



Rev Guatem Cir Vol. 19 • 2013

Pancreatoduodenectomía: Experiencia, Morbilidad y Resultados

Contreras JR, MD; Porras D, MD; Paiz E, MD.

Departamento de Cirugía, Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS) (JRC), Jefe de Servicio de Cirugía Abdominal, Hospital General de Enfermedades, IGSS (DP y EP). Autor correspondiente: José Roberto Contreras. Hospital General de Enfermedades. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 9ª calle 7-55 zona 9, Guatemala, C.A. e-mail: dr.jrcontreras@gmail.com

Resumen

Introducción: El 80% de los pacientes con cáncer de páncreas son diagnosticados en estadio tardío, y la supervivencia a los cinco años es menor del 2% sin tratamiento. La resección quirúrgica parece ofrecer el único medio que extiende la supervivencia hasta un 20% en el primer año, es necesario conocer las tasas de morbi-mortalidad en las instituciones que cuentan con un equipo de cirujanos entrenados en cirugía hepatopancreatobiliar.

Método: Se realizó una revisión retrospectiva, observacional y descriptiva de cinco años (2010-2015), de pacientes sometidos a pancreatoduodenectomías por cáncer de páncreas, determinando morbilidad y supervivencia. El análisis se dividió en dos períodos: Primer período 2010-2011 y el Segundo período del 2012-2015.

Resultados: Se analizaron 41 pacientes que presentaron 11(26.82%) complicaciones; cuatro fístulas pancreáticas y una fístula biliar consideradas como complicaciones mayores entre el primer período; el resto fueron por infección de herida operatoria reportadas en el segundo período, clasificadas como menores. Se reportaron tres (7.31%) casos de mortalidad durante el primer período. La supervivencia a los 5 años en nuestro estudio es 25%. No se encontró diferencia en el promedio de complicaciones mayores, ni menores, ni de mortalidad entre el primer período y el segundo ($p=0.18$, $p=0.1$, $p=0.25$, respectivamente).

Conclusión: Es necesario un razonable nivel de experiencia en pancreatoduodenectomías para alcanzar bajos niveles de morbi-mortalidad postoperatoria

Palabras claves: Cáncer de Páncreas, Pancreatoduodenectomía, Complicaciones postoperatorias.

Abstract

Pancreatoduodenectomy. Experience, Morbidity and Results

Background: At the time of diagnosis, eighty percent of pancreatic cancer patients have advanced disease and a five-year survival rate less than 2% without any treatment. Surgical resection is the only treatment that extends survival rate to 20%. Every institution that performs pancreatic surgeries need to know their mortality rates.

Methods: A retrospective study of pancreatic cancer patients surgically treated from 2010 to 2015 in which pancreatoduodenectomy was performed. The morbidity, mortality and survival rate were analyzed divided by first (2010-2011) and second (2012-2015) periods.

Results: Forty one patients were analyzed. Complication rate was 26.82% (11/41): 5 major complications: 4 pancreatic fistulas and one biliary fistula presented during the first period. The rest were minor complications: surgical site infections presented during the second period. Mortality rate was 7.31% during the first period. There was no mortality in the second period. Survival rate at 5 years was 25%. No statistical difference was found for major or minor complication rate nor for mortality between the first or second period; ($p=0.18$, $p=0.1$, $p=0.25$, respectively).

Conclusions: Experience in pancreatoduodenectomy is necessary for low morbidity and mortality rates.

Keywords: pancreatic cancer, pancreatoduodenectomy, surgical complications

Introducción

El cáncer de páncreas continúa siendo una enfermedad oncológica que plantea el reto de mejorar las herramientas de diagnóstico y modos terapéuticos. Para el año 2012 en Europa se registraron 99,901 casos nuevos de cáncer de páncreas y en Estados Unidos se reportaron cerca de 37,685 casos, lo que representa en este último país la cuarta causa mas frecuente de mortalidad con tasas de supervivencia a los cinco años de menos del 2% en pacientes no tratados.^{1,2,3}

El pronóstico de vida aumenta hasta 20% en pacientes que son sometidos a cualquier tipo de tratamiento en los cuales se incluye la cirugía.^{4,5} Sin embargo, la mayoría de los pacientes presentan metástasis a distancia y lesiones que no son resecables al momento de su diagnóstico. La determinación de factores de riesgo, la alta sospecha clínica y el tamizaje oportuno harán posible la identificación de lesiones localizadas y susceptibles de resección quirúrgica.⁶ Los estudios de pacientes con tumores pancreáticos diagnosticados de forma incidental evidencian supervivencia mayor comparados con los tumores diagnosticados en pacientes sintomáticos, lo que sugiere que la detección precoz puede mejorar el resultado.⁴ No obstante, aún quedan muchos retos en la implementación de una detección eficaz.

Debemos recordar que a pesar de que los regímenes de quimioterapia son más eficaces, la pancreatoduodenectomía (PD) sigue siendo la única opción curativa para pacientes con adenocarcinoma ductal resecable de la cabeza del páncreas.⁷

Como resultado de las mejoras en la técnica quirúrgica y en la atención perioperatoria, las tasas de supervivencia a los cinco años en pacientes sometidos a PD se acercó al 20%. Sin embargo, la morbi-mortalidad postoperatoria continúa planteando un desafío en la era evolutiva de la cirugía.

En un estudio presentado en el 10º Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Hepato-Pancreato Biliar en Paris, las tasas de complicaciones postoperatorias reportadas oscilaban entre 30% a 50%. De éstos, la fístula pancreática fue la complicación clínicamente más relevante con una incidencia que iba desde el 9.9% al 28.5%.⁷ Varios estudios han informado una disminución en el riesgo de desarrollar fístula pancreática en pacientes sometidos a PD en el tratamiento del adenocarcinoma ductal en donde se compararon la existencia de comorbilidades como obesidad o diabetes mellitus con la presencia o no de ictericia obstructiva al momento de la cirugía, encontrar un parénquima pancreático duro y un conducto pancreático dilatado como factores favorables para lograr mejores resultados después de la resección de cabeza del páncreas. Otras complicaciones intraabdominales reportadas fueron sepsis, abscesos, hemorragia temprana o tardía, necesidad de una reexploración abdominal y muerte.^{7,10}

Esta revisión nos presenta la evolución a lo largo de cinco años de experiencia en pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía y las complicaciones post operatorias más importantes, todas las intervenciones fueron llevadas a cabo en el servicio de Cirugía Abdominal del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por el mismo equipo quirúrgico entrenados en cirugía hepatopancreatobiliar.

Material y Métodos

Se realiza una revisión retrospectiva, observacional y descriptiva de cinco años en el servicio de Cirugía Abdominal del Hospital General de Enfermedades del Seguro Social Guatemalteco en el cual se analizan 41 casos de pacientes sometidos a pancreatoduodenectomías en el período de enero 2010 a marzo de 2015. El diagnóstico de cáncer de páncreas se realizó a través de estudios de imagen y radiológicos intervencionistas: ultrasonido, tomografía y colangiopancreatografía retrograda endoscópica. Todas las cirugías fueron realizadas por el mismo equipo quirúrgico, se evaluó la morbi-mortalidad post ope-

ratoria clasificándola por año y en mayores y menores.

Los resultados generales se reportan en porcentajes para las variables categóricas y como medias y desviaciones estándar para las continuas. Para el análisis estadístico se utilizó t de student. Un valor de p menor de 0.05 se consideró estadísticamente significativo. Para todos los cálculos estadísticos se utilizó Stata 12. El estudio cumple con las normas bioéticas descritas en la declaración de Helsinki.

Resultados

Durante la conducción del estudio se analizan 41 casos (n=41) de pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía independientemente de su tipo de reconstrucción quirúrgica. De estos, 32 (78%) son de sexo masculino y 9 (22%) de femenino, con edad promedio de 65 años (rango 43-84años). Se reportan 11 complicaciones (26.82%, n=41) divididas en cinco mayores y seis menores; de estas, cuatro corresponden a fístulas pancreáticas y una fístula biliar consideradas como complicaciones mayores, todas estas se desarrollaron entre los años 2010 y 2011. El resto de complicaciones fueron por infección superficial de herida operatoria reportadas en los últimos tres años de estudio y las cuales se clasificaron como menores. Se reportan tres casos de mortalidad (7.31%) durante los años 2010 y 2011. [Ver Tabla 1] Para el análisis de los resultados, los años 2010 y 2011 se consideraron como el Primer período y del 2012 al 2014 como el Segundo período. No se encontró diferencia en el promedio de complicaciones mayores, ni menores, ni de mortalidad entre el primer período y el segundo ($p=0.18$, $p=0.1$, $p=0.25$, respectivamente). En cuanto al diagnóstico anato-patológico de la pieza quirúrgica resecada, el adenocarcinoma ductal de la cabeza se encuentra en 31 casos (75.6%) se-

guido de adenocarcinoma de la ampolla seis casos (14.6%), cáncer de colédoco distal dos casos (4.9%), tumor quístico del páncreas un caso (2.4%) y un caso de displasia duodenal (2.4%). A los 5 años de seguimiento, se tiene información únicamente de 28 pacientes; para una pérdida en el seguimiento del 32%(13/41). De los 28 pacientes en seguimiento, 7 pacientes se encuentran vivos a los 5 años; esto es una sobrevida de 25% (7/28) en nuestro estudio.

Discusión

Se determina en base a los resultados obtenidos de esta revisión que el cáncer de páncreas afecta principalmente a pacientes de sexo masculino, entre el sexto y séptimo decenio de vida y que el adenocarcinoma ductal de cabeza de páncreas es el más frecuente reportado por patología. Estos datos se asemejan a los consultados en la literatura y medicina basada en evidencia.⁹

Durante el análisis realizado se puede evidenciar el desarrollo de complicaciones posteriores a la resección quirúrgica, de las cuales cuatro casos correspondieron a fístulas pancreáticas y que como parte de su plan terapéutico, en tres casos se manejó conservadoramente y en uno hubo necesidad de re-explorar al paciente, quien posteriormente curso con sepsis abdominal y falleció. Los otros dos casos de mortalidad se relacionaron a cuadros de choque séptico por neumonías nosocomiales postoperatorias.

Cabe señalar que las complicaciones mayores se dieron durante los primeros dos años de estudio, mientras que el resto de complicaciones consideradas como menores (infección superficial de herida operatoria) se reportaron en los tres años restantes. Aunque la diferencia en complicaciones no es estadísticamente significativa estos datos sugieren que

Tabla 1. Complicaciones de Pancreatoduodenectomía

Complicación	Primer Período		Segundo Período			p
	2010	2011	2012	2013	2014	
C. Mayores	3	2	0	0	0	0.18
C. Menores	0	0	1	3	2	0.1
Mortalidad	2	1	0	0	0	0.25
Total Pacientes	9	11	8	6	7	

conforme mayor es la experiencia adquirida por el equipo quirúrgico, el desarrollo de complicaciones es menor. La no diferencia estadística puede deberse a un error tipo II, esto es porque el número de pacientes en nuestro estudio es reducido.

Conclusiones

Es necesario un razonable nivel de experiencia en pancreatoduodenectomías para alcanzar bajos niveles de morbilidad y mortalidad post quirúrgica.

Recomendaciones

Ampliar el estudio e integrarlo a una serie a nivel nacional para fortalecer la confiabilidad de los datos con el objetivo de unificar criterios diagnósticos y de tamizaje así como mejorar la técnica quirúrgica en nuestro medio, llevada a cabo por cirujanos entrenados en cirugía hepatopancreato-biliar con el propósito final de proporcionar mejor calidad de vida para las pacientes que ameritan tratamiento quirúrgico.

Referencias

1. Alison P., Identifying people at a high risk of developing pancreatic cancer. Departments of Oncology and Pathology, Sol Goldman Pancreatic Cancer Research Center, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, Maryland 21231, USA *Nat Rev Cancer*. 2013 January ; 13(1): 66–74.
2. Wolfgang CL., Herman JM., Laheru DA., et al., Recent Progress in Pancreatic Cancer. *CA Cancer J Clin*. 2013 September; 63(5): 318–348.
3. Poruk K., BS, Firpo M., Adler D., et al. Screening for Pancreatic Cancer: Why, How, and Who?. Department of Surgery, University of Utah School of Medicine. *Ann Surg*. 2013 January; 257(1): 17–26.
4. Rossi ML., Rehman AA., Gondi CS., Therapeutic options for the management of pancreatic cancer. *World J Gastroenterol* 2014 August 28; 20(32): 11142-11159. ISSN 1007-9327.
5. Franssen B, Chan C. Cancer de páncreas: punto de vista del cirujano. *Rev Gastroenterol Mex*. 2011; 76(4): 353-361.
6. Melroy AD, Shailesh VS. Pancreatic resectional surgery: an evidence-based perspective. *J Cancer Res Ther*. 2008; 4(2):77-83.
7. Addeo P, Delpero JR., Paye M., et al. Pancreatic fistula after a pancreaticoduodenectomy for ductal adenocarcinoma and its association with morbidity: a multicenter study of the French Surgical Association. *HPB* 2014, 16, 46–55
8. Sosa A., La metodología bayesiana en la investigación medica. *Ene* 23, 2003. Disponible en : http://www.sovuog.com/revision_temas/metodologia_bayesiana.doc.
9. Tempero MA., Arnoletti JP., Behrman S., et al., Pancreatic adenocarcinoma: Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010 September ; 8(9): 972–1017.
10. Corral V, Vega A. Complicaciones post-quirúrgicas de los pacientes tratados con el procedimiento de Whipple en Solca-Cuenca. 2009 [citado 14 Mar 2015]; 1(1-7). Disponible en: <http://dSPACE.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/28/1/08052.pdf>