

Abordaje quirúrgico en obstrucción biliar secundaria a tumor pseudopapilar de páncreas. Reporte de caso.

Daniel Soto Vásquez, Eudoxio A. Benavides Garza Carlos Eduardo Marina Hernández
Facultad de Ciencias de la Salud
Médico Cirujano
Universidad de Montemorelos

Objetivo: Compartir una variante de la técnica tradicional con el cual pueda servir a futuros cirujanos sobre una alternativa de abordaje, y por lo tanto que permita mejorar la curva de enseñanza en lo que respecta al procedimiento de Whipple. **Material y métodos:** Se trata de un estudio de tipo reporte de caso. Se revisa el abordaje quirúrgico de una paciente de 57 años originaria de Monterrey; la cual fue sometida a un procedimiento de Whipple posterior al diagnóstico de un tumor en cabeza de páncreas. El abordaje consiste en extirpar la cabeza del páncreas, la vesícula biliar, parte proximal del duodeno, el antro y los ganglios linfáticos cercanos a la cabeza del páncreas. Posteriormente se realiza una hepatoduodenoanastomosis, pancreatoduodenoanastomosis y gastroduodenoanastomosis. **Resultados:** En la realización de este procedimiento de Whipple, se utiliza una variante al momento de realizar la anastomosis pancreatoduodenal, la cual en el postoperatorio dio buenos resultados favoreciendo la correcta evolución de la paciente. **Discusión:** Fue en 1898, año que por primera vez se que se describió la técnica de Whipple, ya han pasado 100 años desde fue realizada por primera vez, en los cuales la técnica ha sufrido mínimas modificaciones. En este reporte de caso, se mantuvo enfoque en el desarrollo de una variante de la misma. La cual fue realizada con resultados favorables en evolución y disminución de la complicación por estenosis en la anastomosis pancreatoduodenal.

Keywords: Páncreas, Whipple, pancreatoduodenectomía.

Introducción

El adenocarcinoma ductal infiltrante del páncreas, conocido usualmente como cáncer de páncreas, constituye la cuarta causa de muerte por neoplasia en EEUA, precedida por el cáncer de pulmón, colon y mama. La supervivencia estimada a los 5 años es por debajo de 5 %, es decir aproximadamente 98 % de los pacientes diagnosticados fallecen a pesar de los tratamientos multimodales. La relación es 1:2 hombre y mujer.^{1,2,3}

El cáncer pancreático ha sido asociado con 3 principales alteraciones genéticas: activación de oncogenes, inactivación de los genes supresores de tumores y sobreexpresión de los factores de crecimiento.⁴

En este reporte se va a abordar el procedimiento quirúrgico de Whipple tanto sus indicaciones, pronóstico y técnicas quirúrgicas, como las ventajas y desventajas de cada una de estas y como afectan en la sobrevida del paciente.

El procedimiento de Whipple o también conocido como pancreatoduodenectomía es un procedimiento sumamente complejo y de alto riesgo muy utilizado en la cirugía moderna y que a su vez ya data del siglo antepasado, fue en 1898, cuando Codivilla realizó la primera pancreatoduodenectomía (operación de Whipple) en un paciente con un carcinoma del

páncreas, el paciente falleció a los 24 días. Kausch, en 1912, realizó la operación anterior en dos tiempos, en un paciente con cáncer de la ampulla de Vater. Falleció a los 9 meses.⁵

Desde esa fecha ha tenido muchas modificaciones, siendo la más significativa la preservación pilórica, y es hoy en día, una operación segura que continúa evolucionando.

El objetivo de esta investigación es concientizar tanto al personal médico sobre el abordaje correcto de dicha patología, como a la población en general sobre las variables y factores de riesgo que con lleva al desarrollo del cáncer pancreático. Si la población conoce las repercusiones de estos factores, podría modificarlos y llevar tanto a una disminución en la incidencia como un aumento en la sobrevida. Por lo que se tuvo por objetivo el contestar la pregunta de investigación: ¿Mejora en alguna forma la variante realizada en el procedimiento Whipple?

Descripción del caso

Este es un estudio de tipo reporte de caso en el cual se realiza una retroalimentación y valoración del abordaje quirúrgico realizado a una paciente con un tumor en cabeza de páncreas.

Paciente femenino de 56 años, ingresa al hospital Christus

Muguerza el día 05/10/16, sin antecedentes heredofamiliares de importancia, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Antecedentes personales quirúrgicos: 2 cesáreas previas, última hace 30 años, niega consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Inicia su padecimiento actual una semana previa a su ingreso al presentar de manera insidiosa dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, localizado en epigastrio, sin agravantes, atenuantes o síntomas acompañantes. Niega fiebre, vómito, astenia, adinamia, ictericia, hiporexia, pérdida de peso o síntomas irritativos urinarios. Progresa 24 horas previas agregándose náusea, acolia y coluria, motivo por el cual acude para su valoración y manejo.

Signos vitales a su ingreso: frecuencia cardíaca: 72 latidos/minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones/minuto, tensión arterial 107/67 mmHg, temperatura 36.5 °C, índice de masa corporal 29.6 kg/m², talla 1.58 m. y peso 74 kg.

Exploración Física: paciente femenino de edad aparentemente igual a la cronológica, consciente, orientada en sus tres esferas, sin fascias características de alguna enfermedad; cabeza y cuello normocéfalo, cilíndrico tráquea central sin masa o megalias palpables; tórax campos pulmonares bien aireados sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos o ruidos agregados; abdomen globoso a expensas de pánfculo adiposo, peristalsis presente, blando, depresible, dolor a la palpación en epigastrio, signo Murphy (-), sin datos de irritación peritoneal sin masas o megalias palpables; extremidades eutróficas, eutérmicas, llenado capilar menor a 2 segundos; genitales diferidos.

Laboratorios: hemoglobina 11.7 g/dL, hematocrito 34.4 %, volumen corpuscular media 90.3, leucocitos 7,490/L, neutrófilos 63 %, plaquetas 244,000, glucosa 145 mg/dL, creatinina 0.4 mg/dL, BUN 11.3 mg/dL, urea 24.11 mg/dL, ácido úrico 4.3, colesterol 107 mg/dL, triglicéridos 104 mg/dL, proteínas 6.1, albúmina 3.6, bilirrubina total 3.13 mg/dL, bilirrubina directa 2.85 mg/dL, AST 81 UI, ALT 78UI, FA 731, DHL 304 UI.

Análisis: anemia normocítica normocrómica + síndrome doloroso abdominal en estudio + hiperglucemia + hiperbilirrubinemia a expensas de directa + transaminasemia + fosfatasa alcalina elevada.

Se realiza tomografía axial computada el cual revela masa en cabeza de páncreas de casi 4cm de diámetro por lo que se decide intervención quirúrgica.

Se ingresa a quirófano con un diagnóstico preoperatorio probable ampuloma, la operación planeada fue el procedimiento de Whipple. Se realiza procedimiento de Whipple el cual se describe a continuación: Con la paciente colocada en decúbito supino, con lavado y aseo quirúrgico con colocación de campos estériles, se realiza una incisión tipo Chevron derecha y se incide por planos hasta llegar a cavidad abdominal. Primero se hace una liberación de adherencias hacia la vesícula, posteriormente se realiza maniobra de Kosher

identificando los hallazgos previamente mencionados (masa en cabeza pancreática). Se procede a la antrectomía con grapadora lineal (60 milímetros cartucho azul) y se inicia la disección de la vesícula con maniobra retrógrada sin ligar para que sea enviada como pieza completa a patología. Se corta conducto colédoco en su porción suprapancreática; se deja ligando en un inicio con seda 2-0 y se empieza la disección de la cabeza del páncreas identificando estructuras vasculares y las cuales también se ligan. Se identifica la vena porta, así como la vena mesentérica superior y la esplénica, sin observar que exista tumoración que involucre dichas estructuras vasculares. En este caso la vena mesentérica y la vena cava se encontraban íntegras. Se procede a resecar la cabeza del páncreas, así como el proceso uncinado, durante ese procedimiento hubo gran cantidad de sangrado a nivel del proceso uncinado; se realizó hemostasia y se colocaron puntos transflictivos de seda 3-0 logrando detener el sangrado y de igual forma se coloca gelfoam ya habiendo resecado la cabeza del páncreas y se realiza anastomosis. Se hace un corte aproximadamente 50 cm de la válvula del ángulo Treitz de yeyuno y se hace una ventana retrocólica por donde se extrae ya toda la pieza completa; que incluía parte del antro, el duodeno, colédoco, vesícula y cístico.

Se enviaron estas piezas a biopsia transoperatoria y se obtuvo como resultado preliminar un probable tumor endocrino poco diferenciado. Se procedió a realizar las anastomosis iniciando con la anastomosis pancreatoduodenal, en la cual se encuentra la variante realizada: se feruliza el conducto de Wirsungs, con una sonda de alimentación no.8. Esta cánula se introduce hacia la parte distal del yeyuno, se hace una anastomosis término terminal con seda 3-0. Posteriormente se hace la anastomosis hepatoyeyuno y finalmente una anastomosis gastroyeyuno de manera manual con prolene vascular 3-0 puntos Connel-Mayo. Se refuerza con puntos de seda tipo Lambert, se corrobora hemostasia en el lecho hepático y en el proceso uncinado, se realizan varios puntos hemostáticos, se coloca gelfoam. Se dejan dos drenajes Blake 2, uno hacia la anastomosis gastroyeyuno y el otro hacia el hepatoyeyuno; se cierran planos con PDS y finalmente el tejido celular subcutáneo con vicryl 3-0 y piel con prolene 3-0. Se concluye el procedimiento quirúrgico y pasa la paciente a recuperación de manera estable; sin embargo, se recuerda que tiene pronóstico reservado.

En este caso durante el postoperatorio la paciente se encontró estable, cursó 7 días en internamiento intermedio, posterior subió a hospitalización donde fue dada de alta 14 días posteriores a la cirugía. La paciente presentó mejoría gradual, retirándosele la sonda de alimentación al momento del alta hospitalaria. Se realizaron estudios de laboratorio evaluando enzimas pancreáticas a los 30, 60 y 180 días en donde no se no mostró datos de estenosis en la anastomosis pancreatoduodenal. Se continuó valorando a la paciente con laboratorios.

Discusión

La literatura existente refiere que la mayoría de las complicaciones está relacionada con la cantidad sangrado transoperatorio. Los artículos refieren como aceptable, un sangrado menor a 1800cc.

Otra complicación reportada frecuentemente, es el fracaso de la anastomosis pancreatoduodenal y síndrome de vaciamiento gástrico; ninguno presentado en este caso. La variante realizada no tiene como fin directo modificar la morbilidad del paciente, la cual se reporta de 33 % 2 años y 66a los 3 años con el método convencional, pero si el disminuir la tasa de complicaciones relacionadas con el fracaso de la anastomosis pancreatoduodenal, ya que evita su estenosis.^{6,13,14,15}

Actualmente este procedimiento quirúrgico mejora significativamente la calidad de vida en los pacientes sometidos a dicho procedimiento con terapia coadyuvante con quimioterapia, aunque a los 5 años la mortalidad de este procedimiento es cercana a 95 %. Debemos de recordar que este tipo de tumores es detectado en etapas tardías y debido en su mayoría a sintomatología obstructiva, la cual fue la causa del ingreso de la paciente del caso en revisión.^{9,10,11}

Esta paciente en específico corresponde con el promedio de edad y sexo respecto a la epidemiología del tumor; la sintomatología que presento la paciente concordó con la de obstrucción de vía biliar secundaria a tumor en cabeza de páncreas. Los síntomas fueron pérdida de peso, ictericia, elevación de hormonas hepáticas.

Es importante recalcar que la modificación en la técnica original fue la colocación de la sonda de alimentación a través del duodeno hasta el conducto de Wirsung la cual facilita la realización de la anastomosis pancreatoduodenal durante la cirugía, así como se ha documentado en este caso que evitó la estenosis de la misma. Por lo tanto, se recomienda realizarla considerando la curva de aprendizaje al momento de realizar la anastomosis, la disminución en promedio de unos 20 minutos de tiempo quirúrgico, lo cual significo reducción del sangrado.

También es necesario realizar en un futuro una serie de casos en los cuales se expongan varios tipos de pacientes y variables para determinar con exactitud el beneficio de la variable en general, que en este paciente resulto beneficioso.

Conclusiones

Durante la revisión de la literatura para el caso clínico, se recalco que la mayoría de las complicaciones postoperatorias son relacionadas al fracaso de la anastomosis pancreatoduodenal, entre las que se encuentra la estenosis y posterior ruptura de la anastomosis. Utilizando el método de la colocación de la sonda de alimentación, esta funciona como férula e impide el cierre de la luz de la anastomosis, se previene esta complicación, lo que posiblemente influye positivamente

en la sobrevida del paciente. Es necesario realizar futuras revisiones en un mayor número de casos para valorar correctamente la utilidad de esta variante.

Referencias

1. Longnecker, Daniel. (2014). Anatomy and Histology of the Pancreas. Pancreapedia: Exocrine Pancreas Knowledge Base, DOI: 10.3998/panc.2014.3
2. Lawrence PF, BellRM, DaytonMT. Essential of General Surgery. Baltimore: Lippincott Williams Wilkins;2009
3. KumarV, AbbasAK, FaustoN, RobbinsSL, CotranRS. Patología estructural y funcional. Barcelona: Elsevier; 2015
4. Pancreaticcáncer. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2009
5. Schnelldorfer T, Sarr M. G.Alessandro Codivilla and the first pancreatoduodenectomy. Archives of Surgery. 2009;144(12), 1179-1184.
6. Savío López AM, Copo Jorge JA, Martínez Blanco CA, S oliva Domínguez R. Pancreatoduodenectomía cefálica en los tumores periampulares. Experiencia en nuestro centro y revisión del tema. Rev Cubana Cir 2001; 40(3):284-90.
7. Jarufe NP, Coldham C, Mayer AD, Mirza DF, Buckels JA, Bramhall SR. Favourable prognostic factors in a large UK experience of adenocarcinoma of the head of the pancreas and periampullary region. Dig Surg 2004; 21(3):202-9.
8. Camp ER, Vogel SB. Blind Whipple resections for periampullary and pancreatic lesions. Am Surg; Jan 2004; 70(1):6-10; (Discussion) 11-22.
9. Fonseca-MoranR, Diaz-CalderínJM. Cáncer de páncreas: Revisión del tema y presentación de 42 casos operados. Acta Med 1988; 2:116-41.
10. Nguyen TC, Sohn TA, Cameron JL, Lillemoe KD, Campbell KA, Coleman J, et al. Standard vs. radical pancreaticoduodenectomy for periampullary adenocarcinoma: a prospective, randomized trial evaluating quality of life in pancreaticoduodenectomy survivors. J Gastrointest Surg; Jan 2003; 7(1):1- 9; (Discussion) 9-11.
11. Ma YG, Li XS, Chen H, Wu MC. Pancreaticoduodenectomy with Roux-Y anastomosis in reconstructing the digestive tract: report of 26 patients. Hepatobiliary Pancreat Dis Int; Nov 2002; 1(4):611-3.
12. Niederhuber JE, Brennan MF, Menck HR. The national cancer data base report on pancreatic cancer. Cancer 1995;76:1671-7.
13. Cameron JL, Pitt HA, yeo C, Lillemoe KD, Kauffman HS, Coleman J. One hundred and fourty five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality. Ann Surg 1993;217:430-8.
14. Patel AG, Toyama MT, Kusske AM. Pylorus-Preserving Whipple resection for pancreatic cancer. Is it any better? Arch Surg 1995;130:838-43.
15. Lillemoe KD, Cameron JL, Yeo C, Sohn TA, Nakeeb A, Sauter PK, et al. pancreaticoduodenectomy. Does it have a role in the palliation of pancreatic cancer? Ann Surg 1996;223:718-28.