

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"

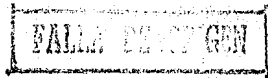


ADENOCARCINOMA DE AMPULA DE VATER
EXPERIENCIA DE 47 CASOS EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"

T E S I S
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL
DR. MIGUEL FERNANDO ARANCETA SOTO

MEXICO, D. F.

JULIO DE 1985





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
INTROUCCION -----	1
MATERIAL Y METODOS -----	3
RESULTADOS -----	5
DISCUSION -----	11
CONCLUSIONES -----	21
TABLAS -----	23
REFERENCIAS -----	31

ADENOCARCINOMA DE AMPULA DE VATER
EXPERIENCIA DE 47 CASOS EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION SALVADOR
ZUBIRAN

INTRODUCCION:

El carcinoma de ampula de Váter constituye entre el 15% y 20% de las neoplasias malignas tradicionalmente englobadas bajo el término de "tumores de la región periaampular" (1,2,6). Este tipo de neoplasias que incluyen tanto a tumores de ampula de Váter, segunda porción de duodeno, colédoco distal y cabeza de páncreas, son agrupadas bajo esta denominación ya que se desarrollan dentro de una distancia muy corta entre cada una de ellas (región periaampular) tienen formas de presentación clínica semejantes y, cuando es posible, el manejo quirúrgico es similar (6,12).

Hasta hace algunos años, el diagnóstico diferencial entre este grupo de neoplasias de la región periaampular resultaba difícil de establecer en forma preoperatoria, dado lo indistinguible en general del cuadro clínico y lo poco asequible del área ampular para su estudio. En los últimos tres lustros, los

métodos de diagnóstico han cambiado dramáticamente y las modalidades como el ultrasonido, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la arteriografía selectiva, la tomografía axial computada y la visualización directa con toma de biopsias de esta región, han sustituido a los estudios de contraste baritado en aras de mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica, con la posibilidad de distinguir en forma temprana entre las diferentes variedades neoplásicas de esta región, que si bien tienen presentación clínica similar, su curso, evolución y pronóstico son muy diferentes (7,12,14,25,28 y 33).

Por otra parte, existe controversia en cuanto a la utilidad de procedimientos quirúrgicos "radicales" en comparación con intervenciones más conservadoras (10,11) y como se mencionó anteriormente, es un hecho ampliamente conocido que el comportamiento de las neoplasias malignas de la encrucijada pancreatobiliar difiere de manera importante, por lo que es conveniente abordar el estudio del cáncer del ápula de Vater como una entidad clínica independiente y separada a diferencia de la mayor parte de los informes de la literatura (4,14,17,36) desde que el Dr. Allen O. Whipple informa en 1935 la técnica de resección pan-

creatoduodenal para el manejo de los carcinomas del área periampular (37).

El presente trabajo tiene por objeto el exponer en forma detallada la experiencia obtenida en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán a lo largo de toda su historia con respecto a la forma de presentación clínica, exámenes de laboratorio y gabinete, manejo quirúrgico y evolución postoperatoria de los enfermos con carcinoma del ánpula de Váter.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los expedientes clínicos de todos aquellos enfermos con diagnóstico de adenocarcinoma de ánpula de Váter comprobado con estudio histopatológico que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán desde 1947 hasta diciembre de 1984. En cada caso se registraron edad, sexo, cuadro clínico, resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete, tipo de cirugía efectuada, curso, evolución y tratamiento postoperatorio.

La duración de la sintomatología fue calcu

lada a partir de la fecha en que el paciente mencionó como el inicio del primer síntoma hasta la fecha de admisión, los hallazgos físicos fueron aquéllos consignados en su historia clínica al momento de su ingreso al hospital. Los resultados de laboratorio fueron registrados con su valor absoluto y comparados con los patrones normales de acuerdo a las técnicas utilizadas en las diferentes épocas de obtención. Los estudios radiológicos y de gabinete fueron asentados como normal, anormal o diagnóstico, tomando esto último cuando la impresión del especialista sugería una neoplasia maligna como la causa de las anomalías observadas, o bien, en caso de biopsia, cuando ésta inequívocamente demostró el adenocarcinoma. A través de la nota operatoria se determinó fecha y tipo de cirugía realizada y mediante el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica el tipo, tamaño, e invasión del tumor, así como la localización, número y afección tumoral de ganglios u órganos (resecados o biopsiados). Se consideró como muerte operatoria a aquella ocurrida dentro de los días de estancia hospitalaria después de la operación. Se consignó a través del expediente clínico la evolución clínica y paraclínica postoperatoria, tiempo de seguimiento, tratamiento recibido, etc.,

encaminados predominantemente a determinar la presencia de recaída o recurrencia tumoral, calidad de vida y tiempo de sobrevida en cada caso y cuando era posible. Se analizaron los datos en base a la frecuencia relativa de presentación de las variables investigadas y se calcularon curvas de sobrevida por el método de Kaplan-Meier (23).

RESULTADOS:

El grupo quedó constituido por un total de 47 pacientes con adenocarcinoma de ampulla de Váter, corroborado histopatológicamente, que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Se observó ligero predominio del sexo femenino, 27 mujeres y 20 hombres, con relación de 1.3 a 1. El promedio de edad fue de 54.4 años que osciló en un rango entre 24 y 85 años, cuya distribución por décadas queda asentada en la Tabla 1.

En relación a los síntomas que constituyeron el cuadro clínico su frecuencia de presentación se anota en la Tabla 2, el tiempo promedio de la duración de la sintomatología hasta el diagnóstico fue de 6.3 meses con un rango que osciló entre 15 días y 36 meses, las manifestaciones más frecuentes observa-

das fueron pérdida de peso, ictericia, astenia, adinamia y dolor abdominal que generalmente se manifestó como constante, sordo y localizado al cuadrante superior derecho del abdomen. En promedio los enfermos perdieron 12 Kgs. de peso antes de su internamiento y sólo cinco pacientes (10%) manifestaron variaciones en la intensidad del tinte icterico (ictericia fluctuante), incluso en uno de ellos la ictericia había desaparecido al momento de su ingreso al hospital. Sólo 11 casos (23.4%) presentaron melena y en 16 (34%) se encontró vesícula palpable.

Casi todos los enfermos presentaron elevación de la fosfatasa alcalina (98%) y fue el parámetro de laboratorio que más consistentemente resultó anormal. En 38 pacientes o sea el 80.8% se documentó elevación de las bilirrubinas en sangre a expensas de su forma conjugada. 19 enfermos tenían anemia. En el resto de los exámenes no se identificó ninguna tendencia relevante y se encuentran resumidos en la Tabla 3.

En cuanto a los estudios radiográficos, en todos los pacientes la tele de tórax fue normal, sin evidencia de enfermedad metastásica, los hallazgos más sobresalientes fueron en la serie esofago-gastro-

duodenal (SEGD) la cual sugirió el diagnóstico en 17 pacientes de los 38 en quienes se realizó (44.7%) aumentando su sensibilidad si se combinaba con la duodenografía hipotónica (DH) que fue diagnóstica en los tres enfermos en quienes se efectuó. Tanto la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) como la colangiografía percutánea (CP) mostraron dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas con sitio de obstrucción en el ámpula de Váter en cinco de 10 casos para la primera ya que en cuatro casos no se logró canular la papila y otra fue interpretada como normal, en la segunda se sugirió el diagnóstico en 10 de los 11 en que se efectuó (90.9%). El ultrasonido (US) demostró dilatación de vías biliares en el 80% de los casos con demostración de tumor en el área periampular sólo en uno (10%). La angiografía selectiva del tronco celiaco sugirió el diagnóstico en sólo un enfermo de los dos en quienes se efectuó. Los últimos siete enfermos fueron estudiados con tomografía axial computada mostrando como hallazgos principales la dilatación tanto de las vías biliares intra y extra hepáticas como de la vesícula biliar en todos los casos, y se demostró la presencia de tumor en el área ampular en cuatro de estos pacientes (57.1%).

A 19 pacientes se les realizó estudio endoscópico del tubo digestivo alto demostrándose la tumoración del ámpula de Váter en 16, realizándose biopsia de la misma en 12 casos y se demostró histológicamente la naturaleza de la lesión en 11 (91.8%).

Los 47 pacientes con adenocarcinoma de ámpula de Váter fueron intervenidos quirúrgicamente y se realizó pancreatoduodenectomía (PD) (operación de Whipple) en 27 (57.4%), resección local (RL) con drenaje biliar en cuatro (8.5%) y derivación bilio-intestinal (DB) en 16 (34.1%) como se muestra en la Tabla 4.

Solamente tres de los pacientes sometidos a PD fueron operados previamente para derivar el flujo biliar por la presencia de colangitis, el primero fue manejado con RL del tumor y coledocostomía con sonda T volviéndose a operar 45 días después y los otros dos fueron sometidos a una anastomosis colecisto-yeyunal y recuperados mes y medio y cuatro meses después respectivamente. En dos enfermos y por el mismo motivo de los anteriores, se realizó DB, intervenidos en un segundo tiempo con la finalidad de evaluar su reseccabilidad sin conseguirse ésta.

La mortalidad operatoria y sus causas están resumidas en la Tabla 5. Fallecieron siete de los 27 pacientes sometidos a PD (25.9%) teniendo como causas principales neumonía y sepsis generalizada, asimismo, murieron cuatro de los 16 en quienes se efectuó DB (25%), ninguno de los sometidos a RL falleció en forma perioperatoria.

La morbilidad operatoria de aquellos pacientes que no fallecieron se muestra en la Tabla 6. Los sometidos a PD presentaron complicaciones nueve de los 20 evaluables (45%) dominando la presentación de fistulas biliares y pancreáticas. En aquéllos en quienes se realizó DB se presentaron complicaciones en tres (25%) y solamente en un enfermo de los sometidos a RL (33%).

La evolución post-operatoria a largo plazo de aquéllos que sobrevivieron el acto quirúrgico está resumida en la Tabla 7.

Son susceptibles de seguimiento a largo plazo 36 pacientes de los cuales cinco están vivos, cuatro de ellos después de una PD y tienen siete, 15, 60 y 91 meses de evolución, todos ellos sin datos clínicos o

paraclínicos de actividad tumoral y en buenas condiciones. El otro caso vive más de seis años sin recurrencia tumoral después de RL y drenaje biliar (coledocoduodenopanastomosis). Únicamente los dos últimos pacientes recientemente operados reciben tratamiento quimioterápico a base de 5-fluoro-uracilo, mitomicina C y adriamicina.

Han muerto un total de 13 pacientes, (ocho con PD, uno con RL y cuatro con DB), la mayoría murieron con actividad tumoral evidente con excepción de tres casos. Uno falleció en el hospital por tuberculosis miliar a los 13 meses de operada, el otro murió al año de evolución debido a un cuadro de hipoglucemia secundaria a la administración de insulina, y el tercero 83 meses después de la operación por obstrucción intestinal por bridas.

El resto de los pacientes (18) fueron perdidos de su seguimiento, 14 de ellos con actividad tumoral clara (cuatro con PD, dos con RL y ocho con DB). Los otros cuatro sometidos a PD fueron perdidos al uno, siete, siete y 62 meses sin aparente recurrencia tumoral.

En resumen, la sobrevida actuarial calculada por el método de Kaplan-Meier (Tabla 7) muestra que en general para todo el grupo de casos la supervivencia global es del 40% a más de 5 años, sin embargo al dividir el grupo de pacientes acorde con el procedimiento quirúrgico empleado, (Tabla 8), se puede observar que todos los enfermos después de una DB están muertos a los dos años, aunque cabe agregar que en la mayoría la calidad de vida fue satisfactoria al mejorar las molestias secundarias a la retención biliar, hecho que se volvió a presentar sólo en tres enfermos a los seis, ocho y 10 meses después del procedimiento. En cambio, el grupo de pacientes que fueron sometidos a PD la sobrevida a más de 5 años fue de 42%, y no se encontró relación con ningún parámetro clínico o histopatológico, inclusive, dos de los cinco casos que viven más de cinco años presentaron un ganglio peripancreático con afección tumoral.

DISCUSION:

Como puede desprenderse de lo informado en la literatura (2,6,16,22 y 32) y de nuestros resultados el carcinoma de cúpula de Váter es una entidad clínica que afecta sin distinción a individuos de uno y otro sexo. Preferentemente incide entre la quinta y

séptima década de la vida que como se observa en la Tabla 1, 34 de estos casos están dentro de estas dé cadas, sin embargo, ésto no excluye de que individuos más jóvenes (en esta serie hay un caso de 24 años) pueden ser portadores de esta neoplasia, por lo que esta entidad debe tenerse en mente en el diagnóstico diferencial de pérdida de peso y/o ictericia obstructiva en población de edad menor a los 30 años.

En general puede decirse que los datos clí nicos observados en nuestros enfermos no difieren del cuadro clásico descrito por la mayoría de los autores (6,35,22,27,31). Se debe señalar particularmente el elevado número de enfermos que presentaron pérdida de peso e ictericia, aunque, solamente en cinco de ellos (10%) ésta última fue fluctuante como clásicamente se ha descrito (32,22,27,31). Muchos autores han hecho énfasis en la asociación clínica entre hemorragia de tubo digestivo manifestada como melena, o bien la presencia de sangre oculta en heces, anemia e ictericia obstructiva como tríada específica de esta neoplasia (8,36,32,9). En nuestro grupo de enfermos solamente el 32% de ellos presentaban esta asociación, de aquí que los hallazgos clásicos de anemia e ictericia obstructiva en pacientes con carcinoma de ámpula de Váter

ocurren con cierta regularidad.

Durante muchos años la SEGD y la DH dominaron ampliamente el campo de los procedimientos radiológicos de utilidad en el diagnóstico de las neoplasias de la enrucijada pancreatobiliar (32). En nuestros casos la SEGD y la DH tuvieron una utilidad diagnóstica del 44% y 100% respectivamente, aun que es pertinente señalar que las alteraciones encontradas no pueden ser consideradas como específicas (21,32). Llama la atención la gran utilidad diagnóstica de la DH en nuestros casos que está muy por arriba de lo reportado por otros autores (3), sin embargo son pocos los casos a quienes se realizó para evaluar adecuadamente su utilidad.

El ultrasonido, como técnica útil, segura y no invasiva, en la evaluación de estos enfermos demostró únicamente dilatación de vías biliares en el 80% de los casos y sólo en el 10% delineó una masa tumoral en el área periaampular.

La colangiografía percutánea y la retrograda transendoscópica mostraron dilatación de las vías biliares con sitio de obstrucción en el área periam-

pular, sugiriendo el diagnóstico para la primera en el 90.9% de los casos en que se realizó y en la segunda en cinco de seis (83.3%) en los que se logró canular el ámpula de Váter, en cuatro casos ésto no se llevó a cabo por la presencia del tumor. Estos datos sugieren que estos estudios tengan un gran valor en el estudio de estos enfermos siendo diagnós-ticos en un porcentaje mayor al 80% con la gran ven-taja de observar directamente el ámpula de Váter en el caso de la colangiografía retrógrada transendos-cópica, haciéndose notar que en los cuatro casos que no se logró canular el ámpula se observó la presen-cia de una tumoración que lo impedía. Estos hechos coinciden con lo reportado por otros autores que ha-cen énfasis en este tipo de estudios colangiográfi-cos que además de diagnósticos son de gran utilidad para el conocimiento anatómico de las vías biliares, pancreáticas y área periamпуляр por parte del ciru-jano (25,29,15,22).

Por lo que se refiere al procedimiento an-giográfico, éste fue realizado solamente en dos ca-sos, diagnosticando la tumoración sólo en uno de ellos, siendo esta experiencia muy escasa para plan-tear la real utilidad de este estudio, que ha sido

paulatinamente desplazado por los estudios colangiográficos y más recientemente por la tomografía axial computada (15,19).

Con el advenimiento de la tomografía axial computada el estudio de la encrucijada pancreato-biliar se ha simplificado por sus características de seguridad, poco invasiva, alta sensibilidad y especificidad (15,19,20). Sin embargo, nuestros resultados contrastan con los referidos ya que en nuestros casos fue diagnóstica de tumor en el área ampular en el 57.1%, aunque hay que notar que son pocos los enfermos estudiados por esta técnica; y únicamente estamos contando con los enfermos con tumoración del ámpula de Váter, sin incluir en esta apreciación a todas las neoplasias del área ampular.

El estudio endoscópico se realizó en 19 enfermos, se visualizó el tumor ampular en el 84.2% de los casos y de acuerdo al especialista estas tumoraciones presentan alteraciones macroscópicas sugestivas de malignidad que en el 91.6% de las biopsias realizadas (11 de 12) confirmaron esta impresión. En el carcinoma de ámpula de Váter la utilidad del estudio endoscópico resulta ser muy obvia, ya que se

puede obtener hasta la confirmación histológica de este tipo de neoplasias en un porcentaje mayor del 90%.

El tratamiento del carcinoma de ampula de Váter hasta la actualidad es predominantemente quirúrgico, ya en 1899 el Dr. Halsted reportó la primera exitosa de un tumor de ampula de Váter, en 1935 los Drs. Whipple, Parsons y Mullins reportan por primera vez un procedimiento radical en dos etapas resecaando el duodeno y la cabeza de páncreas para un tumor de ampula de Váter y no fue hasta 1945 cuando se establece el procedimiento de Whipple en un solo tiempo y remueve el tercio distal del estómago, duodeno y cabeza de páncreas, naciendo con ésto la posibilidad y la factibilidad de hacer resecciones curativas en tumores periampulares, especialmente en aquéllos derivados del ampula de Váter.

La mayor parte de los autores está de acuerdo en que las mejores posibilidades de supervivencia se tienen cuando es posible efectuar una "resección curativa" de la lesión (6,16,32,33), pero al mismo tiempo se ha señalado que la elevada morbilidad operatoria constituye el principal incon-

veniente de la resección pancreato-duodenal. Esta situación ha sido indudablemente la mayor controversia a lo largo de los años y se ha visto especialmente acentuada a raíz de la publicación de Crile (10) en la que señala mejores resultados a largo plazo utilizando procedimientos derivativos comparándolos con resecciones amplias en enfermos con carcinoma de la cabeza del páncreas. Sin embargo, es evidente que el comportamiento biológico del carcinoma de ampula de Váter es diferente y de mucho mejor pronóstico que el resto de las neoplasias del área, y como publica el Dr. Kenneth Warren (33) hablando del carcinoma periampular "la resección quirúrgica sigue siendo la mejor y probablemente la única esperanza de curación para el paciente. Esta posibilidad de curación es mucho mayor en los tumores de ampula de Váter, pero en la laparotomía exploradora puede ser imposible de determinar el origen de la tumoración", lo que habla a favor de realizar, siempre que las condiciones del enfermo y la situación anatómica de la lesión lo permitan, una resección radical con intención curativa aun en todos los casos de neoplasias periamplares y con más beneficio en el carcinoma del ampula de Váter.

Por otra parte, existe un amplio campo de trabajo en cuanto a las modalidades quirúrgicas empleadas para la paliación de este tipo de neoplasias en un afán de mejorar las condiciones y calidad de vida de estos enfermos, básicamente están encaminadas a la descompresión y drenaje del sistema biliar y pancreático, a mejorar la obstrucción duodenal por la tumoración y a combatir el dolor.

Como ya se mencionó, todos nuestros enfermos fueron manejados quirúrgicamente (Tabla 4) practicándose 27 PD y cuatro RL lo que hace una resecabilidad de las tumoraciones de un 65.9% en total y de un 57.4% tomando en cuenta únicamente los procedimientos de Whipple, lo que coincide en cuanto a la resecabilidad de tumores de ámpula de Váter reportada por otros autores (33,28). 16 enfermos (34.1%) fueron tratados únicamente con derivación biliar interna de diferentes tipos (Tabla 4) sin necesidad de realizar otro procedimiento.

En nuestro grupo de enfermos la mortalidad operatoria fue muy similar para ambos grupos 25.9% para PD y 25% para DB, cifras que son muy altas en comparación con otros autores que en promedio repor-

tan una mortalidad operatoria del 12.5% en PD (33, 34,28).

La mortalidad en PD no se relacionó con ninguno de los factores que algunos autores han propuesto como de mal pronóstico en PD tales como edad mayor de 65 años, antecedentes de alcoholismo, enfermedad cardíaca o ictericia acentuada (Bilirrubinas > 20 mg %) (18,5).

También existe alta mortalidad en DB, relacionada seguramente a las malas condiciones generales, por lo avanzado de la enfermedad de este grupo de pacientes.

En cuanto a las complicaciones, éstas se presentaron en el 45% de los enfermos sometidos a PD, 23% de los sometidos a DB y 33% de los sometidos a RL (Tabla 6). Igualmente la presentación de estas complicaciones no estaba relacionada con los factores antes mencionados. Su frecuencia de presentación, así como el tipo de las mismas son similares a las reportadas en otras series (5,18) para PD, dominando las fistulas biliares y pancreáticas, así como complicaciones infecciosas.

El seguimiento a largo plazo de todo el grupo muestra que en general cinco enfermos están vivos, cuatro de ellos sometidos a PD y uno sometido a RL. Tres de ellos están vivos a cinco ó más años.

La curva general de sobrevida (Tabla 7) muestra una posibilidad de vivir 5 años al 40% de los enfermos con una mediana (50%) a los 23 meses. Estas cifras están por debajo de lo reportado en otras series (33,28,26) que consideran una expectativa de vida hasta del 60% en 5 años para carcinoma de ampulla de Váter. De los 27 enfermos sometidos a PD, se observó que ocho fueron perdidos, únicamente cuatro con actividad tumoral evidente, de los ocho muertos, tres murieron sin actividad tumoral a los 12, 13 y 83 meses como ya se mencionó. Con este grupo de enfermos la posibilidad de sobrevida a cinco años de acuerdo al método de Kaplan y Meyer (Tabla 8), un 42% y excluyendo la mortalidad operatoria un 63% lo que marca la influencia importante de la mortalidad operatoria en este tipo de intervención.

En cuanto a los 16 enfermos sujetos a DB

todos ellos se han muerto a los dos años. Sin embargo, la ictericia desapareció en nueve de los 16 enfermos obteniéndose una buena calidad de vida en ausencia de síntomas secundarios a la retención biliar y cuadros de colangitis.

Finalmente, algunos de los enfermos, de ambos grupos, recibieron quimioterapia adyuvante o paliativa según el caso, a base de 5 fluoro-uracilo, adriamicina y/o mitomicina C. Sin embargo, por los variables esquemas empleados y el bajo número de enfermos a quienes se les administró, no es posible obtener ninguna conclusión acerca de su papel en el manejo de los enfermos con carcinoma de ampula de Váter.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de carcinoma de ampula de Váter debe sospecharse en cualquier enfermo que presente ictericia con patrón obstructivo y pérdida de peso, incluyendo enfermos menores de 30 años de edad.

El estudio del enfermo debe ser completo y en la actualidad está dominado por los estudios colangiográficos (percutánea y retrógrada transendoscópica), endoscópico con toma de biopsias, arteriogra-

fía selectiva y más recientemente con tomografía axial computada, los cuales, además de ofrecer la posibilidad de obtener el diagnóstico en forma temprana, orientan en cuanto a la situación e invasión anatómica de la tumoración, de gran valor para el cirujano.

Mientras no exista algún procedimiento terapéutico efectivo contra el carcinoma de ampula de Vater, la resección quirúrgica es la única esperanza de curación en esta enfermedad. Es importante valorar prudentemente las condiciones y el estado general del enfermo, tanto clínicas como paraclínicas, si la intención es realizar una resección amplia como la operación de Whipple.

Por otra parte, aun en casos "no resecales" el precisar la irresecabilidad y el utilizar procedimientos paliativos en un afán de mejorar la calidad de vida de los pacientes, justifica el operarlos sin perder de vista la mortalidad tan alta de este tipo de procedimientos en este grupo particular de enfermos.

TABLA 1

SEXO:

20 Hombres

27 Mujeres

EDAD:

Promedio: 54.46 años

Rango: 24 - 85 años

DISTRIBUCION POR DECADAS

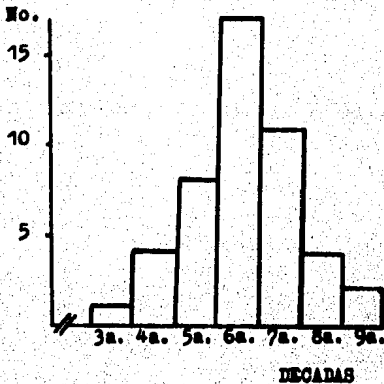


TABLA 2
CUADRO CLINICO

	<u>No.</u>	<u>%</u>		<u>No.</u>	<u>%</u>
PERDIDA DE PESO	43	(91.4)	HEPATOMEGALIA	32	(68.0)
ICTERICIA	42	(89.3)	VESICULA PALPABLE	16	(34.0)
ASTENIA Y ADINAMIA	30	(63.8)	ESPLENOMEGALIA	7	(14.8)
DOLOR ABDOMINAL	28	(59.5)	MASA PALPABLE	4	(8.5)
ANOREXIA	25	(53.1)	ASCITIS	2	(4.2)
PIEBRE	23	(48.9)			
NAUSEAS Y VOMITOS	17	(36.1)			
HEMORRAGIA TUBO DIGESTIVO	11	(23.4)			

DURACION PROMEDIO: 6.31 meses

TABLA 3
EXAMENES DE LABORATORIO

ELEVACION DE FOSFATASA ALCALINA	46 (97.8%)
ELEVACION DE BILIRRUBINA DIRECTA	38 (80.8%)
ANEMIA (Hb < 12 gr %)	19 (40.4%)
TIEMPOS DE COAGULACION ANORMAL	7 (14.8%)
SANGRE OCULTA EN HECEES +	15 (31.9%)

TABLA 4
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS

PANCREATO-DUODENECTOMIA	27	(57.4%)	
RESECCION LOCAL	4	(8.5%)	
DERIVACION BILIAR	16	(34.1%)	
- ANASTOMOSIS COLEDOLO-YEYUNAL	5		1
- ANASTOMOSIS COLEDOLO-DUODENAL	1		3
- ANASTOMOSIS COLECISTO-YEYUNAL	9		1
- ANASTOMOSIS COLECISTO-DUODENAL	1		

TABLA 5
MORTALIDAD OPERATORIA

PANCREATO-DUODENECTOMIA	7 (25.9%)
SEPSIS GENERALIZADA	3
NEUMONIA	2
HEMORRAGIA ABDOMINAL	1
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1
DERIVACION BILIO-INTESTINAL	4 (25%)
NEUMONIA	2
SEPSIS GENERALIZADA	1
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	1

TABLA 6
MORBILIDAD OPERATORIA

PANCREATO-DUODENECTOMIA		9/20 (45%)
FISTULA BILIAR	8	
FISTULA PANCREATICA	5	
INFECCION DE LA HERIDA	3	
HEMORRAGIA INTRA ABDOMINAL	2	
SEPSIS ABDOMINAL	2	
HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO	1	
RETENCION GASTRICA	1	
DERIVACION BILIO-INTESTINAL		4/12 (33.3%)
HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO	1	
ABSCESSO INTRA-ABDOMINAL	1	
NEUMONIA	1	
OBSTRUCCION INTESTINAL	1	

TABLA 7

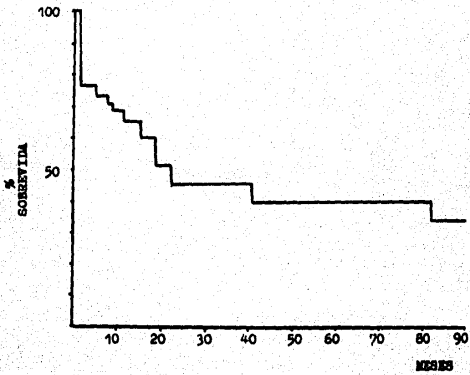


TABLA 7 - Curva de sobrevivencia del grupo total de acuerdo a la distribución no paramétrica de Kaplan y Meier.

ESTÁ TEXTO NO DEBE
SALIR DE LA INSTITUCIÓN

TABLA 8

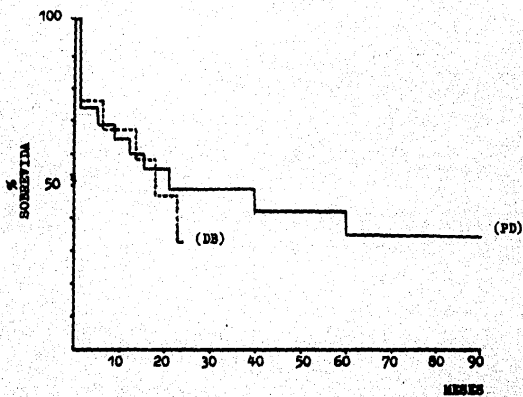


TABLA 8 - Curvas de sobrevivencia de los enfermos sometidos a pancreatoduodenectomía (PD) y derivación bilio-intestinal (DB).

R E F E R E N C I A S

1. Aston SJ & Longaire WF: Pancreaticoduodenal Resection: Twenty years experience. Arch. Surg. 106: 813, 1973.
2. Baden H & Sorensen T.I.A.: Whipple's operation in 37 patients with periampullar carcinoma. Am. J. Surg 137: 624, 1979.
3. Benedict RT, Ferucci JT & Eaton SB. Hypotonic duodenography: current concepts in technique interpretation and clinical usefulness. Crit. Rev. Radiol. Sci 1: 567, 1970.
4. Braach JW & Comer SJ: Periampullar carcinoma. Med. Clin. North Am 59: 309, 1975.
5. Braach JW & Gray EH: Considerations that Lower Pancreatoduodenectomy Mortality: Am J Surg 133: 480, 1977.
6. Cárdenas SS: Cirugía de Carcinoma de la Región Periapular Rev. Gastron. Mex 36: 274, 1971.
7. Cattell RB & Warren KW Periampullary Carcinomas. Surg. Clin. North Am 39: 784, 1959.
8. Child CG & Frey CP. Pancreaticoduodenectomy. Surg. Clin North Am 46: 1201, 1966.
9. Crane JM & Gobbel HB jr. Surgical Experience with malignant tumors of the ampulla of Vater and duodenum. Surg. Gynecol Obstet 137: 937, 1973.
10. Grile G. Jr. The advantages of by pass operations over radical pancreatoduodenectomy in the treatment of pancreatic carcinoma. Surg. Gynecol Obstet 130: 1049, 1970.
11. Grile G. Jr. Isbister WH & Hawk SA Carcinoma of the ampulla of Vater and the terminal bile and pancreatic ducts. Surg. Gynecol Obstet 131: 1052, 1964.
12. Cooperman AM. Cancer of the pancreas: A Dilemma in Treatment. Surg. Clin North Am 61: 107, 1981.
13. Cooperman AM. Cancer of the ampulla of Vater, bile duct and duodenum. Surg. Clin North Am 61: 99, 1981.

14. Coutssoftides T. Mc Donald J. & Shibata HR: Carcinoma of the pancreas and periampullar region. Ann. Surg. 186: 730, 1977.
15. Fitzgerald PJ, Fortner JG & Watson RL: The value of diagnostic aids in detecting pancreas cancer. Cancer: 41: 868, 1978.
16. Fish JC & Cleveland BR: Pancreaticoduodenectomy for Periampullary carcinoma, analysis of 38 cases. Ann Surg: 159: 469, 1964.
17. Forrest JF & Longmire WP. Carcinoma of the pancreas and periampullar region. Ann. Surg. 186: 730, 1977.
18. Gilsdorf RB, Spanos P: Factors influencing morbidity and mortality in pancreatoduodenectomy. Ann Surg 177: 332, 1973.
19. Haaga Jr. Alfidi RT & Havrilla TR. Definitive Role of CT scanning of the pancreas, the second year's experience. Radiology 124: 723, 1977.
20. Havrilla TR, Haaga JR et al Computerized tomography and obstructive biliary disease Am J. Radiol 128: 765, 1977.
21. Hodes PJ, Pendergross EP & Wristin NJ Pancreatic Ductal and Vaterian neoplasia their roentgen manifestations Radiology 62: 1, 1954.
22. Hoover EC, Pancreatic and periampullary Carcinoma (nonendocrine), en Shakelford & Zuidema, Surgery of the alimentary tract. Vol. 4, pag. 89. Saunders, 1983.
23. Kaplan EL & Meyer P. Nonparametric estimation from incomplete observations. J. Am Stat Assoc 53: 457, 1958.
24. Mariparr H, Cooperman A, Densi JT & Former RG. Carcinoma of the ampulla of Vater; review of 38 cases with emphasis on treatment and pronostic factors. Ann Surg 183: 341, 1976.
25. McCune WS, Shorf. FE, Moscovita H.: Endoscopic cannulation of the ampulla of Vater: A preliminary report. Ann Surg 167: 752, 1968.

26. Monge JJ, Dockerty MB & Wallaeger. Clinicopathologic observations on radical pancreaticoduodenal resection for peripapillary carcinoma. Surg Gynecol Obstet 118: 275, 1964.
27. Mango & Rodney Pancreatic Tumors and Periapillary Carcinoma on maingot abdominal operations A.L.L. 7th. ed. pag. 920, 1980.
28. Nakase A Maisumoto Y et Al. Surgical Treatment of cancer of the pancreas and the periampullary region: Cumulative results of 57 institutions in Japan. Ann Surg 185: 52, 1977.
29. Ogosli K, Tobita Y, Hora Y, Endoscopic observation of the duodenum and pancreaticoledologyraphy using duodenal fiberscope under direct vision. Gastoint. Endosc. 12: 83, 1970.
30. Sato T., Saito Y. Noto H & Matsuno S. Follow up studies of radical resection for pancreatic duodenal cancer. Ann Surg. 186: 581, 1977.
31. Silen William. Carcinoma of the pancreas and Periapillary area in Schwartz, Principles of Surgery 3rd. ed. 1369 - 1979.
32. Walsh DB, Elchauer FE & Cronenwell SL: Adenocarcinoma of the ampulla of Vater; diagnosis and treatment. Ann Surg 195: 152, 1982.
33. Warren KW, Chor DS, Plaza J & Renitron M: Results of radical resection for periampullary cancer. Ann Surg 181: 534, 1975.
34. Warren KW, Ulidenheiser MC, Pratt HL: Pancreaticoduodenectomy for periampullary carcinoma. Surg Clin North Ann 47: 639; 1967.
35. Welnyk CS: Carcinoma of the pancreas on Sleisenger MH Fordtrom JS Gastrointestinal disease. WB Saunders 6o Philadelphia p. 1457, 1978.
36. Wise L, Pizzimbono G., & Dehner LE: Periapillary cancer. Am J. Surg 131: 141, 1976.
37. Whipple AO, Pearsons WB, Mullins CR: Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater. Ann Surg; 102: 763, 1935.