

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

57



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DR. BERNARDO SEPULVEDA G.
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PANCREATECTOMIA DISTAL
EXPERIENCIA DE 6 AÑOS DEL SERVICIO DE
GASTROCIRUGIA DEL HE CMN S XXI.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DR. FRANCISCO LIMA MORALES



IMSS

MEXICO, D. F.

23566

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

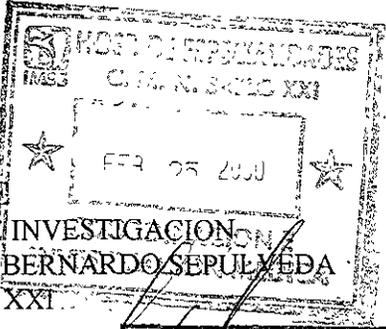
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

AUTORES



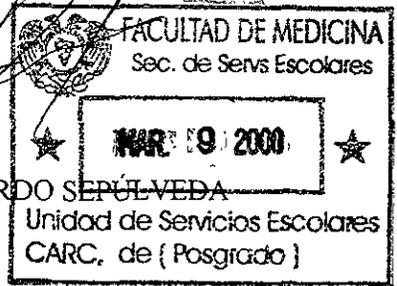
DR. NIELS WACHER RODARTE

JEFE DE DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



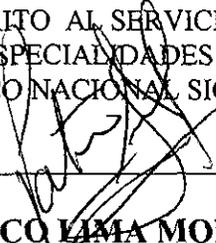
DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

JEFE DE SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



DR. JAVIER NIÑO SOLIS.

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERARDO SEPULVEDA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



DR. FRANCISCO LIMA MORALES

RESIDENTE DEL CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Agradecimiento....

*A mis padres por
todo su apoyo que me brindaron
incondicionalmente
gracias...*

*A mi esposa
por ser parte de mi vida
y un motivo de superación.*

INDICE

TEMA	PAG.
RESUMEN	3
ANTECEDENTES	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
HIPOTESIS	8
OBJETIVO	9
PACIENTES Y METODOS	10
ANÁLISIS ESTADISTICO	12
RESULTADOS	13
CONCLUSIONES	16
ANEXOS	17
BIBLIOGRAFIA	18

RESUMEN

OBJETIVO. La pancreatometomía distal tiene varias indicaciones, tanto para patología benigna como maligna. El presente estudio tiene como objetivo identificar cuales son las indicaciones, evolución hospitalaria y complicaciones que se presentan posterior a la pancreatometomía distal.

MATERIAL Y METODOS. Es un estudio retrospectivo de todos los pacientes a quienes se les realizó pancreatometomía distal en el servicio de gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI durante el período comprendido de Enero de 1994 a Dic. de 1999. a todos los pacientes se analizaron las indicaciones, factores intraoperatorios (tiempo quirúrgico, sangrado, empleo de transfusión sanguínea, manejo del muñón pancreático y procedimientos adicionales), factores postquirúrgicos (reoperación, complicaciones, estancia hospitalaria y muerte).

RESULTADOS. Se revisaron trece expedientes clínicos con edad promedio de 47.7 años, siendo 8 mujeres y cinco hombres. Los diagnósticos fueron, pancreatitis crónica 4 pacientes, cistoadenoma pancreático 3 pacientes, insulinooma 2 pacientes, cistoadenocarcinoma 2 pacientes, carcinoma de cola de páncreas 1 paciente y Vipoma 1 paciente. Se realizó en un 46.2% esplenectomía, a un paciente se le realizó en forma conjunta colecistectomía; a 7 pacientes no se les realizó esplenectomía el sangrado promedio fue de 589.2 ml con reposición sanguínea de 415 ml. El tiempo quirúrgico fue 3.07 hrs. promedio. El muñón pancreático solo fue anastomosado en un paciente a yeyuno en Y de Roux, a los demás se les realizó cierre primario. Un paciente falleció en el postoperatorio con una morbilidad de 7.7%.

Las complicaciones postoperatorias fueron de 30.8% siendo hemorragia el 7.7%, neumonía e infección de herida quirúrgica 7.7%, absceso subfrénico izquierdo un paciente y hernia postincisional un paciente. Tres pacientes se reoperaron por hemorragia del muñón, por absceso subfrénico y traqueostomía. La estancia hospitalaria promedio fue de 22.4 días.

CONCLUSIONES. En este estudio se presenta la experiencia del servicio de gastrocirugía. Los resultados demuestran que la pancreatometomía distal es un procedimiento poco frecuente en esta institución lo cual se asocia con una mortalidad del 7.7%. Así mismo comparando la morbilidad para la pancreatometomía distal vs pancreatoduodenectomía es baja lo que lo hace un procedimiento seguro.,

ANTECEDENTES

Se le atribuye a Billroth en 1884, la primera realización de resección secundaria a un tumor maligno del páncreas¹. Es hasta los años 20 cuando Finney y Hopkins describen la técnica quirúrgica para la pancreatectomía distal¹.

En una revisión de la literatura Finney describe la sobrevida de 9 de 17 pacientes a los cuales se les realizó dicho procedimiento¹, con una morbilidad y mortalidad significativa.

Posteriormente en la pasada década en un estudio por Fernández Del Castillo y cols. reportan 1.4% de mortalidad perioperatoria y un 20% de morbilidad en una serie de 71 pacientes².

La pancreatectomía distal es un termino impreciso, que se aplica a la resección de una porción de páncreas ya sea cola, o cuerpo y cola, con preservación de la cabeza de páncreas. El limite de la disección se considera a la vena mesentérica inferior³

Tradicionalmente la pancreatometomía distal puede incluir la esplenectomía, sin embargo en estudios recientes existe una tendencia a preservar el bazo, especialmente en pacientes pediátricos⁴. La decisión de la técnica a utilizar dependerá del diagnóstico, así como de los hallazgos transoperatorios⁵.

Puede realizarse además la resección en bloque con la arteria celiaca, especialmente cuando se trata de neoplasias del cuerpo y cola del páncreas que invade el hepático común y/o arteria celiaca⁶.

La pancreatometomía distal tiene varias indicaciones, dentro de los cuales se incluyen padecimientos inflamatorios benignos como: pancreatitis crónica⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰, pseudoquiste pancreático³, hemorragia de los conductos pancreáticos¹¹; padecimientos neoplásicos: quistes (cistadenomas, cistadenocarcinomas)¹², carcinoma de cuerpo y cola de páncreas¹.

Las complicaciones postoperatorias que se describen son la formación de abscesos, formación de fistulas pancreáticas y/o gastrointestinales, infarto esplénico, sangrado pancreático, y alteraciones de la función pancreática

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pancreatometomía distal conlleva un alto índice de morbimortalidad. Identificar las indicaciones quirúrgicas, complicaciones y resultados, posterior a la realización de una Pancreatometomía distal en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

HIPOTESIS

La Pancreatectomía distal esta indicada en patologías tanto benignas como malignas, que involucren a la porción distal del páncreas (cuerpo y cola). El manejo del muñón pancreático, así como la cantidad del tejido resecado, influye directamente sobre las complicaciones y resultados.

OBJETIVO

Revisar la experiencia del Departamento de Gastrocirugía en 6 años, sobre las indicaciones, complicaciones y resultados de la pancreatometomía distal.

PACIENTES Y METODOS

Diseño del estudio: Es un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y longitudinal.

Universo de trabajo: Pacientes del servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI, a quienes se les realizó Pancreatectomía distal en el periodo de Enero de 1994 a Diciembre de 1999.

Variable independiente: Edad, sexo, indicaciones y manejo quirúrgico, evolución y complicaciones.

Variable dependiente: Morbimortalidad de pacientes a los cuales se les realizó Pancreatectomía distal.

Selección de la muestra: En este estudio se revisaron 17 expedientes clínicos de los pacientes que fueron manejados en el servicio de Gastrocirugía con la realización de Pancreatectomía distal; de estos 13 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Pacientes con patología pancreática tanto benigna como maligna y que fueron operados con realización de Pancreatectomía distal.

Criterios de no inclusión: Pacientes a quienes se les realizó pancreatomectomía distal de emergencia, secundario a traumatismo o como parte de resección gástrica.

Criterios de exclusión: Pacientes a los cuales no se encuentre con expediente clínico.

Procedimiento: Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que se les realizó pancreatomectomía distal de Enero de 1994 a Diciembre de 1999. Cumpliendo con los criterios de inclusión, excluyendo a aquellos en los cuales el expediente no cumpla con información completa que será analizada estadísticamente, registrando los siguientes datos: Fecha de diagnóstico, diagnóstico, Edad, Sexo, Factores intraoperatorios (sangrado, transfusión, tiempo quirúrgico, manejo del muñón, procedimientos adicionales), resultados postoperatorios (Muerte, reoperación, complicaciones, estancia hospitalaria).

ANALISIS ESTADISTICO

Los datos serán analizados mediante estadística no paramétrica, se obtendrán medidas de tendencia central, frecuencia, tasas y se construirán polígonos de frecuencia e histogramas.

CONSIDERACIONES ETICAS

Considerando que la base de datos son los expedientes clínicos de los pacientes a los cuales ya se les realizó cirugía; y que no se realizara una maniobra adicional, no se está faltando a la ética y principios establecidos por la OMS y la declaración de Helsinki para realizar investigación en humanos.

RESULTADOS

Durante estos seis años de estudio, se operaron a 17 pacientes con realización de pancreatectomía distal, 4 pacientes se excluyeron del estudio por falta de datos y/o por realizarse la cirugía como procedimiento de urgencia secundaria a traumatismo. La edad promedio de los pacientes, fue de 47.7 años (24-80), siendo 8 (61.5%) mujeres y 5 (38.5%) hombres.

El diagnóstico fue en un 30.8% (4 pacientes) con pancreatitis crónica, cistoadenoma 3 pacientes (23%), insulinooma 2 pacientes (15.4%), cistoadenocarcinoma 2 pacientes (15.4%), carcinoma de cola de páncreas 1 paciente (7.7%) y vipoma un paciente (7.7%). Todos los diagnósticos se realizaron por estudio histopatológico.

FACTORES INTRAOPERATORIOS

El tiempo quirúrgico promedio fue de 3.07 horas (120 a 320 minutos) con un sangrado promedio de 589 ml (210 a 1300 ml), con transfusión de 1.5 paquete globular por cirugía.

Se realizó pancreatectomía distal concomitante con esplenectomía en seis pacientes (46.2%) y 7 (53.8%) no se realizó esplenectomía. A un paciente se le realizó colecistectomía por presentar litiasis vesicular.

En un 76.7% de los pacientes se preservó el 20% del tejido pancreático y a 3 pacientes (23.3%) se les resecó más del 85% del páncreas. A 12 pacientes se les realizó cierre del muñón y solo uno (7.7%) se anastomosó con yeyuno en Y de Roux.

Cuadro 1. Factores intraoperatorios

• Sangrado	589.2 ml. 210-1300ml
• Transfusiones	1.5 PG. 330-1200cc.
• Tiempo quirúrgico	3.07 Hrs.
• Manejo muñón	
Cierre primario	92.30%
Anastomosis yeyunal	7.7%
• Procedimientos Adicionales	
Esplenectomía	46.2%
Sin esplenectomía	53.8%

RESULTADOS POSTQUIRURGICOS

Un paciente murió a los 7 días de postoperado secundario a tromboembolia pulmonar resultando una mortalidad del 7.7%. Nueve pacientes (69.2%) no

presentaron complicaciones, solo cuatro (30.8%) presentó complicaciones; uno sangrado del muñón, otro paciente presentó neumonía más infección de herida quirúrgica, un paciente presentó absceso subfrénico y otro presentó hernia postincisional.

Dos pacientes (15.4%) requirieron de operación, para drenaje de absceso subfrénico y hemostasia de sangrado; a estos pacientes se les realizó además traqueostomía por intubación prolongada, y un paciente solo requirió traqueostomía. No existió diferencias significativa en las complicaciones postoperatorias entre los pacientes con esplenectomía y sin esplenectomía.

Cuadro No. 2 Resultados postoperatorios

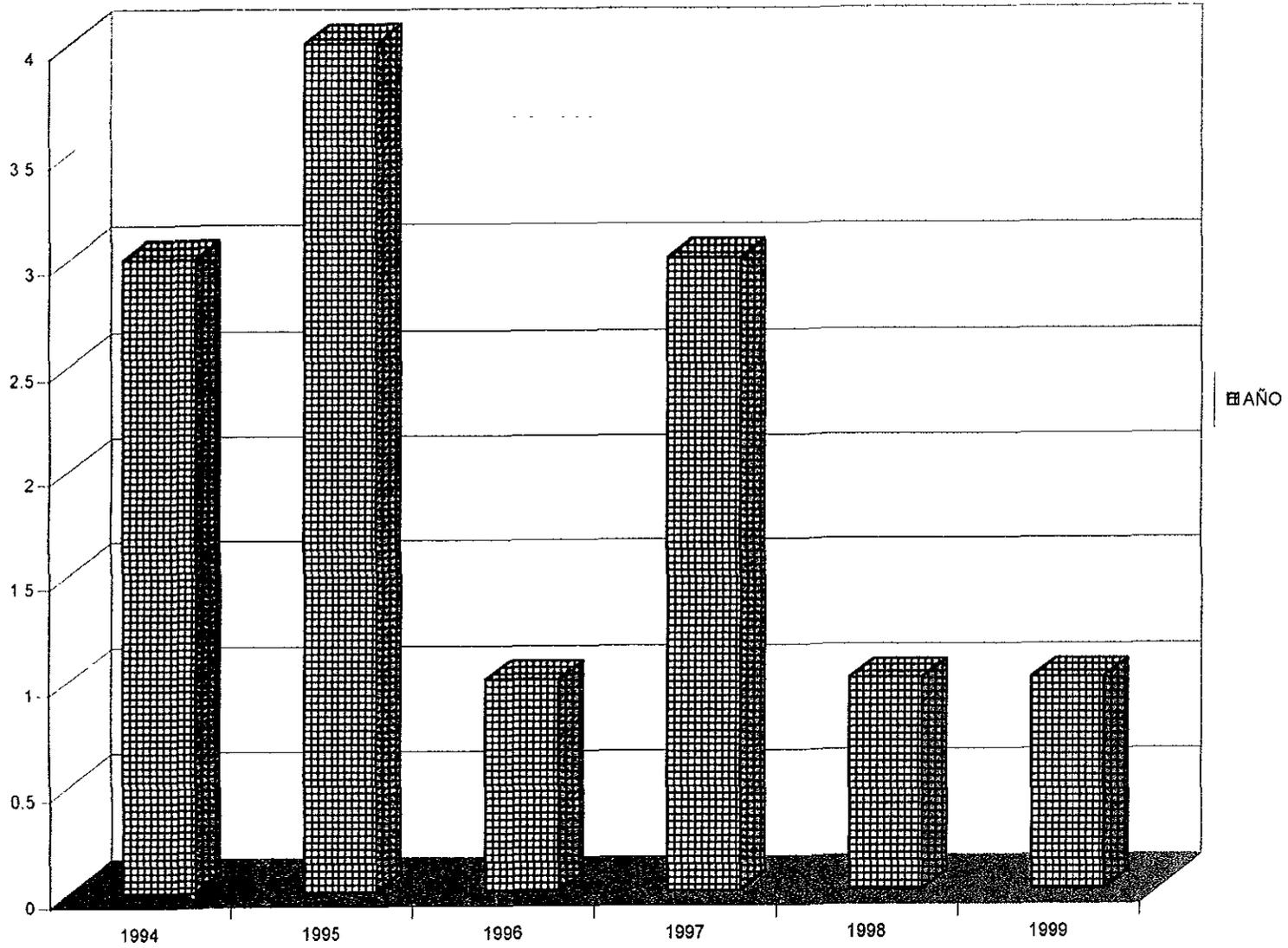
	NUMERO	%
MUERTE		
Si	1	7.7
No	12	92.3
REINTERVENCIONES		
Si	4	15.4
No	9	84.6
COMPLICACIONES	4	30.8%
Sangrado	1	
Neumonía e infección de la herida quirúrgica	1	
Absceso subfrénico	1	
Hernia incisional	1	

CONCLUSIONES

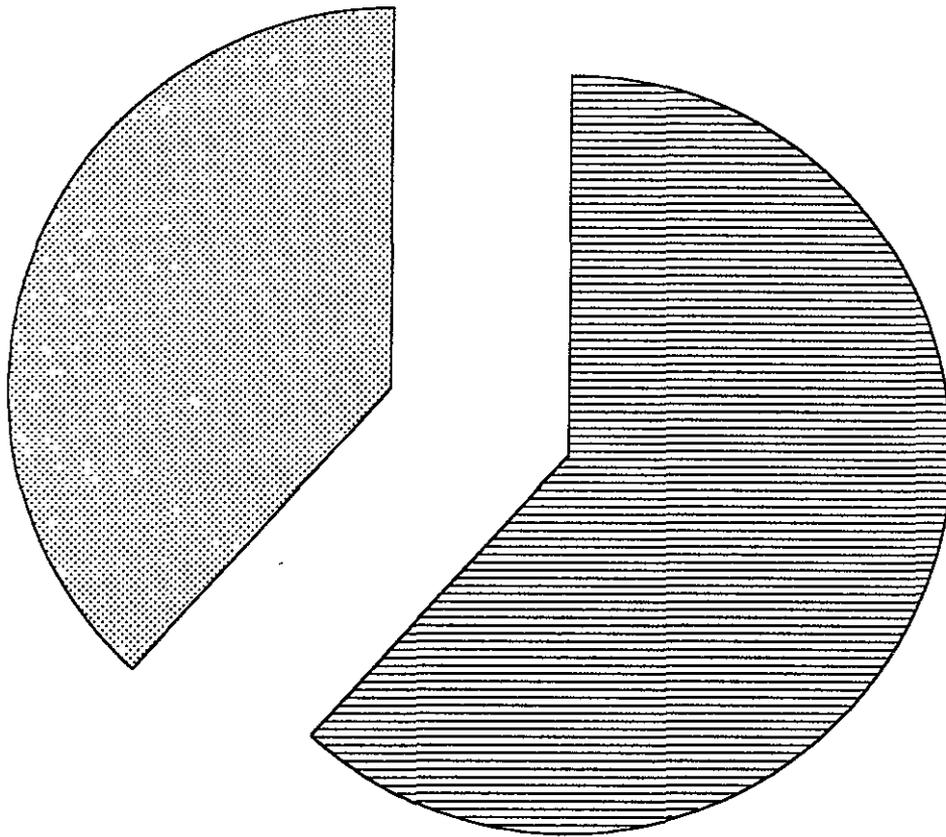
Los resultados de este estudio, resalta el porcentaje de mortalidad (7.7%) y morbilidad (30.8%) que comparado con el reportado por Fernández del Castillo(1), de 1.4% y 20% para mortalidad y morbilidad respectivamente, es menor lo cual probablemente se debe al alto volumen de pacientes que reportan (70) dando por consiguiente una mayor experiencia. De los 6 pacientes a quienes se les realizó esplenectomía, 2 (33%) presentaron complicaciones (neumonía + infección de la herida quirúrgica y absceso subfrénico) lo que aumentó la estancia intrahospitalaria de 43 y 60 días respectivamente.

En cuanto al diagnóstico patológico no existe diferencia entre patología benigna y patología maligna. La evolución clínica para los pacientes con diagnóstico de pancreatitis crónica fue buena con disminución del dolor y preservando la función endocrina del páncreas.

AÑO

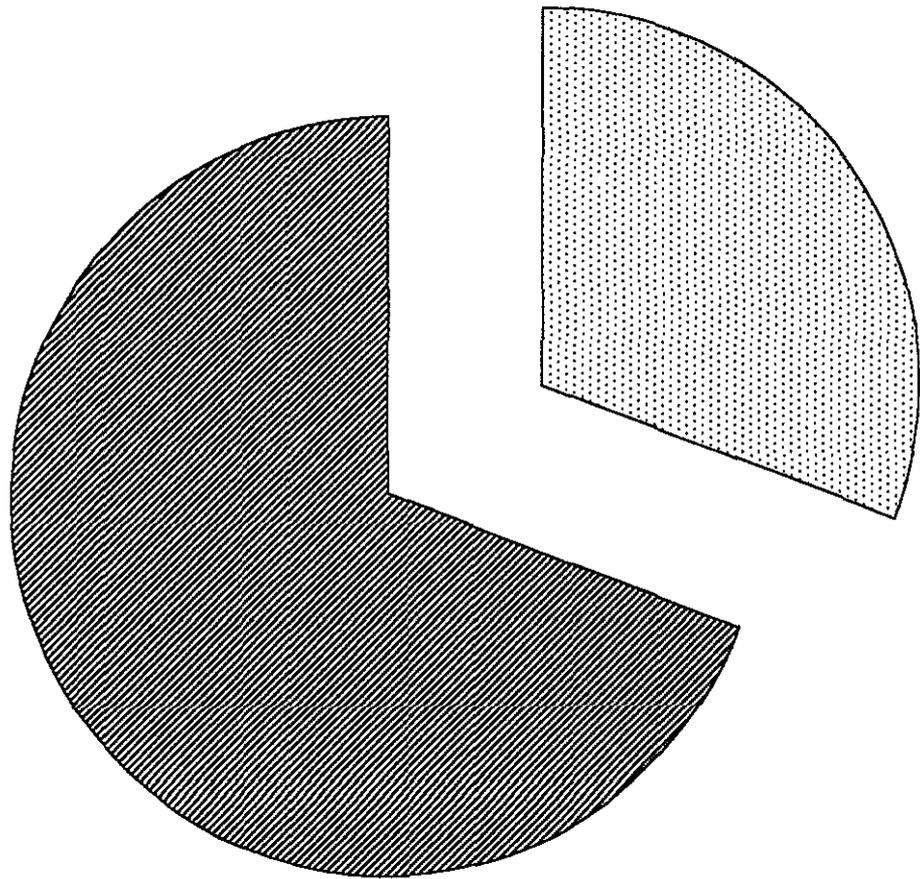


SEXO



■ MUJERES
▨ HOMBRES

COMPLICACIONES



☐ SI 30.8%
▣ NO 69.2%

BIBLIOGRAFIA

1. Finney JMT. Resections of the pancreas. *Trns Am Surg Assoc* 1910;315-330.
2. Fernández del Castillo C. Standars for pancreatic resection in the 1990s. *Arch Surg* 1995;130:295-300.
3. Andrew L. Middle segment pancreatectomy. *Arch Surg*.1998;133:327-331.
4. Richardson Daniel Q. Distal pancreatectomy with and without splenectomy. *Am Surg*. 1989;55:21-25.
5. Vasilopoulos PP. Techniques of preserving the spleen with distal pancreatectomy. *Surgery* 1997;122(5):973-974.
6. Mayuni T. Distal pancreatectomy with in bloc resection of the celiac artery for carcinoma of the body and tail of the pancreas. *Int J Pancreatol* 1997;22(1):19-21.
7. Rattner David W. Pitfalls of distal pancreatectomy for relief of pain in chronic pancreatitis. *Am J Surg*. 1996;171:142-146.
8. Sawyer Russell. Is there still a role for distal pancreatectomy in surgery for chronic pancreatitis?. *Am J Surgery* 1994;168:6-9.
9. Fernandez-Cruz L. Conservative pancreatic resection in patients with obstructive chronic pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 1997;44(16):1023-1028.
10. Rattner DW. Fernández del Castillo C. Pitfalls of distal pancreatectomy for relief of pain in chronic pancreatitis. *Am J Surg*. 1996;171:142-145.
11. Gallagher PJ. Diagnostic pitfalls and therapeutic strategies in the treatment of pancreatic duct haemorrhage. *Surg*.1997;10(5):293-297.

12. Nordback Isto H. Carcinoma of the body and tail of the pancreas. Am J Surg. 1992;164:26-31.
13. Le Borgne Joel. Cystadenomas and cystadenocarcinomas of the pancreas. Annl of surgery. 1999;230:152-161.
14. Kluger Y. Gastric serosal pacht in distal pancreatectomy for injury: a neglected technique. Injury. 1997;28(2):127-129.

**ESTA TESIS NO DEBE
VALER DE LA BIBLIOTECA**