

69-11209
24



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I. S. S. S. T. E.

Pronóstico en el Manejo Quirúrgico del Paciente con Cáncer Periampular

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A
DR. ARMANDO RENE NARVAEZ CRESPO

Asesor de Tesis:
DR. MANUEL CERON RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

1991



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE.

RESUMEN.	_____	1.
INTRODUCCION	_____	2.
MATERIAL Y METODOS	_____	6.
RESUSLTADOS	_____	9.
DISCISION	_____	13.
CONCLUSIONES	_____	15.
BIBLIOGRAFIA	_____	16.



ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA GENERAL, A.C.

Avenida Veracruz No. 93, Col. Condesa, 06140 Mexico, D.F. Tel. 285 30 12

3 de noviembre de 1990

ACTIVA 1990

DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ
Presidente

DR. JOSÉ LAMACHE
Escriba

DR. JOSE PEREZ CASTRO Y VAZQUEZ
Secretario

DR. JOSÉ FERRAS JORDANO
Tesorero

DR. ALBERTO DE LA CRUZ VILLANOR
Tesorero

DR. LUIS ALEJANDRO WEBER SANCHEZ
Tesorero

MITE IDENTIFICADO

DR. JOSÉ RAFAEL GARCÍA
DR. JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ CARRON

DR. RAFAEL PADILLA SANCHEZ

COMITE DE RELACIONES PUBLICAS

DR. ALBERTO DE LA CRUZ VILLANOR

DR. ENRIQUE MEDINA GONZALEZ

COMITES

DR. JOSÉ RAYMUNDO MENDOZA TROMBADA

DR. RAMON ORCOSTA MARTINEZ

DR. ENRIQUE ALONSO SERRA LOPEZ

COMITES REGIONALES

DR. ALBERTO DE LA CRUZ VILLANOR

DR. VICTOR MANUEL HERNÁNDEZ CARRON

DR. RAFAEL HERNÁNDEZ SANCHEZ

DR. ENRIQUE GONZALEZ

DR. ALBERTO DE LA CRUZ VILLANOR

DR. ENRIQUE ALONSO SERRA LOPEZ

COMITE LOCAL

DR. ALBERTO DE LA CRUZ VILLANOR

DR. ENRIQUE ALONSO SERRA LOPEZ

DR. ALBERTO DE LA CRUZ VILLANOR

DR. ENRIQUE ALONSO SERRA LOPEZ

DRS. NARVAEZ C.A., CERON R. M.,
LUNA M. J., DE LEON, P.A.,
RODRIGES, F.J., SODERANES, O.M.
P R E S E N T E

Estimados Doctores:

La Mesa Directiva de la Asociación Mexicana de Cirugía General, agradece su valiosa colaboración como Ponente en la:

SESION DE TRABAJOS LIBRES

que se efectuó durante el desarrollo del XIV CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA que se llevó a cabo del 31 de octubre al 3 de noviembre de 1990 en la Ciudad de Puebla, Puebla.

La presentación de su trabajo:

- PRONOSTICO EN EL MANEJO QUIRURGICO DEL PACIENTE CON CANCER PERTAIPULAR

contribuyó al éxito del evento esperamos poder contar nuevamente con su participación.

Atentamente

DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ
Presidente

DR. JOSÉ A. PEREZ CASTRO
Secretario

Isodine



XIV CONGRESO DEL 29 DE OCTUBRE AL 3 DE NOVIEMBRE 1990
PUEBLA, PUE.



ASOCIACION MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA

DR. A. NARVAEZ C.
P R E S E N T E

Estimado doctor:

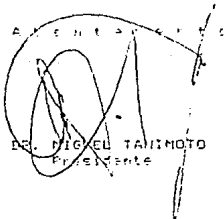
A nombre de la Asociación Mexicana de Gastroenterología nos es muy grato participarle que su trabajo titulado:

PROGNOSTICO EN EL MANEJO QUIRURGICO DEL PACIENTE CON CÁNCER PERIAMPULAR.

fue aceptado para presentación ORAL en el Congreso Nacional de Gastroenterología a efectuarse del 5 al 7 de diciembre próximo en la Ciudad de Acapulco, Gro., su plática será el día 7 a las 11:30 horas en el Salón D.

Le recordamos que el tiempo de exposición es de 10 minutos y cinco para discusión.

Posteriormente al festeo hacemos llegar el original de su trabajo para su posible publicación en nuestra Revista.


DR. MIGUEL TAMIMOTO
Presidente

**MANEJO QUIRURGICO DEL CARCINOMA PERIAMPULAR
EN EL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE".**

ES UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS ULTIMOS DOS AÑOS. SE INCLUYEN 23 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER PERIAMPULAR TODOS CONFIRMADOS CON BIOPSIA, DE LOS CUALES 13 PERTENECIERON AL SEXO FEMENINO Y 10 AL SEXO MASCULINO, CUYAS EDADES FLUCTUAN ENTRE 32 Y 87 AÑOS CON UNA MEDIA DE 64.5 AÑOS. LOS ANTECEDENTES DE MAYOR IMPORTANCIA FUERON ALCOHOLISMO, TABAQUISMO. EL DIAGNOSTICO SE REALIZO EN BASE A LA SOSPECHA CLINICA Y CON TC 75%, CPRE 15%, LE Y B 10%. EL 86% DE LOS PACIENTES FUERON INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE REALIZANDOSE DERIVACION BILIODIGESTIVA EN 7(35%), PANCREATICODUODENECTOMIA TIPO WHIPPLE 4(20%), COLECISTOSTOMIA 3(15%), SOLO TOMA DE BIOPSIA 3(15%), PANCREATECTOMIA TOTAL 2(10%), GASTROYEYUNO ANASTOMOSIS 1(5%).

LA MORTALIDAD OPERATORIA DE LOS PROCEDIMIENTOS PALIATIVOS FUE DEL 9%, LA SOBREVIVENCIA A CUATRO MESES FUE DEL 50% Y A UN AÑO DEL 0%. EN LOS PROCEDIMIENTOS DE TIPO RESECTIVO LA MORTALIDAD OPERATORIA FUE DEL 0% Y LA SOBREVIVENCIA A UN AÑO FUE DEL 66.6%.

LOS PACIENTES SOMETIDOS A RESECCION PANCREATICODUODENAL (4), TRES SE ENCUENTRAN VIVOS A UN AÑO Y UNO FALLECIO A LOS 10 MESES POR RESIDIVA DEL TUMOR. EL ORIGEN DEL TUMOR SE ENCONTRO EN LA CABEZA DE PANCREAS EN UN 70%, TERCIO DISTAL DE COLEDOCO 20%, AMPULA UN 10%. EL TIPO DE TUMOR PREDOMINANTE FUE ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO EN EL 85%, INDIFERENCIADO 7.5% Y EPIDERMIOIDE 7.5%.

INTRODUCCION.

LAS CAUSAS DEL CANCER PERIAMPULAR SIGUEN SIENDO UN ENIGMA AL INICIARSE EL ULTIMO DECENIO DE ESTE SIGLO, AUN CUANDO SU PREVEN—
CION, BASADA EN LA COMPRESION DEL ORIGEN, TIENE IMPORTANCIA PAR—
TICULAR EN EL CASO DE LA NEOPLASIA LETAL. EL DIAGNOSTICO TEMPRANO ES DIFICIL, A PESAR DE AVANCES TECNICOS ESPECIALIZADOS.

LOS SINTOMAS TEMPRANOS, SI LOS HAY, SON VAGOS E INESPECIFICOS, Y LA MAYORIA DE LOS PACIENTES ACUDE CON ENFERMEDAD RELATIVAMENTE AVANZADA PARA LA CUAL AUN NO HAY TRATAMIENTO EFICAZ.¹

HACE 54 AÑOS SE LOGRO LA PRIMERA RESECCION DE LA CABEZA DEL PAN—
CREAS CON BUENOS RESULTADOS. LA LESION TRATADA FUE CARCINOMA DE LA AMPULA DE VATER, PERO POCO DESPUES SE EFECTUARON OPERA—
CIONES SATISFACTORIAS POR ADENOCARCINOMA DE PANCREAS. LA MOR—
TALIDAD INFORMADA FUE ALTA, Y LA TASA DE CURACION DE ESTE CAN—
CER FUE BAJA. HOY SE A TRATADO A CIENTOS DE ENFERMOS MEDIANTE ESTA TECNICA POR DIVERSAS LESIONES BENIGNAS Y MALIGNAS Y AHORA ESTA BIEN ACEPTADA PARA CANCER DE LA AMPULA, DEL DUODENO Y DE LA PARTE DISTAL DE COLEDOCO.²

EN LA EXPERIENCIA DE LA MAYORIA DE LOS CIRUJANOS ESPECIALIZADOS EN PANCREAS, PARA CUANDO SE DIAGNOSTICA, SOLO EN 10 A 15% DE LOS INDIVIDUOS CON CANCER PANCREATICO EL PADECIMIENTO ES ADECUADO PARA RESECCION Y POSIBLE CURACION.³ EN 1970 BEALL Y COLABORADO—
RES⁴ INFORMARON QUE EL INTERVALO MEDIO ENTRE EL INICIO DE LOS SIN—
TOMAS Y EL DIAGNOSTICO ERA DE 18 SEMANAS.

VARIAS EXPERIENCIAS FUERON PUBLICADAS 10 A 15 AÑOS DESPUES DON--
DE LA OPERACION DE WHIPPLE FUE COMPARADA CON LA DERIVACION BI--
LIAR QUE PRODUCIA ALGUNA DE LAS CURACIONES SIN GRAN TIEMPO DE
SOBREVIDA (CERCA DE 6 MESES), CON MAS MORBILIDAD Y MORTALIDAD
POSTOPERATORIA, ADEMAS DE GRANDES COSTOS.⁵ COMO CONTRASTE MU
CHAS GRANDES SERIES DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS DIERON UNA SOBREVIDA
MEDIA DE APROXIMADAMENTE 18 A 20 MESES, UN 5 A 18% DE SOBREVIDA A
5 AÑOS, CON POCAS COMPLICACIONES Y MUERTES POSTOPERATORIAS.⁶
PERO ACTUALMENTE QUE LOS COSTOS HUMANOS Y ECONOMICOS HAN SI--
DO REDUCIDOS, LA OPERACION DE WHIPPLE A SIDO ADMITIDA COMO OPE--
RACION PALIATIVA EN MUCHOS CASOS, ES LA OPTIMA PALIACION PARA PA
CIENTES CON GRAN TUMORACION PANCREATICA LOCALIZADA.⁷

LA PANCREATECTOMIA TOTAL RECIENTEMENTE HA REMPLAZADO A LA
TRADICIONAL RESECCION PARCIAL DE LA CABEZA DE PANCREAS.⁸ POR
LAS SIGUIENTES RAZONES: 1.- EL MARGEN DE RESECCION PANCREATICA
FRECUENTEMENTE CONTIENE TUMOR(30%). 2.- SE SABE QUE EL CANCER
PANCREATICO ES MULTICENTRICO DEBIDO A LA POSIBILIDAD DE QUE CE--
LULAS TUMORALES FLOTEN EN LA LUZ DEL CONDUCTO QUE PUEDAN SER
EXPULSADAS E IMPLANTADAS EN EL CAMPO QUIRURGICO. 3.- UNA INCOM--
PLETA RESECCION LINFATICA PUEDE ACOMPAÑARSE. 5.- LA ANASTOMOSIS
PANCREATICOY EYUNAL PUEDE CAUSAR MAS MORTALIDAD.

EL PROBLEMA CON ESTA TECNICA ES LA INESTABILIDAD METABOLICA QUE
PRESENTAN LOS PACIENTES POR FALTA DE PANCREAS.⁹
DENTRO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE TENEMOS PARA CUANDO EL CAN--

CER ES IRRESECCABLE EL TRATAMIENTO ESTA ENCAMINADO A RESOLVER LA OBSTRUCCION BILIAR,OBSTRUCCION DUODENAL,DOLOR, BAJO UN CONTROL RADIOLOGICO LA DERIVACION BILIAR PUEDE SER REALIZADA QUIRURGICAMENTE,ENDOSCOPICAMENTE O PERCUTANEAMENTE, EL METODO OPTIMO TODAVIA ES DISCUTIDO POR LOS PRECURSORES DE CADA TECNICA.

SIN EMBARGO EN UNA EVALUACION DE MAS DE 60 SERIES PUBLICADAS QUE REVISAN LA PALIACION Y EL CANCER PERIAMPULAR,SARR YCAMERON.¹¹ CONCLUYERON QUE: 1.- LA MORTALIDAD DE LA COLECISTOYEUUNOSTOMIA (16%) FUE SIMILAR QUE LA DE COLEDOCOYEUUNOSTOMIA (20%) 2.- EL TIEMPO DE SOBREVIDA FUE LIGERAMENTE MAYOR PARA LA COLEDOCOYEUUNOSTOMIA (6.5 MESES) QUE PARA LA COLECISTOYEUUNOSTOMIA (5.3 MESES). 3.- LA ICTERICIA NO RECURRIO Y LA COLANGITIS NO SE PRESENTO DESPUES DE COLEDOCOYEUUNOSTOMIA PERO AMBAS FUERON PROBLEMAS DESPUES DE COLECISTOYEUUNOSTOMIA. LA RECURRENCIA DE LA OBSTRUCCION BILIAR FUE OBSERVADA EN MAS DE LA CUARTA PARTE DE LOS PACIENTES DERIVADOS CON COLECISTOYEUUNOANASTOMOSIS,ALGUNAS SERIES RECIENTES POR ESTAS RAZONEZ RECOMIENDAN LA COLEDOCOYEUUNOSTOMIA.^{12,13.}

ENCUANTO A LA OBSTRUCCION DUODENAL TENEMOS QUE SUS SINTOMAS COMUNES SON NAUSEA Y VOMITO,LOS SINTOMAS LO PRESENTAN HASTA EL 50% DE LOS PACIENTES PERO SOLO EL TRES PORCIENTO TIENEN OBSTRUCCION DUODENAL POR TUMORACION,EL TRATAMIENTO DE ELECCION EN ESTE CASO ES EFECTUAR UNA GASTROYEUUNOANASTOMOSIS.¹⁴

EL DOLOR ABDOMINAL Y DE ESPALDA PUEDEN SER PROBLEMAS DESESPERANTES PARA EL PACIENTE CON CANCER, SEAN UTILIZADO DIVERSAS TECNICAS PARA ALIVIAR ESTA MOLESTIA, LA MAS EFECTIVA ES REALIZAR UN BLOQUEO CELIACO CON FENOL.¹⁵

VARIOS ESTUDIOS REPORTAN SIMILARMENTE LAS SIGUIENTES MORTALIDADES Y PRONOSTICOS DE LAS DIVERSAS OPERACIONES PARA CANCER PANCREATICO: CUANDO SE REALIZA BIOPSIA SOLAMENTE ENCONTRAMOS 44% DE MORTALIDAD Y 3.6 MESES DE SUPERVIVENCIA. EN LA DERIVACION BILIAR 16% DE MORTALIDAD Y 6.2 MESES DE SOBREVIVENCIA. CUANDO HA ESTA ULTIMA SE LE AGREGA DERIVACION GASTROINTESTINAL LA MORTALIDAD AUMENTA 26% Y DISMINUYE LA SUPERVIVENCIA A 4.8 MESES. LA MORTALIDAD EN LA OPERACION DE WHIPPLE ES DE 12 % CON UNA SOBREVIVENCIA DE 12.9 A 20.3 MESES DEPENDIENDO DE LAS CLASIFICACIONES DEL TUMOR. EN OTROS TIPOS DE PANCREATECTOMIA PARCIAL LA MORTALIDAD ES DEL 17% PERO LA SOBREVIVENCIA ES A 26 MESES.¹⁶

EN EL CASO DE DE CARCINOMA AMPULAR LA MORTALIDAD ES DE 14% CON UNA SOBREVIVENCIA DE 46 MESES Y 24% DE SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS, EN EL CARCINOMA DEL CONDUCTO BILIAR LA MORTALIDAD ES DEL 13%, LA SUPERVIVENCIA ES DE 58 MESES CON UN 25% DE SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS. CUANDO SE TRATA DE CARCINOMA DUODENAL LA MORTALIDAD ES DE 0% CON UNA SUPERVIVENCIA DE 27 MESES, Y UNA SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS DEL 0%.^{1,6,9,16,}

MATERIAL Y METODO.

DE MARZO DE 1988 A SEPTIEMBRE DE 1990, SE REALIZO UN ESTUDIO PROSPECTIVO, LONGITUDINAL, ABIERTO, EN EL QUE SE VALORAN Y ANALIZAN 116 CASOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS REFERIDOS A NUESTRO HOSPITAL.

SE INCLUYEN 23 PACIENTES EN LOS QUE SE LOGRO DOCUMENTAR EL DIAGNOSTICO DE CANCER PERIAMPULAR E INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE". EL DIAGNOSTICO SE FUNDAMENTO EN TODOS LOS CASOS POR LA SOSPECHA CLINICA, APOYANDO EL DIAGNOSTICO POR LOS SIGUIENTES MEDIOS: ULTRASONOGRAFIA DE HIGADO, VIAS BILIARES Y PANCREAS (US), TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC), COLANGIOPANCREATICOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE), LAPAROTOMIA Y BIOPSIA (LE Y B).

LOS PACIENTES FUERON DIVIDIDOS EN DOS GRUPOS EL PRIMERO QUE CORRESPONDE A LOS PACIENTES CON CARINOMA AVANZADO SIN CRITERIOS DE RESECABILIDAD U OPERABILIDAD Y LOS PACIENTES CON CANCER QUE CUMPLE LOS CRITERIOS ANTES MENCIONADOS.

TOMAMOS COMO CRITERIOS DE OPERABILIDAD A AQUELLOS PACIENTES QUE PRESENTAN UNA EDAD MENOR DE 60 AÑOS, NO PRESENCIA DE ASCITIS, NO MASA TUMORAL PALPABLE, NO PADECER NEUMOPATIA, DESHIDROGENASA LACTICA NO MAS DE TRES VECES SU VALOR NORMAL.

SON CRITERIOS DE RESECABILIDAD CUANDO NO ENCONTRAMOS INVASION TUMORAL REGIONAL, METASTASIS A DISTANCIA E INVASION A GRANDES VASOS.

AL GRUPO DE CANCER AVANZADO (17 PACIENTES) A 14 PACIENTES SE LES EFECTUO INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE TIPO PALIATIVO, TRES PACIENTES DE ESTE GRUPO NO CUMPLIERON CRITERIOS DE OPERABILIDAD POR LO QUE EL MANEJO SOLO ESTUVO ENCAMINADO A COMPROBAR DIAGNOSTICO POR MEDIO DE BIOPSIA DIRIGIDA POR TC.

DEL GRUPO DE CANCER NO AVANZADO TENEMOS A 6 PACIENTES A LOS QUE REALIZAMOS PROCEDIMIENTOS DE TIPO CURATIVO COMO LA PANCREATICO DUDENECTOMIA TIPO WHIPPLE (4), Y LA PANCREATECTOMIA TOTAL. LOS PARAMETROS EVALUADOS INCLUYERON: EDAD, SEXO, DIABETES, TABAQUISMO, PERDIDA DE PESO, DOLOR ABDOMINAL, ICTERICIA, FIEBRE, COLANGITIS, HEPATOMEGALIA, GLICEMIA EN AYUNAS, TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA, ORIGEN TUMORAL, TIPO HISTOLOGICO, COMPLICACIONES MEDIATAS POST QUIRURGICAS, ESTANCIA HOSPITALARIA, MORTALIDAD Y MORBILIDAD DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SOBREVIDA.

LOS PACIENTES ACTUALMENTE CONTINUAN EN SEGUIMIENTO, TANTO POR TELEFONO Y LA CONSULTA EXTERNA VALORANDO CONDICIONES CLINICAS DE NUESTROS PACIENTES, EN CASO DE DEFUNCION TODAS ESTAS ERAN CONFIRMADAS POR VIA TELEFONICA.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS FUERON VACIADOS EN LAS FORMAS DE RECOLECCION DE DATOS:

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

- 1.- NOMBRE.
- 2.- EXPEDIENTE.
- 3.- EDAD.
- 4.- SEXO.
- 5.- DIABETES.
- 6.- TABAQUISMO.
- 7.- ALCOHOLISMO.
- 8.- DOLOR ABDOMINAL.
- 9.- PERDIDA DE PESO.
- 10.- ICTERICIA.
- 11.- FIEBRE.
- 12.- COLANGITIS.
- 13.- HEPATOMEGALIA.
- 14.- GLICEMIA EN SANGRE.
- 15.- SEGD.(SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL).
- 16.- ULTRASONOGRAFIA.
- 17.- TOMOGRAFIA COMPUTADA.
- 18.- COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA.
- 19.- CITOLOGIA.
- 20.- TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA(PALIATIVO O CURATIVO).
- 21.- ORIGEN TUMORAL.
- 22.- TIPO HISTOLOGICO.
- 23.- COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS.
- 24.- ESTANCIA HOSPITALARIA.
- 25.- MORTALIDAD QUIRURGICA.
- 26.- SOBREVIDA.
- 27.- TELEFONO.
- 28.- DIRECCION.
- 29.- RESULTADOS DE OTROS ESTUDIOS.

RESULTADOS.

SE ESTUDIARON UN TOTAL DE 23 PACIENTES CON DIAGNOSTICO COMPROBADO DE CARCINOMA PERIAMPULAR, CAPTADOS E INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE". LOS PACIENTES ACTUALMENTE ESTAN EN SEGUIMIENTO.

13 PACIENTES PERTENECIERON AL SEXO FEMENINO (56.5%) Y 10 AL SEXO MASCULINO (43.5%), CUYAS EDADES FLUCTUARON ENTRE 32 AÑOS Y 87 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 64.5 AÑOS.

LOS ANTECEDENTES DE MAYOR IMPORTANCIA FUERON ALCOHOLISMO 47.8 PORCIENTO (11 PACIENTES), EN 10 PACIENTES SE ENCONTRO EL HABITO DEL TABACO QUE REPRESENTA EL 43.5%, SOLO EL 13% DE LOS PACIENTES (3) PRESENTARON ANTECEDENTES DE DIABETES.

EL CUADRO CLINICO CARACTERISTICO DE NUESTROS PACIENTES CONSISTE: DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO 83% (19 PACIENTES), ICTERICIA 74% (17 PACIENTES), PERDIDA DE PESO MAYOR DE 5 Kgs EN 30 DIAS 74% (17 PACIENTES), HEPATOMEGALIA 56% (13 PACIENTES), FIEBRE 35% (8 PACIENTES), COLANGITIS 30% (7 PACIENTES).

LA GLICEMIA SE PRESENTO AUMENTADA EN 9 PACIENTES (39%) CABE LA ACLARACION QUE TRES PACIENTES ERAN DIABETICOS DE LARGA EVOLUCION, LA MEDIA DE GLICEMIA ELEVADA FUE DE 170.

EL PARAMETRO DE BILIRRUBINA DIRECTA RESULTO AUMENTADA EN 16 PACIENTES (69.5%) CON UN RANGO DE 1.7 A 20.3 Y UNA MEDIA DE 11.5 .

LOS ESTUDIOS DE GABINETE DE APOYO QUE UTILIZAMOS PARA NUESTRO

DIAGNOSTICO APARTE DE LA SOSPECHA CLINICA FUERON EN ORDEN DE SOLICITARLOS A NUESTROS PACIENTES:ULTRASONOGRAFIA, COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA, TOMOGRAFIA COMPUTADA.

LA TOMOGRAFIA COMPUTADA APOYO EL DIAGNOSTICO EN UN 75% ASI COMO PROPORCIONO DATOS IMPORTANTES SOBRE RESECABILIDAD, EL ULTRASONIDO DE HIGADO Y VIAS BILIARES FUE POSITIVO EN 65% DE LOS CASOS, LA COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA FUE POSITIVA EN 4 APACIENTES (15%) EN UN 10% (2 PACIENTES) EL DIAGNOSTICO TUVO QUE SER ESTABLECIDO POR LAPAROTOMIA EXPLORADORA Y BIOPSIA.

DE NUESTRO 23 PACIENTES SOLO A 20 SE LES PUDO OFRESER UNA INTERVENCION QUIRURGICA (OPERABILIDAD DEL 86%) CON UNA RESECABILIDAD DEL 26% (6 PACIENTES) DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS SE REALIZARON LAS SIGUIENTES CIRUGIAS: DERIVACION BILIODIGESTIVA EN 7 (35%), PANCREATECTOMIA TIPO WHIPPLE EN 4 (20%), COLECISTOSTOMIA EN 3 (15%), SOLO TOMA DE BIOPSIA EN 3 (15%), PANCREATECTOMIA TOTAL EN 2 (10%), Y GASTROYEYUNOANASTOMOSIS EN 1 (5%).

DIVIDIMOS A NUESTRO PACIENTES EN DOS GRUPO, EL PRIMERO LOS QUE ENCONTRAMOS UN CANCER AVANZADO DONDE REALIZAMOS SOLO CIRUGIA DE TIPO PALIATIVO Y UN SEGUNDO GRUPO DONDE LOS PACIENTES CUMPLIAN CRITERIOS DE RESECABILIDAD AL QUE NOMBRAMOS CANCER NO AVANZADO.

EN EL GRUPO DEL CANCER NO AVANZADO TENEMOS 17 PACIENTES (74%), A LOS QUE SE LES REALIZA LAS SIGUIENTES CIRUGIAS: DERIVACION BILIODIGESTIVA EN 7 PACIENTES (42%)[DRENAJE INTERNO], COLECISTOSTOMIA 3

PACIENTES (17%)[DRENAJE EXTERNO], SOLO TOMA DE BIOPSIA 3 PACIENTES (17%),DRENAJE PERCUTANEO 3 PACIENTES (17%),GASTROYEYUNOANASTOMOSIS 1 PACIENTE (7%).EN TOTAL REALIZAMOS 13 DRENAJES BILIARES (76%) 7 DEL TIPO INTERNO (54%) Y 6 DRENAJES EXTERNOS (46%).

LA MORBILIDAD DE ESTE GRUPO(CANCER AVANZADO) FUE DEL 5% (1 PAC.) QUE CONCIESTO EN INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA.LAMORTALIDAD OPERATORIA FUE DEL 9%.LA MEDIA EN SUPERVIVENCIA FUE DE 5.4 MESES, LA SOBREVIDA A 4 MESES FUE DEL 53% (9PACIENTES) Y A UN AÑO DEL 0%. EL SEGUNDO GRUPO ESTA COMPUESTO POR 6 PACIENTES (26%)SON PACIENTES CON CANCER NO AVANZADO CON CRITERIOS DE RESECCABILIDAD TUMORAL,SE LES REALIZA INTERVENCIONES QUIRURGICAS RESECTIVAS CON FINES CURATIVOS. A CUATRO PACIENTES (67%) SE LES EFECTUA PANCREATICO---DUODENECTOMIA TIPO WHIPPLE. A DOS PACIENTES (33%) UNA PANCREA---TECTOMIA TOTAL.

LA MORBILIDAD SE PRESENTO EN UN 50% (3 PACIENTES) OBSERVANDOSE INESTABILIDAD METABOLICA(1 PAC CON PANCREATECTOMIA TOTAL),INSUFICIENCIA RENAL (1 PACIENTE CON WHIPPLE) E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y FISTULA PANCREATICA (1 PACIENTE CON WHIPPLE),TODAS ESTAS COMPLICACIONES FUERON RESUELTAS EN FORMA CONSERVADORA.

LA MORTALIDAD OPERATORIA DE LOS PROCEDIMEINTOS RESECTIVOS FUE DE 0%.LA SOBREVIDA A UN AÑO ES DEL 66.6% QUE CORRESPONDE A 4 PACIENTES LOS CUALES ACTUALMENTE ESTAN VIVOS.UNA DEFUNCION SE PRESENTO A LOS 10 MESES POR RESIDIVA DEL TUMOR,OTRA ALOS 7 MESES POR INESTABILIDAD METABOLICA.

EL ORIGEN DEL TUMOR SE ENCONTRO EN CABEZA DE PANCREAS EN UN 70%
TERCIO DISTAL DE COLEDOCO EN UN 20%,AMPULA EN UN 10%.

EL TIPO HISTOLOGICO PREDOMINANTE FUE ADENOCARCINOMA BIEN DIFE--
RENCIADO EN UN 85%,INDIFERENCIADO EN UN 7.5% Y EPIDERMOIDE EN
7.5%.

DISCUSION.

EL CANCER PERIAMPULAR EN MEXICO ES DIAGNOSTICADO EN FORMA TARDA,¹⁶ Y REFERIDO PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO A NUESTRO HOSPITAL CON DIAGNOSTICO DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA EN ESTUDIO, LO QUE DISMINUYE LAS POSIBILIDADES DE PRACTICAR UNA CIRUGIA DE TIPO CURATIVO, POR OTRA PARTE LAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO SE REDUCEN A DOCUMENTAR DIAGNOSTICO¹⁷ Y EFECTUAR UNA INTERVENCION QUIRURGICA DE TIPO PALIATIVO.

LOS METODOS DISGNOSTICOS CON LOS QUE CONTAMOS ACTUALMENTE EL MAS USADO ES LA TOMOGRAFIA COMPUTADA, EN VARIAS SERIES SE REPORTA UNA ESPECIFICIDAD HASTA EL 82%, EN NUESTRO ESTUDIO OBTENEMOS UN 75%. EN EL ULTRASONOGRAMA A NIVEL MUNDIAL SE REPORTA UN 84%, EN NUESTRO ESTUDIO REPORTAMOS UN 65%, ESTA CIFRA PROBABLEMENTE ESTA DADA POR LOS TIPOS DE APARATO DONDE REALIZAMOS ESTOS ESTUDIOS.¹⁸ EN DONDE TENEMOS UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ES EN LA COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA EN DONDE EN SERIES MUNDIALES REPORTAN DIAGNOSTICOS POR ESTE MEDIO HASTA EN UN 90%, NOSOTROS TENEMOS QUE SOLO FUE UTIL EN UN 15%, ESTO NOS LLÉVARA A PONER MAS ATENCION EN ESTE AUXILIAR DIAGNOSTICO. CREO QUE UN FACTOR IMPORTANTE QUE ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTOS SE REALIZAN EN NUESTRO HOSPITAL HACE POCO TIEMPO (1 AÑO).¹⁹

UN PROBLEMA COMUN AL QUE SE ENFRENTA EL CIRUJANO ES EFECTUAR LA MEJOR CIRUGIA PALIATIVA CON UNA BAJA MORTALIDAD Y MORBILIDAD SE REPORTA A NIVEL MUNDIAL UNA MORBILIDAD DEL 15 AL 25% Y UNA

MORTALIDAD DEL 30%, NOSOTROS OBTUVIMOS UNA MORBILIDAD DEL 5% Y UNA MORTALIDAD DEL 9% EN LOS PROCEDIMIENTOS ENCAMINADOS AL DRENAJE DE LA VIA BILIAR. EN PROCEDIMIENTOS PALIATIVOS SE REPORTA EN VARIAS SERIES UNA SOBREVIVENCIA DE 6.2 MESES EN NUESTROS REPORTE LA MEDIA FUE DE 5.4 MESES.^{14,15,19,20.}

LOS RESULTADOS QUE OBTUVIMOS EN LOS PROCEDIMIENTOS DE TIPO CURATIVO SON SIMILARES A LOS REPORTADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL.⁴

ES REALMENTE SATISFACTORIO LA GRAN DISMINUCION EN LA MORTALIDAD EN ESTOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS YA QUE ANTIGUAMENTE ESTO ERA REALMENTE PREOCUPANTE PARA EL CIRUJANO Y REPERCUTIA EN NO REALIZAR ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTOS, ACTUALMENTE DEBIDO A ESTA GRAN DISMINUCION LOS PROCEDIMIENTOS RESECTIVOS INCLUCIVE SE REALIZAN EN CANCER AVANZADO ALARGANDO ASI LA SOBREVIVENCIA DE NUESTROS PACIENTES. NO CON ESTO TRATAMOS DE PROPONER QUE A TODOS LOS PACIENTES SE LES REALICE INDISCRIMINADAMENTE ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTOS, SINO QUE SI ES POSIBLE APLICARLO EN CANCER AVANZADO EN CASOS MUY SELECCIONADOS.^{21.}

CONCLUSIONES.

- 1.- EL CANCER PERIAMPULAR ES DIAGNOSTICADO TARDIAMENTE HASTA EN EL 80% DE LOS CASOS.
- 2.- EN NUESTRO MEDIO LA TOMOGRAFIA COMPUTADA DIAGNOSTICA EL CANCER PERIAMPULAR HASTA EN UN 75%.
- 3.- EL DIAGNOSTICO OPORTUNO EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRURGICO CON CRITERIOS DE CURACION, PERMITE UNA SOBREVIVENCIA DEL 66.6% A UN AÑO.
- 4.- EN LOS PACIENTES CON CIRUGIA DE TIPO PALIATIVO PUEDE OBTENERSE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA SIN MODIFICARSE LA SOBREVIVENCIA.
- 5.- EN NUESTRO MEDIO LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RESECTIVA OPORTUNA NO PRESENTARON MORTALIDAD OPERATORIA, PERI SI UN ALTO INDICE DE MORBILIDAD.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- FONTHAM,E,T.PELAYO CORREA.DATOS ESTADISTICOS ACERCA DEL CANCER PANCREATICO.CLIN.QUIR.NA.1988.3.613-625.
- 2.- JORDAN,G,L.RESECCION DEL PANCREAS POR CANCER PANCREATICO. CLIN.QUIR.NA.1990.2.631-656.
- 3.- SINHLS,M. HOWARD,A,R. PALIACION QUIRURGICA PARA CANCER PANCREATICO.CLIN.QUIR.NA. 1990.2.661-671.
- 4.- MICHELASSI,F.ERROL,F.DAWSON,P,J. Y COLS.EXPERENCE WITH 647 CONSECUTIVE TUMORS OF THE DUODENUM.APULLA,HEAD OF THE PANCREAS AND DISTAL COMMON BILE DUCT.ANN.SURG.1989.210.544-556.
- 5.- WARSHAW,A,L. SWANSON,R,S. PANCREATIC CANCER IN 1988.ANN.SURG. 1988.208.541-553.
- 6.- CONNOLLY,M,M.DAWSON,PJ.MICHELASSI,F. SURVIVAL IN 1001 PATIENTS WITH CARCINOMA OF THE PANCREAS.ANN SURG.1987.206.366-373.
- 7.- FORREST,J,F.LONGMIRE,WP.CARCINOMA OF THE PANCREAS AND PERIAMPULLARY REGION. A ESTUDY OF 279 PATIENTS.ANN.SURG.1979.189. 129-138.
- 8.- EDIS,AJ.KIERMAN,P,D.TAYLOR,WF.ATTEMPTED CURATIVE RESECTION OF DUCTAL CARCINOMA OF THE PANCREAS.REVIEW OF MAYO CLINIC EXPERIENCE,1951-1975.MAYO CLIN PROC.1980.55.531-536.
- 9.- HISE,I.LILJA,P.ARNESJO,B. TOTAL PANCREATECTOMY FOR CANCER. AN APPRAISAL OF 65 CASES.ANN SURG.1977.186.675-680.
- 10.- HUIBREGTSE,K.KATON,R,M.COENE,P,P.ENDOSCOPIC PALLIATIVE TREATMENT IN PANCREATIC CANCER.ARCH.SURG.1985..120.415-416.

- 11.- SARR, MG, CAMERON JL. SURGICAL MANAGEMENT OF UNRESECTABLE CARCINOMA OF THE PANCREAS. SURGERY. 1982. 91. 123-133.
- 12.- SCHOUTEN, JT. OPERATIVE THERAPY FOR PANCREATIC CARCINOMA. AM J SURG. 1986. 151. 626-630.
- 13.- UBILLI, CS, DORAN, J. PALLIATION FOR CARCINOMA OF HEAD OF PANCREAS. ANN R COLL SURG ENGL. 1986. 68. 159-162.
- 14.- GOUGH, JR, MUMME G. BILIARY AND DUODENAL BYPASS FOR CARCINOMA OF THE HEAD OF PANCREAS. J SURG ONCOL. 1984. 26. 282-284.
- 15.- FORREST, JF, LONGMIRE, WP. CARCINOMA OF THE PANCREAS AND PERIAMPULLARY REGION. A STUDY OF 279 PATIENTS. AA. SURG. 1979. 189. 129-138.
- 16.- VILLALOBOS, JJ, ANZURE, M, RODRIGUEZ, L, YCOLS. NOVENO INFORME DEL GRUPO DE ESTUDIO SOBRE CANCER DEL APARATO DIGESTIVO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. REV GASTROENTEROL MEX. 1988. 53. 103-109.
- 17.- HURTADO, HA, MARTIN DEL CAMPO, GO, OLVERA, AO, GOMEZ, JO. FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES QUE SE SOMETEN A CIRUGIA POR ICTERICIA OBSTRUCTIVA. REV GASTROENTEROL MEX. 1988. 53. 251-259.
- 18.- DOOLEY, W, CAMERON, J, PITT, H, LILLEMOR, K, YUE, N, VENBRUX, A. IS PREOPERATIVE ANGIOGRAPHY USEFUL IN PATIENTS WITH PERIAMPULLARY TUMORS. ANN. SURG. 1990. 211. 649-655.
- 19.- MOOSSA, AR, LEVIN, B. COLLABORATIVE STUDIES IN THE DIAGNOSIS OF PANCREATIC CANCER. SEM ONCOL. 1979. 6. 298-308.

- 20.- McGRATH,P.MCNEILL,PAUL.NEFELD,J. Y COLS. MANAGEMENT OF BILIARY OBSTRUCTION IN PATIENTS WITH UNRESECTABLE CARCINOMA OF THE PANCREAS.ANN SURG.1989.209.284-288.
- 21.- SATO,T.SAITOH,Y.NOTO,N. Y COLS. FOLLOW-UP ESTUDIES OF RADICAL RESECTION FOR PERIAMPULLARY CANCER.ANN SURG.1977.186.581-588.