

11209

86
20j.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

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

**TESIS CON
FALSA DE ORIGEN**

**COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA
PALIATIVA DEL CANCER
DE PANCREAS**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N :
C I R U G I A G E N E R A L
P R E S E N T A :**

DR. MATEO SOBERANES OVANDO

ASESOR: DR. MANUEL CERON RODRIGUEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1992



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.

I N D I C E

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	11
DISCUSION	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	18

COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA PALIATIVA DEL CANCER DE PANCREAS

Es un estudio prospectivo de los últimos tres años, en donde se incluyeron 27 pacientes con diagnóstico de Cáncer de Páncreas, todos confirmados con estudios de histopatología, 12 pertenecieron al sexo masculino y 15 al sexo femenino, cuyas edades fluctúan entre los 32 y 86 años con una media de 55.5, entre los antecedentes de mayor importancia, fueron: alcoholismo y tabaquismo. El diagnóstico se realizó en base a la sospecha clínica, tomografía axial computada (TAC) 75% colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) 15%, laparotomía exploradora y biopsia transoperatoria 10%, el 90% (24) de los pacientes, fueron intervenidos realizándose derivaciones biliodigestivas en 17 pacientes, sólo toma de biopsia en 3, pancreatoduodenectomía (Whipple) en 3, pancreatectomía total en 1 y a 3 de nuestra serie de estudio, ningún procedimiento quirúrgico.

La mortalidad operatoria de los procedimientos paliativos fué el 11%, la sobrevida a cuatro meses fué del 50% y a un año del 0%. En los procedimientos de tipo resectivo, la mortalidad operatoria fué -- del 0% y la sobrevida a un año fué del 75%.

Los pacientes sometidos a resección pancreatoduodenal, 3 se encuentran vivos a un año y uno falleció a los 10 meses por residiva de tumor. El origen del tumor se encontró en la cabeza del páncreas en un 70%, cuerpo y cola el 30%.

El tipo del tumor predominante fué adenocarcinoma bien diferen____
ciado (20) que corresponde al 83% de los casos, indiferenciado (3)
13% y epidermoide (1) 4%.

I N T R O D U C C I O N

Las causas del Cáncer de Páncreas siguen siendo un enigma, al -- iniciarse el último decenio de éste siglo, aún cuando su prevención, basada en la comprensión del origen, tiene importancia particular en el caso de la neoplasia letal. El diagnóstico temprano no es fácil, a pesar de avances técnicos especializados. (22).

Los síntomas tempranos, si los hay, son vagos e inespecíficos y la mayoría de los pacientes acuden por enfermedad relativamente avanzada (5 meses de sintomatología previa en promedio) para la cual no hay tratamiento eficaz. De hecho, el tiempo promedio entre el primer-síntoma y el diagnóstico, fué menor en los últimos 5 años. Cuando se efectuó a la postre, resección en potencia curativa, fué de 2.4 semanas menos. En quienes se practicó paliación quirúrgica, fué de 5 semanas. Cuando se llevó a cabo la toma de biopsia, fué de 8 semanas.

Así el diagnóstico más temprano no ha tenido impacto sobre la curabilidad y 85 a 90% de los pacientes que sufren ésta enfermedad, aún requieren alguna forma de cirugía paliativa. (23).

En la experiencia, la mayoría de los cirujanos especializados en páncreas, para cuando se diagnostica, sólo en el 10 a 15% de los individuos con Cáncer Pancreático, el padecimiento es adecuado para resección y posible curación. (24, 25, 26).

Hace 54 años, se logró la primera resección de la cabeza del - - páncreas con buenos resultados. La lesión tratada fué por Carcinoma - de la Ampula de Vater. Poco después, se efectuaron operaciones satis_ factorias por Adenocarcinoma de Páncreas, la mortalidad informada fué alta, y la tasa de curación de éste cáncer, fué baja; hoy se ha trata_ do a cientos de enfermos mediante la técnica (Whipple) por diversas lesiones benignas y malignas y está bien aceptada para Cáncer de Ampu_ la, del duodeno y la parte distal del coledoco. (4).

Varias experiencias fueron publicadas de 10 a 15 años después -- donde la operación de Whipple fué comparada con la derivación biliar que producía alguna de las curaciones sin gran tiempo de sobrevida -- (cerca de 6 meses), elevando la morbilidad y mortalidad postoperato_ ria, además de grandes costos. (5).

Como contraste, muchas de las grandes series de los últimos 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 los costos humanos y económicos, han sido redu_ cidos, la operación de Whipple ha sido admitida como operación palia_ tiva en muchos casos. Y es mejor para pacientes con gran tumoración - pancreática localizada, pudiendo ser curativa en casos seleccionados.

La pancreatectomía total recientemente ha reemplazado a la tradicional resección parcial en la cabeza del páncreas (8).

Por las siguientes razones:

- 1.- El margen de la resección pancreática frecuentemente es incompleto (30%).
- 2.- Se sabe que el Cáncer de Páncreas es multicéntrico, debido a la posibilidad de que células tumorales floten en la luz del conducto que puedan ser expulsadas e implantadas en el campo quirúrgico.
- 3.- Puede acompañarse de una resección incompleta de ganglios linfáticos.
- 4.- La anastomosis pancreaticoyunal, puede causar una mayor mortalidad, debido a la inestabilidad metabólica que presentan los pacientes por falta de tejido pancreático (9).

Sin embargo, los porcentajes de mortalidad con ésta técnica son muy superiores a los que se obtienen con cirugía paliativa y discretamente mayores a la cirugía resectiva tipo pancreatoduodenectomía. Dentro de los procedimientos que tenemos para cuando el cáncer es irreseccable, el tratamiento está encaminado a resolver la obstrucción biliar, obstrucción duodenal y el dolor.

Bajo un control radiológico, la derivación biliar puede ser realizada quirúrgicamente, endoscópicamente ó por vía percutánea, el método óptimo en la actualidad que brinda mejor calidad de vida, es la

derivación interna, Sin embargo, en una evaluación de más de 60 series publicadas que revisan la paliación y el cáncer periampular, Sarr y Cameron. (11).

Concluyeron que:

- 1.- La mortalidad de la colecistoyunostomía (16%), fué similar que la coledocoyunostomía (20%).
- 2.- El tiempo de sobrevivida fué ligeramente mayor para la coledocoyunostomía (6.5 meses) que para la colecistoyunostomía (5.3 meses).
- 3.- La ictericia no recurrió y la colangitis no se presentó después de coledocoyunostomía, pero ambas fueron problemas -- después de colecistoyunostomía. La recurrencia de la obstrucción biliar fué observada en más de la cuarta parte de los pacientes derivados con colecistoyunostomía, ya que la obstrucción del conducto cístico es frecuente por la implantación baja del mismo ó invasión tumoral. Algunas series recientes, por éstas razones recomiendan la coledocoyunostomía. (12, 13).

En la obstrucción duodenal, tenemos que los síntomas comunes son náuseas y vómitos, éstos se presentan en el 50% de los pacientes, pero sólo el 3% tiene obstrucción duodenal por tumoración. siendo el tratamiento de elección en éste caso, efectuar una gastroyunostomosis (14). Ya que se ha observado que los pacientes mejoran su apetito e ingesta de alimentos.

El dolor abdominal y lumbar puede ser un problema desesperante e incapacitante para el paciente con cáncer, se han utilizado diversas técnicas para aliviar éste síntoma, la más efectiva es realizar un bloqueo de plexo celiaco y cápsula con fenol. (15).

Varios estudios reportan simultáneamente las siguientes mortalidades y pronósticos de las diversas operaciones para cáncer pancreático: Cuando se realiza una biopsia, solamente encontramos 44% de mortalidad y 3.6 meses de sobrevida.

Cuando a ésta última se le agrega derivación gastrointestinal, la mortalidad disminuye y la supervivencia aumenta a 4.8 meses. La mortalidad en la operación de Whipple es de 12% con una sobrevida de 12.9 a 20.3 meses dependiendo de las clasificaciones del tumor. En otros tipos de pancreatectomía parcial como la resección del cuerpo y de la cola del páncreas, la mortalidad es del 17%, pero la sobrevida es a 26 meses. (16).

En el caso de Carcinoma Ampular, la mortalidad es de 14% con una sobrevida de 46 meses y 24% de sobrevida a 5 años, en el carcinoma -- del conducto biliar, la mortalidad es del 13%, la supervivencia es de 58 meses con un 25% de sobrevida a 5 años, cuando se trata de carcinoma duodenal, la mortalidad es del 0% con una supervivencia de 27 meses y una sobrevida a 5 años del 0% (1, 6, 9, 16).

La justificación de éste estudio, es analizar los resultados obtenidos en nuestro servicio de pacientes sometidos a cirugía paliativa por Cáncer de Páncreas y evaluar, si en nuestro medio se ha obtenido mejor calidad de vida en los pacientes sometidos a cirugía resectiva en comparación con los pacientes manejados con cirugía paliativa.

MATERIAL Y METODO

De marzo de 1988 a septiembre de 1991, se realizó un estudio -- prospectivo, longitudinal, abierto, en el que se valoraron y analiza_ ron 116 casos de pacientes con diagnóstico de ictericia obstructiva - de vías biliares extrahepática, referidos a nuestro Hospital.

El grupo estudiado fué de 27 pacientes, en el que se logró docu_ mentar el diagnóstico de Cáncer de Páncreas e intervenidos quirúrgica_ mente en el Servicio de Cirugía General del Hospital "20 de Noviembre". Se excluyeron 89 pacientes con obstrucción de vías biliares de etiolo_ gía variada en los que se descartó Cáncer de Páncreas.

El diagnóstico se documentó en base a la sospecha clínica, apo_ yando el diagnóstico por los siguientes medios: ultrasonografía de hí_ gado, vías biliares y páncreas (US), tomografía computada (TC), colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), laparotomía y biopsia (LE y B).

Los pacientes fueron divididos en dos grupos, el primero que co_ rresponde a los pacientes con carcinoma avanzado de páncreas, en éste grupo se incluyeron 20 pacientes. A 17 se les efectuó intervenciones quirúrgicas de tipo paliativo, entre las que se incluyen: la coledoco_ yeyunoanastomosis (2) 12%, y colecistoyeyunoanastomosis (1) 6%.

Tres pacientes no cumplieron criterios de operabilidad, por lo - que el manejo solo estuvo encaminado a comprobar diagnóstico por - -

medio de biopsia dirigida por TAC.

Y un segundo grupo de pacientes con cáncer operable y con posibilidad de curación. Tomamos como criterios de operabilidad a aquellos pacientes que presentaban una edad menor de 60 años, no presencia de ascitis, no masa tumoral palpable, no padecer neupatía, deshidrogenasa láctica, no más de tres veces su valor normal. Y como criterios de reseabilidad, cuando no encontramos invasión tumoral regional, metastasis a distancia e invasión a grandes vasos.

De éste grupo, a 4 pacientes se les realizaron procedimientos de tipo curativo, como la pancreaticoduodenectomía tipo Whipple a 3 y la pancreatectomía total a 1.

Los parámetros evaluados incluyeron: edad, sexo, diabetes, tabaquismo, alcoholismo, pérdida de peso, dolor abdominal, ictericia, fiebre, colangitis, hepatomegalia, glicemia en ayunas, técnica quirúrgica empleada, origen tumoral, tipo histológico, complicaciones medias post-quirúrgicas, estancia hospitalaria, mortalidad y morbilidad del procedimiento quirúrgico, tanto por teléfono y la consulta externa, valorando condiciones clínicas, en caso de defunción, todas éstas eran confirmadas por vía telefónica.

Los resultados obtenidos fueron vaciados en las formas de recolección de datos:

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 27 pacientes con diagnóstico comprobado, Carcinoma Pancreático, captados e intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General del Hospital "20 de Noviembre".

Los pacientes actualmente están en seguimiento.

15 pacientes pertenecieron al sexo femenino (55.5%) y 12 al -- sexo masculino (44.5%). Figura 1.

Cuyas edades fluctuaron entre 32 y 87 años, con una media de -- 55.5. Figura 2.

Los antecedentes de mayor importancia, fueron alcoholismo, 40.7% (11 pacientes), en 12 pacientes se encontró el hábito del tabaco -- que representa el 44.4%. Sólo el 11.1% de los pacientes, (3), pre__ sentaron antecedentes de diabetes. Figura 3.

El cuadro clínico característico de nuestros pacientes consistió en: dolor en cuadrante superior derecho, 70.3% (19 pacientes), -- ictericia, 62.9% (17 pacientes), pérdida de peso mayor de 5 kgs. en 30 días, 62.9% (17 pacientes), hepatomegalia, 48.1% (13 pacientes) fiebre, 29.6% (9 pacientes), colangitis, 25.9% (7 pacientes).
Figura 4.

**CANCER DE PANCREAS
COMPARACION POR SEXOS**

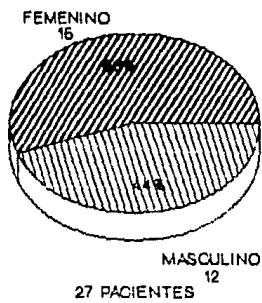


FIGURA 1

**CANCER DE PANCREAS
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD**

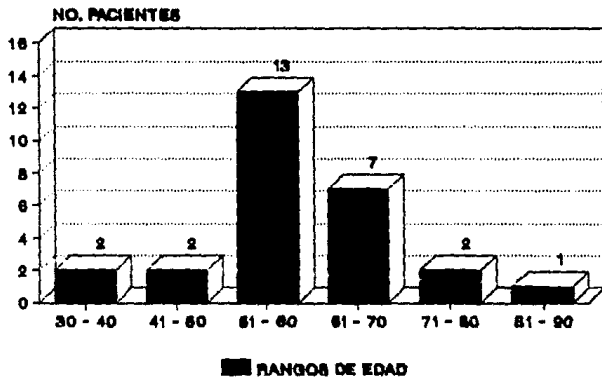


FIGURA 2

**CANCER DE PANCREAS
FACTORES PREDISPONENTES**

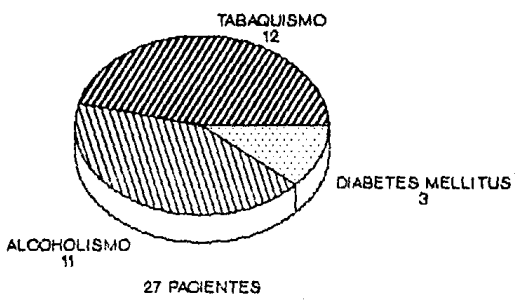


FIGURA 0

CANCER DE PANCREAS SINTOMATOLOGIA

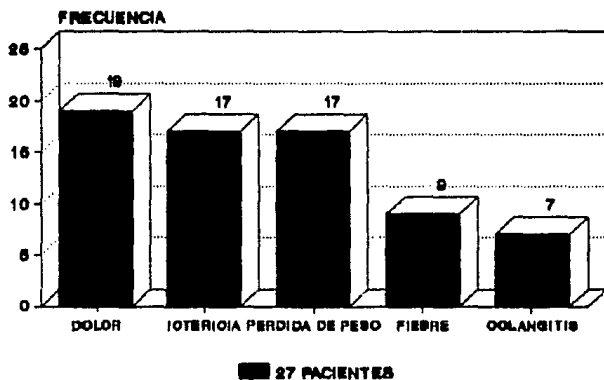


FIGURA 4

El parámetro de bilirrubina directa resultó aumentada en 16 pa__
cientes (59.2%) con un rango de 2.3 a 22.3 y una media de 11.5

Los estudios de gabinete de apoyo que utilizamos para nuestro --
diagnóstico, aparte de la sospecha clínica, fueron en orden de solici__
tarlos a nuestros pacientes: tomografía computada, ultrasonografía y
colangiografía retrógrada endoscópica.

La tomografía computada, se realizó en 20 pacientes, apoyando el
diagnóstico en un 85%, proporcionando datos importantes sobre reseca__
bilidad como metástasis hepática, invasión a grandes vasos y presen__
cia de ganglios linfáticos peripancreáticos.

El ultrasonido de hígado y vías biliares, fué positivo en 77.3%
de los casos.

La colangiografía endoscópica fué positiva en 4 pacientes.

En 3 pacientes, el diagnóstico tuvo que ser establecido por lapa__
rotomía exploradora y biopsia.

De nuestros 27 pacientes, sólo a 24 se les pudo ofrecer una - -
intervención quirúrgica (operabilidad del 90%).

En los pacientes intervenidos se realizaron las siguientes ciru__
gías:

Derivaciones biliodigestivas en 17 pacientes, con las siguientes
técnicas: c oledocoyunoanastomosis 11, coledocoduodenoanastomosis 3
hepaticoyunoanastomosis 2 y colecistoyunoanastomosis 1. Figura 5

**CIRUGIA PALIATIVA CANCER DE PANCREAS
TECNICAS QUIRURGICAS**

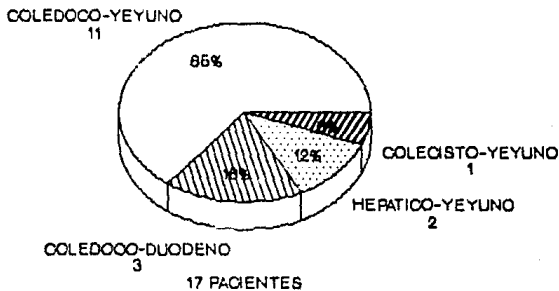


FIGURA 6

Estas cirugías se realizaron con monofilamento, sutura continua en un solo plano.

En éste grupo de pacientes, se realizaron presentar manifestaciones de obstrucción duodenal. (náuseas, vómitos).

Los otros procedimientos realizados fueron pancreatectomía tipo Whipple en 3, pancreatectomía total en 1.

En 3 pacientes únicamente se realizó toma de biopsia. Dividimos a nuestros pacientes en dos grupos: el primero, los pacientes con -- cáncer avanzado, donde realizamos sólo cirugía de tipo paliativo y un segundo grupo, donde los pacientes cumplían criterios de resecabidad, al que nombramos cáncer no avanzado.

En el grupo del cáncer avanzado tenemos 20 pacientes, a los que se les realizó las siguientes cirugías: derivaciones biliodigestivas - en 17 y sólo toma de biopsia en 3.

La morbilidad de éste grupo fueron 7 pacientes, que consistió en Inestabilidad Metabólica 5, Hidroelectrolíticas 3, Pulmonares 2, - - Fistulares 2, Cardiacas 1, Coagulopatías 1, Infecciosas 1 y un paciente, a los que se les tomó biopsiapresentó fístula. Figura 6.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA POR CANCER DE PANCREAS

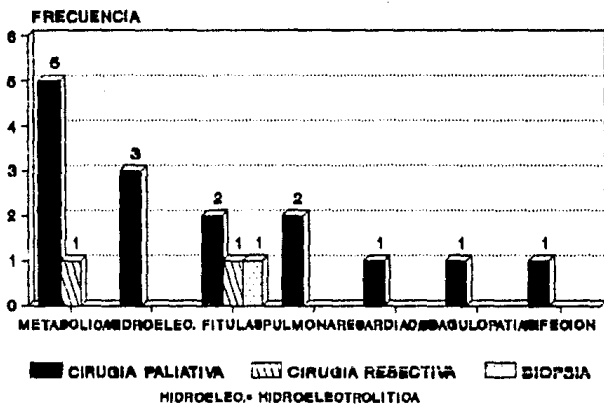


FIGURA 6

La mortalidad operatoria fué del 10%. La sobrevida media fué de 5.4 meses en donde se incluyen 9 pacientes, la máxima a 7.2 meses - - (4 pacientes) y la mínima a 2 meses (2 pacientes).

El segundo grupo está compuesto por 4 pacientes con cáncer no -- avanzado, con criterios de reseccabilidad tumoral, a éstos se le realizó cirugía con fines curativos.

A 3 se les efectuó pancreatoduodenectomía tipo Whipple y a un - paciente pancreatoctomía total.

La morbilidad en éste grupo se presentó en 2 pacientes observándose inestabilidad metabólica en el paciente que se le realizó panocreatoctomía total y el otro presentó insuficiencia renal e insufiociencia respiratoria, así como fístula pancreática, ésta no requirió tratamiento quirúrgico.

La mortalidad operatoria de los procedimientos resectivos fué de 0%. La sobrevida a un año corresponde a 3 pacientes, los cuales actualmente están vivos. Una defunción se presentó a los 10 meses por reciondiva del tumor.

El origen del tumor se encontró en la cabeza del páncreas en 70% en el cuerpo en un 20% y un 10% en el ámpula de Vater. El tipo histoológico predominante fué adenocarcinoma bien diferenciado en 20 pacienotes (83%), indiferenciado en 3 pacientes (13%) y epidermoide en 1 paciente (4%).

DISCUSION

El Cáncer Pancreático en México, es diagnosticado en forma tardía, (16) y referido para tratamiento quirúrgico a nuestro Hospital hasta en un 96% con diagnóstico de ictericia obstructiva en estudio, lo que disminuye las posibilidades de practicar una cirugía de tipo curativo, por otra parte, las alternativas de tratamiento se reducen a documentar diagnóstico (17) y efectuar una intervención quirúrgica de tipo paliativo en un 63%.

Los métodos diagnósticos con los que contamos actualmente, el más usado es la tomografía computada, en varias series, se reporta una especificidad hasta el 82% (16, 19), en nuestro estudio obtuvimos un 85%. En el ultrasonograma a nivel mundial, se reporta un 84% (18), en nuestro estudio obtuvimos un 77.3%.

En donde tenemos una diferencia significativa es en la colangiografía retrógrada endoscópica, ya que en series mundiales reportan diagnósticos por éste medio hasta en un 90%, nosotros tenemos que sólo lo fué de utilidad en 4 pacientes, pero hacemos notar que nuestra serie de estudio es muy baja, ésto nos llevará a poner más atención en éste auxiliar diagnóstico, creo que un factor importante es que éste tipo de procedimientos se realizan en nuestro hospital hace poco tiempo (2 años). (19).

Un problema común al que se enfrenta el cirujano, es efectuar la mejor cirugía paliativa con un incremento en la mortalidad y morbilidad. Se reporta a nivel mundial una morbilidad del 15 al 25% y una mortalidad del 30%, nosotros obtuvimos una morbilidad del 33.3% y una mortalidad del 11%.

En procedimiento paliativo, se reporta en varias series, una -- sobrevida de 6.2 meses en nuestro reporte la media fué 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.

Aunque hacemos notar que en nuestra serie, sólo fueron 4 pacientes. Es realmente satisfactoria la gran disminución en la mortalidad en éstos procedimientos quirúrgicos, ya que antiguamente ésto era en realidad preocupante para el cirujano y repercutía en no realizar -- éste tipo de procedimientos, actualmente debido a ésta gran disminución, los procedimientos resectivos inclusive, se realizan en cáncer avanzado alargando así la sobrevida de nuestros pacientes.

No con ésto tratamos de proponer que a todos los pacientes se -- les realice indiscriminadamente éste tipo de procedimientos, sino que es posible aplicarlo en cáncer avanzado en casos muy seleccionados. (21).

CONCLUSIONES

- 1.- Se pudo demostrar que es posible la cirugía paliativa hasta en un 90% de los pacientes.
- 2.- En nuestro medio, el procedimiento realizado con sutura continua y monofilamento, ha demostrado con el tiempo ser la técnica más segura en las derivaciones biliodigestivas.
- 3.- En nuestro medio, la obstrucción biliar se trata mejor mediante la coledocoyeyunoanastomosis.
- 4.- Se propone además, que en la mayoría de los pacientes con derivación biliar quirúrgica, se complementa con gastroyeyunoanastomosis para evitar la obstrucción duodenal.
- 5.- Pudimos valorar que la morbilidad fué un poco más alta en nuestra serie, que la referida en la literatura mundial, pero hacemos notar que nuestros pacientes son pocos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fontham, E. T., Pelayo Correa.
Datos estadísticos acerca del Cáncer Pancreático.
Clin. Quir. 1988. 3:613 - 625.
- 2.- Jordan, G. L.
Resección del páncreas por Cáncer Pancreático.
Clin. Quir. Na. 1990. 2:631 - 656.
- 3.- Sinh, S. M., Howard, A. R.
Paliación Quirúrgica para Cáncer Pancreático.
Clin. Quir. Na. 1990. 2: 661 - 671.
- 4.- Michelasso, F., Erroi, F., Dawson, P. J. y Cols.
Experence with 647 consecutive tumors of the duodenum, ámpulla,
head. 1989. 210: 444 - 556.
- 5.- Warshaw, A. L., Awanson, R. S.
Pancreatic Cancer in 1988.
Ann. Surg. 1988. 208:541 - 553.
- 6.- Connolly, M. N., Dawson, P. J., Michelassi, F.
Survival un 1001 Patients with Carcinoma with Pancreas.
Ann. Surg. 1989. 206:366 - 373.
- 7.- Forrest, J. F., Longmire, W. P.
Carcinoma of the Pancreas and perianpullary region.
A study of 279 patients.
Ann Sur. 1979. 189:129 - 138.

- 8.- Edis, A. J., Kierman, P. D., Taylor, W. F.
Attempted Curative resection of Ductal Carcinoma of the Pancreas.
Review of Mayo Clinic Experience. 1951 - 1975.
Mayo Clin. Proc. 1980. 55:531 - 536.
- 9.- Ihse, I., Lilja, P., Arnesjo, B.
Total Pancreatectomy for Cancer an appraisal of 65 cases.
Ann. Surg. 1977. 186:675 - 680.
- 10.-Huibregtse, K., Faton, R. M., Coene, P. P.
Endoscopic Paliative Treatment in Pancreatic Cancer.
Arch. Surg. 1985. 120:415 - 416.
- 11.-Sarr, M. G., Cameron, J. L.
Surgical Management of Unresectable Carcinoma of the Pancreas.
Surgery. 1982. 91:123 - 133.
- 12.-Achouten, J. T.
Operative Therapy for Pancreatic Carcinoma.
AM J. Surg. 1986. 151:626 - 630.
- 13.-Ebhi, C. S., Doran, J.
Palliation for Carcinoma of Head of Pancreas.
Ann. R. Coll. Surg. Engl. 1986. 60:159 - 162.
- 14.-Gough, I. R., Munne, G.
Biliary and Duodenal by Pass for Carcinoma of the Head of Pancreas
J. Surg. Oncol. 1986. 26:282 - 284.

- 15.-Forrest, J. F., Longmire, W. P.
Carcinoma of the Pancreas and Periapillary Region.
A study of 279 patients.
AA. Surg. 1979. 189:129 - 136.
- 16.-Villalobos, J. J., Anzure, M., Rodríguez, L y Cols.
Noveno Informe del Grupo de Estudio sobre Cáncer del Aparato
Digestivo de la Academia Nacional de Medicina.
Rev. Gastroenterol. Mex. 1988. 53:103 - 109.
- 17.-Hurtado, A. H., Martín del Campo, G. O., Olvera A. O., Gómez, J.O
Factores de riesgo en pacientes que se someten a cirugía por - -
Ictericia Obstructiva.
Rev. Gastroenterol. Mex. 1988. 53:251 - 259.
- 18.-Dooley, W., Cameron, J., Pitt, H., Lillemo, K., Yue, N.,
Venbrux, A.
Is Preoperative Angiography useful in patients with Periapillary
Tumors.
Ann. Surg. 1990. 211:649 - 655.
- 19.-Mossa, A. R., Levin, B.
Collaborative studies in the diagnosis of Pancreatic Cancer.
Sem. Oncol. 1979. 6:298 - 308.
- 20.-McGrath, P., McNeill, Paul, Mcfeld, J. y Cols.
Management of Biliary Obstruction in patients with unresectable
Carcinoma of the Pancreas.
Ann. Surg. 1989. 284 - 288.

- 21.-Sato, T., Saitoh, Y., Noto, N. y cols.
Follow-up Studies of radical resection for Periapular Cancer.
Ann. Surg. 1977. 186:581 - 588.
- 22.-Hirayama, T., Waterhouse, Jah., Fraumeni, J. F. J. R.
Cancer Risks by site.
Uicc Technical repost series, Columen 41 Geneva International
Union Against Cancer. 1980. P. 78.
- 23.-Surjait, M., Singh, F. R. C. S., Howard, A., Reber, M. D.
Paliación quirúrgica para Cáncer Pancreático.
Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Volúmen 3.
1989. P. 661 - 674.
- 24.-Beall MS. Dyer G. A.
Disappointments in the Management of patients with Malignancy
of the Pancreas, Duodein and Common Bile Duct.
Arch. Surg. 101:461, 1970.
- 25.-Glassman, W. S., Johnston P. W.
Palliative Surgeun un Carcinoma of the Pancreas.
Geriatrics 10: 456, 1955.
- 26.-Tanaka, T., Kodama, Sikoh, R. ET. AL.
Surgical Treatment for Periapular Carcinoma.
A study of 129 patients Hiroshima.
J. Med. SCI. 33:179 - 1984.

27.-Whipple A. O., Parson, W. B., Mullins, C. R.

Treatment of Carcinoma of Ampulla of Vater.

ANN. Surg. 102:763 - 779, 1935.