

RESECCIONES PANCREATICAS. RESULTADOS EN 20 AÑOS.

Dr. Ángel Píriz Momblant¹, Dr. Guido Elías Leyva².

RESUMEN

Se realiza un estudio prospectivo en 34 pacientes egresados del servicio de cirugía general, a los cuales se les realizó algún tipo de resección pancreática, por distintas causas, entre los años 1982 y 2002. Se dan a conocer nuestros resultados. La edad promedio es de 47 años DS \pm 17, rango: 14-77 años. El sexo predominante es el masculino (62,0%). Los diagnósticos más frecuentes son el adenocarcinoma del páncreas, el adenocarcinoma del duodeno y la pancreatitis crónica (17,6%, respectivamente). Las resecciones pancreáticas más frecuentemente realizadas son la pancreatectomía distal (44,1%), la operación de Whipple (41,1%). Las complicaciones generales más frecuentes son la sepsis y el seroma de la herida, con el 9,0% para cada una de ellas. La complicación específica es la fístula pancreática, con el 5,8%. La mortalidad quirúrgica es de 9,0%.

Palabras clave: PANCREATECTOMÍA; NEOPLASMAS
PANCREÁTICOS/cirugía; PANCREATITIS/cirugía.

INTRODUCCION

A pesar de los adelantos de los medios diagnósticos y de los cuidados especiales en las unidades de cuidados intensivos, las resecciones pancreáticas siguen siendo un desafío para los cirujanos debido a la fisiología, situación y relaciones anatómicas del páncreas; las laboriosas y delicadas técnicas quirúrgicas aplicadas; las complicaciones postoperatorias, la elevada mortalidad y los pobres resultados en algunas de sus afecciones.

¹ *Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor asistente.*

² *Especialista de I Grado en Cirugía General Profesor asistente.*

En la actualidad, el futuro es prometedor en cuanto al diagnóstico temprano de las afecciones susceptibles de tratamiento quirúrgico y, a medida que se acumula experiencia, mejorarán los resultados operatorios, por lo que el cirujano debe tener una actitud optimista.

El tipo de operación debe ser individualizado en cada paciente. La ejecución de la misma técnica en todos los enfermos puede traer como consecuencia desagradables fracasos. Por lo tanto, el éxito está en conocer las técnicas quirúrgicas apropiadas para cada afección y paciente.

En el presente informe damos a conocer nuestra experiencia en 20 años de trabajo en el tratamiento de las distintas afecciones pancreáticas susceptibles de recibir tratamiento quirúrgico.

METODO

Se realiza un estudio prospectivo en pacientes egresados del servicio de cirugía general, a los cuales se les realizó algún tipo de resección pancreática por distintas afecciones, entre los años 1982 y 2002, ambos inclusive.

El universo de estudio estuvo comprendido por 34 pacientes, que resultaron ser el total de intervenidos quirúrgicamente durante el periodo de tiempo que duró el estudio.

El dato primario se introduce y se procesa en una computadora con el paquete estadístico Epiinfo 6. Los resultados se exponen en tablas para su mejor análisis e interpretación.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se obtuvo una tasa de 6 pacientes por cada 100 000 ingresos en el hospital, de 7 pacientes por cada 10 000 ingresos en el servicio de cirugía general y de 1 paciente por cada 1 000 operaciones mayores realizadas en el servicio de cirugía general. Como se observa, no son infrecuentes en nuestro hospital las afecciones pancreáticas susceptibles de realización de algún proceder quirúrgico resecativo.

La edad promedio es de 47 años, con una DS ± 17 y un rango entre 14 y 77 años. Este rango tan amplio se debe a las distintas afecciones pancreáticas susceptibles de tratamiento quirúrgico, las cuales se presentan en las diferentes edades de la vida y que están comprendidas dentro de nuestro trabajo. Este rango, y la edad promedio son similares a lo informado por Conlon¹, Proca² y Sohn.³

En nuestro trabajo predominó el sexo masculino (62.0 %) sobre el femenino (38.0 %), lo cual coincide con Sohn³, aunque con distinto porcentaje, y difiere de Conlon, Proca y Hirshberg^{1,2,4}, en cuyos trabajos predomina el sexo femenino.

Las afecciones pancreáticas más frecuentes, las cuales fueron tratadas con algún tipo de resección quirúrgica, fueron, en primer lugar, el adenocarcinoma de páncreas, el adenocarcinoma del duodeno y la pancreatitis crónica, con 6 pacientes para cada una de ellas, 17,6 % respectivamente; el segundo lugar lo ocupó el cistoadenoma del páncreas, con 5 pacientes (14,7 %), y en tercer lugar, la ruptura traumática del páncreas, con 4 pacientes (11,7 %) (Tabla 1). Sheehan⁵, aunque con distintos porcentajes, registra en primer lugar los tumores pancreáticos (69 %) y en segundo lugar la pancreatitis crónica (14 %). No informa acerca de adenocarcinoma del duodeno. El traumatismo del páncreas, al igual que nosotros, lo informa en tercer lugar, con el 7 %.

La intervención quirúrgica más frecuentemente realizada en nuestro servicio fue la pancreatectomía distal, en 15 pacientes (44,1 %), seguida de la operación de Whipple, en 14 pacientes (41,1 %) (Tabla 2). Estas dos operaciones son las más frecuentes, por distintas causas, en el páncreas. Conlon¹ efectuó la operación de Whipple en 139 pacientes (77,6 %) y la pancreatectomía distal en 40 pacientes (22,4 %); Proca² realizó la operación de Whipple/Beger en el 68 % de sus pacientes y la pancreatectomía distal en el 42 %; Kanazumi⁶ realizó 33 operaciones de Whipple o sus modificaciones (53,2 %) y 17 pancreatectomías distales (27,4 %) y en el informe de Espinal⁸, sobre traumatismo pancreático, la pancreatectomía distal obtuvo el segundo lugar (15,7 %).

La sepsis y el seroma de la herida ocuparon el primer lugar, con el 9 % para cada una de ellas, y la fístula pancreática el segundo lugar, con el 5,8 % (Tabla 3). La fístula pancreática es una de las complicaciones más frecuentes en este tipo de intervención, y los cirujanos deben estar siempre alertas por su posible aparición. En nuestro trabajo, y en comparación con otros, fue bajo el porcentaje de esta complicación; Conlon¹ registra el 12,5 %, Sheehan⁵ el 14,0 %, Yamaguchi⁹ el 8,5 %, Sperti¹¹ el 30,0 % y Fahy¹², el 26 %.

La mortalidad quirúrgica fue del 9 % (3 pacientes), con un promedio de edad de 72 años, DS \pm 4. En estos 3 pacientes ancianos se realizaron dos operaciones de Whipple y una pancreatectomía total, todas por adenocarcinoma, las cuales son grandes operaciones en pacientes deteriorados por su enfermedad y los años.

Cada intervención quirúrgica presenta riesgo de mortalidad quirúrgica y esto está en relación con el tipo de afección que padece el paciente y su estadio evolutivo, la edad, las enfermedades asociadas que padece, su estado nutricional y la experiencia del cirujano; nosotros hemos informado una mortalidad quirúrgica global debido a las distintas afecciones que tenían nuestros pacientes y las distintas resecciones que se

efectuaron en el páncreas; este porcentaje servirá como índice para evaluar futuros trabajos. La mortalidad quirúrgica informada por otros autores, debido a las distintas resecciones pancreáticas, oscila entre 0 y el 5 % ^{1,2,5,6,11-14}

CONCLUSIONES

1. Las afecciones del páncreas, susceptible de tratamiento quirúrgico, son relativamente frecuentes en nuestro medio.
2. Obtuvimos un amplio rango de edad debido a las distintas afecciones pancreáticas que se presentan en las distintas etapas de la vida.
3. El sexo predominante fue el masculino, lo cual no coincide con otros autores.
4. El adenocarcinoma de páncreas, el adenocarcinoma del duodeno y la pancreatitis crónica fueron las tres primeras causas de resecciones pancreáticas.
5. La pancreatectomía distal y la operación de Whipple fueron las dos operaciones más frecuentes en nuestros pacientes.
6. El seroma y la sepsis de la herida fueron las complicaciones generales más frecuentes y el porcentaje de la fístula pancreática fue bajo.
7. La mortalidad quirúrgica global fue alta en relación con otros autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Conlon KC, Labow D, Leung D, Smith A, Jarnagin W, Coit DG, *et al.* Prospective randomized clinical trial of the value of intraperitoneal drainage after pancreatic resection. *Ann Surg* 2001 Oct;234(4):487-93.
2. Proca DM, Ellison EC, Hibbert D, Frankel WL. Major pancreatic resections for chronic pancreatitis. *Arch Pathol Lab Med* 2001 Aug;125(8):1051-4.
3. Sohn TA, Yeo CJ, Cameron JL, Koniaris L, Kaushal S, Abrams RA, *et al.* Resected adenocarcinoma of the pancreas-616 patients: results, outcomes, and prognostic indicators. *J Gastrointest Surg* 2000 Nov-Dec;4(6):567-79.
4. Hirshberg B, Libutti SK, Alexander HR, Bartlett DL, Cochran C, Livi A, *et al.* Blind distal pancreatectomy for occult insulinoma, an inadvisable procedure. *J Am Coll Surg* 2002 Jun;194(6):761-4.

5. Sheehan MK, Beck K, Creech S, Pickleman J, Aranha GV. Distal pancreatectomy: does the method of closure influence fistula formation? *Am Surg* 2002 Mar;68(3):264-7; discussion 267-8.
6. Kanazumi N, Nakao A, Kaneko T, Takeda S, Harada A, Inoue S, *et al* . Surgical treatment of intraductal papillary-mucinous tumors of the pancreas. *Hepatogastroenterology* 2001 Jul-Aug;48(40):967-71.
7. Heise JW, Katoh M, Luthen R, Roher HD. Long-term results following different extent of resection in chronic pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 2001 May-Jun;48(39):864-8.
8. Espinal R, Irias M, Andino J, Galo M. Lesiones del páncreas. Análisis de 38 casos. *Rev Cubana Cir.* 2001;40 (1): 73.
9. Yamaguchi K, Noshiro H, Yokohata K, Nakano K, Watanabe M, Ohtani K, *et al* . Is there any benefit of preservation of the spleen in distal pancreatectomy? *Int Surg* 2001 Jul-Sep;86(3):162-8.
10. Sperti C, Pasquali C, Ferronato A, Pedrazzoli S. Median pancreatectomy for tumors of the neck and body of the pancreas. *J Am Coll Surg* 2000 Jun;190(6):711-6.
11. Fahy BN, Frey CF, Ho HS, Beckett L, Bold RJ. Morbidity, mortality, and technical factors of distal pancreatectomy. *Am J Surg* 2002 Mar;183(3):237-41
12. Wagner M, Z'graggen K, Vagianos CE, Redaelli CA, Holzinger F, Sadowski C, *et al* . Pylorus-preserving total pancreatectomy. Early and late results. *Dig Surg* 2001;18(3):188-95
13. Heise JW, Katoh M, Luthen R, Roher HD. Long-term results following different extent of resection in chronic pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 2001 May-Jun;48(39):864-8.
14. Karpoff HM, Klimstra DS, Brennan MF, Conlon KC. Results of total pancreatectomy for adenocarcinoma of the pancreas. *Arch Surg* 2001 Jan;136(1):44-7.

TABLA 1. DIAGNÓSTICO.

DIAGNOSTICO HISTOLÓGICO	No.	%
Adenocarcinoma de páncreas	6	17.6
Adenocarcinoma de duodeno	6	17.6
Pancreatitis crónica	6	17.6
Cistoadenoma de páncreas	5	14.7
Ruptura traumática páncreas	4	11.7
Adenocarcinoma colédoco terminal	3	8.8
Cistoadenocarcinoma páncreas	1	2.9
Adenocarcinoma ampolla de Vater	1	2.9
Adenoma páncreas	1	2.9
Tumor carcinoide B. Páncreas	1	2.9
Total	34	100.0

TABLA 2. RESECCIONES PANCREATICAS.

OPERACIÓN	No.	%
Pancreatectomía distal	15	44.1
Operación de Whipple	14	41.1
Pancreatectomía total	3	9.0
Exéresis del tumor	2	5.8
Total	34	100.0

TABLA 3. COMPLICACIONES.

COMPLICACIONES	No.	%
Sepsis herida	3	9.0
Serosa herida	3	9.0
Fístula pancreática	2	5.8
Choque séptico	2	5.8
Infección renal aguda	2	5.8
Bronconeumonía	1	3.0
Insuficiencia hepática	1	3.0