SOBREVIDA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE PANCREAS Y DE PAPILA

Dr. Luis Juan Vila, Profesor Adjunto.

Dr. Rogelio A. Iñones, Jefe de Trabajos Prácticos.

Cátedra de Clínica Quirúrgica III, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

En los últimos años el cáncer de páncreas ha experimentado un notable incremento en su incidencia al punto tal que ha sobrepasado la del cáncer gástrico. Se analiza la bibliografía de los últimos 10 años y se comenta la experiencia con 11 pacientes a quienes se les efectuó duodenopancreatectomía cefálica, 7 de ellos con cáncer de cabeza de páncreas y 4 con cáncer de papila. Los resultados obtenidos se consideran óptimos a pesar del pequeño número de la serie, ya que en la actualidad sobreviven 4 pacientes con más de 10 años de operados y 1 con 3 años. Los restantes han fallecido, por complicaciones posoperatorias, 2 casos, y por patologías independientes de la enfermedad pancreática, 3 casos, todos por accidentes cerebrovasculares al 1½ años, a los 2½ años y a los 10 años de operados. Por último, 1 caso desaparecido del control al 4º año de operado, sin evidencias de recidivas hasta ese momento.

SUMMARY

We can talk about a remarkable increase in cancer of pancreas these last years; so much so that it whas overcome the gastric cancer. If we analyze the bibliography corresponding to the past 10 years and talk about the results, we find that from 11 patients who were operated on cefalic pancreatoduodenectomy, 7 of them having cancer the head of pancreas and 4 having cancer of papilla, we can say that we got the best results in spite of the small number who has survived the operation, 4 of them having being operated on more than 10 years ago and 1 of them 3 years ago. The rest have died dueto complications postoperative — 2 of them — or dueto independant pathologies of this illness, all of them dueto cerebrovasculars accidents in a year and half, 2 years and half and 10 years after being operated on. Finally, there is one case out of control after the 4th year of being operated on without evidence of recurrent disease up to now.

En este trabajo son analizados los resultados del tratamiento quirúrgico del Ca. de páncreas y del Ca. de papila, en base a una revisión de la literatura de los últimos 10 años y de nuestra experiencia con 11 pacientes sometidos a resección. El carcinoma de páncreas actualmente ha experimentado un importante incremento al punto tal que ha sobrepasado la frecuencia del Ca. gástrico. Se ha estimado que en los últimos 40 años el aumento experimentado en la frecuencia es alrededor de 200 %, también de 10 a 20 años a esta parte los avances logrados en los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos han permitido que los pacientes que presentan Ca. de páncreas, Ca. de papila de Vater, de la parte terminal del colédoco y del duodeno hayan podido ser intervenidos más precozmente y con menos complicaciones y en consecuencia con un aumento considerable en la sobrevida.

En los actuales elementos auxiliares de diagnóstico se destacan sin duda la sonografía y la tomografía axial computada por constituir métodos no invasivos y de gran eficiencia diagnóstica, también es de gran importancia el duodenofibroscopio, instrumento con el cual se ha podido visualizar la papila y obtener una biopsia, así como también hacer una correcta colangiopancreatografía retrógrada. Por su parte, la arteriografía selectiva del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior juntamente con el relleno venoso portal y esplénico han contribuido también a una mayor exactitud en la evaluación posoperatoria. Es de destacar que en la totalidad de los casos presentados en este trabajo, solamente se han utilizado las formas convencionales de Rx de la vía biliar y la seriada gastroduodenal, elementos que mantienen su vigencia como métodos auxiliares y que no deben obviarse, recordando además que por más sofisticado y presuntamente certero que sea el método auxiliar, es siempre la clínica la que determina la actitud a asumir. En un paso más adelante,

a la biopsia a cielo abierto proporciona, en algunos casos, una valiosa exactitud histológica prerreseccional.¹¹

Se encuentra unanimidad en las opiniones en cuanto que el diagnóstico precoz, juntamente con una adecuada técnica quirúrgica, constituyen hasta el momento los únicos métodos para la pretensión de curación de la enfermedad.

MATERIAL

Se analizan los resultados del tratamiento quirúrgico, obtenidos sobre 11 pacientes a quienes se les efectuó duodenopancreatectomía cefálica por tumor de cabeza de páncreas (7 casos) o de papila (4 casos).

Respecto del sexo correspondió a 5 varones y 6 mujeres cuyas edades oscilaron entre 30 y 70 años, con un máximo de frecuencia (5 casos) entre los 30 y 40 años.

CLINICA

La signosintomatología presentada en la mayoría de los pacientes coincide con la publicada por todos los autores. Tratándose de casos de diagnóstico precoz solamente en 3 de ellos hubo ictericia previa y, por otra parte, debe destacarse que ninguno de los pacientes presentó el clásico dolor de tumor pancreático.¹²

DIAGNOSTICO

El diagnóstico preoperatorio de certeza no fue realizado en ningún caso; al respecto debe aclararse que la actual y eficaz metodología auxiliar de diagnóstico formada por la ecografía, la tomografía axial computada, la colangiografía transparietohepática y la duodenofibroscopia con colangiopan-

creatografía retrógrada no fueron utilizados en ninguno de los casos, por los siguientes motivos: a) por no contar con estos procedimientos hasta fechas relativamente recientes; b) porque en los últimos casos donde pudieron haberse practicado, o bien no se tuvo la sospecha de estas patologías o de lo contrario clínicamente presentaban un cuadro suficientemente sugestivo de patología quirúrgica operable.

La colecistografía oral convencional aportó en 3 casos una imagen de vesícula hipotónica de gran tamaño, con mala evacuación, alitiásica y con vía biliar dilatada visualizada parcialmente sin que ninguno de ellos hubiese presentado ictericia.

En los casos en que se realizó seriada gastroduodenal con duodenografía hipotónica este estudio no aportó ningún dato de orientación excepto en uno cuyo tumor, a pesar de haber sido resecable, era de un tamaño considerablemente mayor que los restantes.

Respecto del laboratorio, excluidos los 3 pacientes con ictericia, solamente el aumento de la FAL aportó datos de sospecha de patología quirúrgica probablemente maligna.

TRATAMIENTO

En la laparotomía se presentaron las siguientes situaciones relacionadas únicamente con los pacientes que fueron resecados:

Los casos de Ca. de papila fueron detectados en todas las oportunidades posteriormente a la duodenotomía efectuada para establecer la conducta a seguir ante una papila patológica determinada por colangiografía y/o palpación. En 3 casos el diagnóstico fue confirmado por congelación y en el restante (4 casos de Ca. de papila) por estudio anatomopatológico diferido.

En los casos de Ca. de páncreas, 2 de ellos fueron confirmados por biopsia por congelación y en los 5 restantes se decidió la resección en base a una minuciosa semiología quirúrgica. A este respecto queremos dejar constancia que hasta la fecha no se ha realizado ninguna resección en la que posteriormente el estudio anatomopatológico no haya confirmado la enfermedad maligna.

Dicha semiología fue efectuada con amplia movilización duodenopancreática, para aquellos casos con sospecha de tumor pancreático o de papila, evaluándose tamaño, dureza, presencia de tumor único o múltiple y características del cuerpo y cola pancreática. Así también la relación de movilidad de la glándula respecto del duodeno.

Se remarca que no siempre se ha encontrado dilatación importante de la vía biliar como frecuentemente se comenta en distintos trabajos.

Decidida la intervención se siguen una serie de pasos siempre mediante maniobras "recuperables", es decir que no impliquen la imposibilidad de volverse atrás en la resección, estableciendo de esta manera la posibilidad de una operación radical.^{1, 4}

Esta secuencia comprende: 1) evaluación de la extensión y fijación del tumor, como así también relación con los órganos vecinos (vena cava, riñón, colon transversal y colédoco supraduodenal); 2) compromiso de los ganglios peripancreáticos, del

hilio, mesentéricos y preaórticos, que son enviados a analizar por congelación. De encontrarse el compromiso de un ganglio de uno de estos grupos, excepto que se trate de un block ganglionar prácticamente irresecable, se busca un ganglio más distal cuya indemnidad autorizará a continuar con el siguiente paso. Por lo tanto, si estas dos etapas invalidan la operación se pasa a la 3) establecer la indemnidad del túnel mesentérico porta. Si esta última comprobación permite continuar, realizamos la resección.⁵ Esta evaluación prerreseccional implica una clasificación en estadios de la misma forma como lo hacen distintos autores, entre ellos Cattel y Warren:

- I) Tumor localizado únicamente a la glándula.
- II) Tumor extendido a ganglios regionales.
- III) Compromiso de órganos vecinos.
- IV) Metástasis a distancia.

Nuestra resección comprende: cabeza de páncreas, duodeno, colédoco retroduodenal y retropancreático, yeyuno hasta 10 cm del ángulo de Treitz y estómago en la porción distal del cuerpo y antro gástrico.

Cabe mencionar que la reconstrucción la hemos realizado de distintas formas, salvo los 6 últimos pacientes en que se efectuó el montaje a lo Child con anastomosis terminoterminal yeyunopancreática, con "telescopage", luego anastomosis gastroyeyunal terminolateral y por último colédoco yeyunal terminolateral con coledocostomía con tubo de Kehr. El citado "telescopage" se realiza con 4 puntos guiones previa una amplia liberación del cuerpo pancreático, el que deberá penetrar fácilmente en la luz del yeyuno.

RESULTADOS

Dos enfermos fallecieron en el posoperatorio inmediato, uno al 5º día por hemorragia digestiva (se trataba del primer paciente operado de la serie) y el otro al 8º día posoperatorio por iatrogenia medicamentosa.

Uno falleció al año y medio por ruptura de aneurisma cerebral, encontrándose hasta ese momento sin evidencias de enfermedad.

Otro falleció a los dos años y medio por accidente cerebrovascular, contando a su deceso con 72 años de edad y también sin evidencia de enfermedad.

Otro falleció a los 10 años de la operación, cuando tenía 75 años de edad, también por accidente cerebrovascular.

Uno con seguimiento hasta los 4 años sin evidencia de enfermedad, luego de lo cual desaparece del control.

Actualmente viven sin evidencias de recidivas 5 pacientes, de ellos 1 con 3 años y los 4 restantes con más de 10 años, respectivamente 11, 12, 13 y 15 años de sobrevida. De estos cuatro con sobrevida prolongada corresponden, dos a cáncer de páncreas y dos a cáncer de papila.

CONCLUSIONES

Si bien el número de pacientes resecados no nos permite obtener conclusiones con valor estadístico, creemos que estos resultados deben ser considera-

dos como excelentes, habiendo logrado sobrevividas individuales y promedios que de ningún modo habrían sido alcanzados por operaciones derivativas o paliativas. Creemos que este éxito se basa en una minuciosa selección del paciente, cuidadosa intervención quirúrgica en todos sus aspectos y en un meticuloso cuidado pre y posoperatorio.⁽⁶⁾

COMENTARIOS

Varios son los factores determinantes de los fracasos en la curación o en un tratamiento paliativo satisfactorio: a) la localización anatómica de la glándula; b) el retraso en el diagnóstico por la falta de síntomas precoces más o menos precisos; c) una dificultosa e inadecuada resección del tumor y tejidos vitales circundantes comprometidos, tales como la vena porta, la vena cava y los vasos mesentéricos superiores.⁽⁷⁾

Debe considerarse como positivo el avance en cuanto al mejoramiento, la morbilidad y mortalidad operatoria, las que se han reducido 40 a 50 % debido al perfeccionamiento en la técnica operatoria y más adecuados cuidados pre y posoperatorios. En la serie no se ha realizado ninguna pancreatocmía total, pero debe ser tenido muy en cuenta este

procedimiento debido fundamentalmente al frecuente origen multicéntrico del tumor, que de esta manera invalidaría cualquier pretensión curativa si la resección no es de tal magnitud.^(8, 9)

En lo que respecta al intento de mayor radicalidad con la resección de los vasos mesentéricos o de la vena porta con reemplazo auto o heterólogo, de la literatura se desprende un aumento de la morbimortalidad, pero no de la sobrevivida.

Creemos que las dificultades y riesgos que implican las biopsias previas a la resección no justifica su uso rutinario, más aún cuando en numerosas situaciones muestran tejido normal o pancreatitis crónica y el tumor se encuentra en sitios menos accesibles. A este respecto y a pesar de la posibilidad de que pueda realizarse una delicada operación por una pancreatitis crónica, es preferible esta postura a la de dejar un tumor, quizás curable, por una apreciación histológica no totalmente segura.

En general somos partidarios de la postura resecionista dentro de los límites expuestos anteriormente, a pesar de las estadísticas que tratan de igualar los resultados obtenidos con bypass. En nuestra experiencia las diferencias de resultados justifican esta conducta.

BIBLIOGRAFIA

1. Child III, Charles G., Hinerman, Dorin L., y Kauffman, Gordon L.: "Pancreaticoduodenectomy". *Surg., Gynec. and Obst.*, 147, 529-533, 1978.
2. Gursel, Et. M., Imamoglu, Kamil H., y Warren, Nickel O.: "Carcinoma of the pancreas". *Am. Jour. Surg.*, 134, 353-355, 1977.
3. Longmire, Jr., William P.: "The technique of pancreaticoduodenal resection". *Surgery*, 59, 344-352, 1966.
4. Moossa, Rahim A., Lewis, Michael H., Mackie, Colin R.: "Surgical treatment of pancreatic cancer". *Mayo Clin. Proc.* 54, 468-474, 1979.
5. Hermreck, Arlo S.; Thomas, Christopher Y., y Friesen, Stanley R.: "Importance of pathologic staging in the surgical management of adenocarcinoma of the exocrine pancreas". *Amer. Jour. Surg.*, 127, 653-657, 1974.
6. Bloom, Peter, y Steer, Michael I.: "Pancreatoduodenectomy". *Arch. Surg.*, 110, 1455-1457, 1975.
7. Longmire, Jr., William P., y Shafey, Omar A.: "Certain factors influencing survival after pancreaticoduodenal resection for carcinoma". *Am. Jour. Surg.*, 111, 8-12, 1966.
8. Forrest, James F., y Longmire, Jr., William P.: "Carcinoma of the pancreas and perampullary region". *Ann. Surg.*, 189, 129-137, 1979.
9. Ihse, I., Lilja, P., Arnesjö, B., y col.: "Total pancreatectomy for cancer". *Ann. Surg.*, 186, 675-680, 1977.