

MORBIMORTALIDAD POST DUODENO PANCREATECTOMIA CEFALICA: PERIODO ENERO 2015 A JUNIO 2018 EN EL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

MORBIDITY AND MORTALITY AFTER CEPHALIC DUODENO PANCREATECTOMY: PERIOD OF JANUARY 2015 TO JUNE 2018 AT THE PREVISION SOCIAL INSTITUTE

Giselle Semidei Dalles¹, Juan Carlos Lopez², Leila Mereles³, Mara Gimenez⁴, Roberto Mura, Arnaldo Montiel⁵

RESUMEN

Los tumores pancreáticos malignos tienen un pronóstico desfavorable. Se acepta que la resección quirúrgica es el único tratamiento que logra la supervivencia a largo plazo; sin embargo, en el momento de su diagnóstico, solo entre 10% -20% los pacientes son candidatos para cirugía. Sin tratamiento, el promedio de supervivencia es de 3 a 6 meses. Solo 15-20% se beneficiarán de una resección con intención curativa una vez hecho el diagnóstico, y menos del 20% sobrevivirán un año, presentando una supervivencia global a 5 años no superior al 3%

Palabras clave: Cirugía de Whipple, Adenocarcinoma, Tumores de Páncreas, Duodenopancreatectomía

ABSTRACT

Pancreatic malignant tumors suffers from an unfortunate prognosis. It is accepted that surgical resection is the only treatment that achieves long-term survival; however, at the moment of their diagnosis, only among 10%-20% the patients are candidates for surgery. Without treatment the survival average is from 3 to 6 months. Just 15-20% will benefit from a resection with curative intent at the time of the diagnosis, less than 20% will survive one year, the 5-year overall survival is not more than 3%.

Key words: Whipple surgery, Adenocarcinoma, Duodenopancreatectomy, Pancreas tumors.

INTRODUCCIÓN

Las Neoplasias denominadas periampulares, constituyen la tercera causa de tumores gastrointestinales después del cáncer gástrico y colorectal¹. Según la literatura, el 85% corresponden a los tumores de cabeza de páncreas, 10% son ampulomas y menos del 5% son carcinomas duodenales o de vías biliares.² Comparten una presentación clínica similar, caracterizada por signos y síntomas de obstrucción biliar, dolor y pérdida de peso

involuntaria. Además, independiente de su origen, tienen el mismo tratamiento quirúrgico: La Duodenopancreatectomía cefálica o Cirugía de Whipple.

Para definir la resecabilidad del tumor es importante realizar un estudio preoperatorio, que se lleva a cabo con una TAC, la cual tiene 90% de sensibilidad. Además son útiles la RMN, la EDA, y la ultrasonografía simple o endoscópica.^{1,3}

La Técnica quirúrgica que describió el Dr Allen Whipple en 1935, ha sufrido cambios a lo largo de los años, sin embargo los principios de la descripción de la técnica original mantienen su importancia. La misma consiste en la resección en bloque de la cabeza y el proceso uncinado del páncreas⁴, duodeno proximal (15 cms) y conducto biliar común, vesícula y la porción distal del estómago y los nódulos linfáticos adyacentes⁵. Aún en las series más prestigiosas, la anastomosis pancreatoyeyunal sigue siendo el problema principal de la técnica de Whipple, manteniéndose como complicación entre el 10% al 20%.⁶

Es una cirugía compleja y por tanto no se encuentra exenta de complicaciones post operatorias. Éstas complicaciones, descritas en la literatura corresponden al 30%-56%. Siendo las más frecuentes, la colección de líquido (22%), atonía gástrica (17-23%), dilatación ductal (20%), fistula pancreática (17%), infección del sitio quirúrgico (9-10%), abscesos (5%) y raramente otras complicaciones.^{3,4,7} Éstas podrían estar relacionadas o asociadas en algunos casos con características generales de los pacientes, como por ejemplo la edad avanzada, desnutrición y patologías de base. Más sin embargo la mayoría de los casos de morbilidad y mortalidad se encuentra directamente asociada a la técnica quirúrgica.^{8,9}

Instituto de Previsión Social, Hospital Central. Paraguay

1. Médica Residente de tercer año de Cirugía General

2. Médico Residente de tercer año de Cirugía General

3. Médica Residente de segundo año de Cirugía General

4. Jefe de Planta del Servicio de Cirugía General

5. Jefe de Planta del Servicio de Cirugía General

6. Jefe del Servicio de Cirugía General

Autor correspondiente: Giselle Semidei; gsemideidalles@gmail.com

Artículo recibido: 31.07.18 - Artículo aceptado: 23.08.18

OBJETIVO

Evaluar las indicaciones, resultados y supervivencia de los pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica por patología periampular, en el Hospital Central Del Instituto de Previsión Social, de Asunción, Paraguay.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico, donde se incluyeron todos los pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica por patología periampular, en el Hospital Central del IPS, desde Enero de 2015 hasta Junio de 2018. La información se obtuvo de la base de datos del Servicio de Cirugía General del Instituto de Previsión Social. Los datos fueron procesados en el programa Excel 2003.

RESULTADOS

Se operaron 31 pacientes, con una edad promedio de 59,7 años (rango, 29-78 años). Del total de pacientes 51,6 % eran del sexo femenino (n:16) y 48,3 correspondiendo al sexo masculino (n:15). En cuánto a la principal indicación para la cirugía, la misma fue el diagnóstico de una neoplasia maligna (90,3 %). Siendo el Adenocarcinoma pancreático el predominante en 25 pacientes (80,6%), a su vez siendo más frecuentes en la cabeza de la glándula, presentándose un solo caso en el cuerpo y la cola del páncreas. Le sigue en frecuencia el Carcinoma ampular (6,45%); Colangiocarcinoma (3,22%) y otras indicaciones (9,67%) entre las cuales encontramos una colangitis por nematode en la vía biliar principal.



Imagen 1. Duodenopancreatectomía Cefálica: Anastomosis pancreatoyeyunal.

Se presentaron complicaciones post quirúrgicas en el 61,3 % de los pacientes, siendo las más comunes el Shock Séptico e IRA (19,4%), dehiscencia de la anastomosis pancreatoyeyunal (19,4%), hemorragia post operatoria (9,7%), fistula pancreática (6,5%), atonía gástrica (3,2%) e Infección del sitio quirúrgico (3,2%).

La mortalidad post quirúrgica se presentó en 16 pacientes, correspondiendo al 51,6%. Constatándose una disminución en el periodo de Enero a Junio del 2018, donde los óbitos registrados fueron el 6,45%.

CONCLUSIÓN

Se mantiene como principal conducta quirúrgica para las patologías periampulares, la cirugía de Whipple, ya sea por la técnica original o sus modificaciones.

En cuánto a las complicaciones, las más frecuentes en nuestra serie, fueron el shock séptico y la Insuficiencia renal aguda presentes durante la internación post quirúrgica en la Unidad de Cuidados Intensivos, seguida de la dehiscencia de la anastomosis pancreatoyeyunal y la hemorragia post quirúrgica. En las series mundiales, por otro lado, la dehiscencia de la anastomosis pancreatoyeyunal y la fistula pancreática ocupan los primeros lugares de morbilidades post cirugía de Whipple. Aunque en la presente serie se constata mejoría en los últimos años (2017-2018), las cifras de morbilidad post quirúrgica se encuentran con similitudes en cuánto a reportes de series mundiales de prestigio y excelencia, encontrándose además coincidencia con la literatura y estudios existentes, en cuanto a la indicación habitual para la cirugía de Whipple, la cual es la patología neoplásica maligna periampular, siendo el Adenocarcinoma de cabeza de páncreas la etiología predominante.

La Duodenopancreatectomía cefálica en nuestra institución continúa presentando alta mortalidad en comparación con centros de referencia a nivel mundial.^{10,11,12}. Sin embargo de Enero a Junio del 2018 se constató una disminución con años anteriores, coincidente con una menor recurrencia de complicaciones como la sepsis y dehiscencia de la anastomosis pancreatoyeyunal, las cuales se asociaron con mayor frecuencia a los óbitos. Pudiendo esto deberse a una mejoría de la técnica quirúrgica y a una estadía más corta en la Unidad de Cuidados Intensivos. Reduciendo de ésta forma dos los factores determinantes, en nuestra serie, de la morbimortalidad de la cirugía de Whipple.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coppola R, Riccioni M, Ciletti S, Cosentino L, Ripetti V, Magistrelli P, et al. Periampullary tumors. *Surg Endosc* 2001;15:1135-9.
2. DiGiuseppe JA, Hruban RH. Pathobiology of cancer of the pancreas. *Semin Surg Oncol* 1995; 11: 87.
3. Johnson P, Curry C, Urban B, Fishman E. Spiral CT following the Whipple procedure: Distinguishing normal postoperative findings from complications. *J Comput Assist Tomogr* 2002; 26(6):956-61.
4. Freelove R, Walling A. Pancreatic cancer: Diagnosis and management. *American Family Physician* 2006;73(3):485-92.
5. Diener M, Knaebel H, Heukauf C, Antes G, Büchler M, Seiler C. A systematic review and meta-analysis of pylorus-preserving versus classical pancreaticoduodenectomy for surgical treatment of periampullary and pancreatic carcinoma. *Annals of Surgery* 2007;245(2): 187-200.
6. Miedema BW, Sarr MG, van Heerden JA, Nagorney DM, McIlrath DC, Ilstrup D, et al. Complications following pancreaticoduodenectomy. *Arch Surg* 1992; 12: 9-15.
7. Stumpp P, Klöppel R, Kahn T. Imaging after a Whipple operation. *J Comput Assist Tomogr* 2005;29(3):394-400.
8. Yang YM, Tiang XD, Zhuang Y, Wanq WM, Wan YL, Huang YT. Risk factor of pancreatic leakage after pancreaticoduodenectomy. *World J Gastroenterology* 2005; 11: 2456-61.
9. Strasberg S.M, McNeven MS. Results of a technique of pancreaticojejunostomy that optimizes blood supply to the pancreas. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 591-6.
10. Cameron J, Riall TS, Coleman J, Belcher KA. One thousand consecutive pancreaticoduodenectomies. *Ann Surg* 2006; 244:10-5.
11. Aranha GV, Hodul PJ, Creech S, Jacobs W. Zero mortality after 152 consecutive pancreaticoduodenectomies with pancreaticogastrostomy. *J Am Coll Surg* 2003;197:223-31.
12. Buchler M, Wagner M, Schmied BM, Uhl W, Friess H, Z'Graggen K. Changes in morbidity after pancreatic resection: Toward the end of completion pancreatectomy. *Arch Surg* 2003;138:1310-4.