linfáticas la contraindican por la pobre sobrevida que se obtiene en su presencia (14).
- 2) Se considera el manejo del muñón pancreático de fundamental importancia y debe abocarse al intestino siempre que sea posible, aunque en opinión de Goldsmith (8) esto es innecesario y consume tiempo quirúrgico.
- 3) Si la resección gástrica es menor del 50% es necesaria una vaguectomía para "proteger" la gastroyeyunoanastomosis contra la úlcera marginal (5,7). Se recomienda efectuar colecistectomía a estos pacientes (6).
- 4) El cuidado postoperatorio debe ser intenso y continuo por personal calificado.
- 5) A pesar de la morbi-mortalidad en nuestras manos, consideramos que la resección con la técnica más meticulosa, cuando está bien indicada, es el tratamiento de elección de estos pacientes, para quienes, de acuerdo con Braasch, ésta representa su única posibilidad de curación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ASTON, J.L. AND LONGMIRE, W.P. Pancreaticoduodenal Resection *Arch. of Surg.* 106:813. 1973.
- 2.—ASTON, J.L. AND LONGMIRE, W.P. Management of the Pancreas after Pancreatoduodenectomy. *Ann. Surg.* 179:322, 1974.
- 3.—BLOOM, P. AND STEER, M.L. Pancreatoduodenectomy. *Arch. of Surg.* 110: 1455, 1975.
- 4.—BOLAÑOS, M.V.; CON, G.R.; MARTEN, A. Y SALVATIERRA, J.: Colédoco-pancreatografía Endoscópica Retrógrada (Primeros 30 casos en Costa Rica). Aún no publicado.
- 5.—BRAASCH, J. AND GRAY, B.: Considerations that Lower Pancreato duodenectomy Mortality. *Am. J. of Surg.* 133: 480, 1977.
- 6.—FISH, J.G. AND CLEVELAND, B. Pancreatoduodenectomy for Periampullary Carcinoma. *Ann Surg.* 159: 469, 1964.
- 7.—GILSDORF, R. AND SPANOS, P.: Factors Influencing morbidity and mortality in Pancreatoduodenectomy. *Ann. Surg.* 177: 332. 1973.
- 8.—GOLDSMITH, H.; GHOSH, B. AND HUVOS, A.: Ligation vs. Implantation of the Pancreatic Duct after Pancreatoduodenectomy. *Surg. G. and Obst.* 132: 87. 1971.
- 9.—HOWARD, J.: Pancreatoduodenectomy: 41 consecutive resections without mortality. *Ann. Surg.* 168: 629. 1968.
- 10.—JORDAN, G.: "Pancreatic Resection" (En Howard, J. and Jordan, G. *Surgical Diseases of the Pancreas* J.B. Lippincott, Co., Philadelphia, 1960, p. 533-83).
- 11.—NAKASE, A. *et al.* Surgical Treatment of Cancer of the Pancreas and Periampullary Region. *Ann. Surg.* 185-52. 1977.
- 12.—SATO, T. *et al.* Follow-up Studies of Radical Resection for Pancreaticoduodenal Cancer. *Ann. Surg.* 186: 581. 1971.
- 13.—SILEN, W. "Pancreas". (En Schwartz, S. *et al.* *Principels of Surgery* II ed., Mc. Graw Hill Books, New York, 1974, p. 1255-80).
- 14.—WARREN, K. *et al.* Results of Radical Resection for Periampullary Cancer. *Ann. Surg.* 181: 534. 1975.