



108  
11209  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

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

CARCINOMA PERIAMPULAR DE VATER  
SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. HUBERTH ALFONSO PUERTA CAMARGO



IMSS

MEXICO, D. F.

289163

2001





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 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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
“ DR. BERNARDO SEPULVEDA G. “**

**CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**CARCINOMA PERIAMPULAR DE VATER  
SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA**

**TESIS DE POSTGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

**P R E S E N T A :**

**DR: HUBERTH ALFONSO PUERTA CAMARGO**

**CARCINOMA PERIAMPULAR DE VATER  
SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA**

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

**SERVICIO DE GASTROCIRUGIA  
CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN CIRUGIA GENERAL**

JEFE DEL SERVICIO Y PROFESOR TITULAR: DR. ROBERTO BLANCO B.  
ASESOR DE TESIS: DR. JAVIER NIÑO SOLIS  
ALUMNO: DR. HUBERTH A. PUERTA C.  
ENERO DE 1998 RESIDENTE DE CIRUGIA

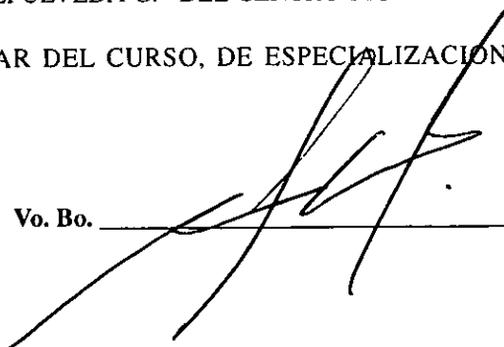
# APROBACION DE TESIS

## DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.

JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HOPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G." DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL IMSS.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO, DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL.

Vo. Bo. \_\_\_\_\_



## DR. JAVIER NIÑO SOLIS

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G." DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL IMSS.

ASESOR DE TESIS.

Vo. Bo. \_\_\_\_\_



FACULTAD DE MEDICINA  
Sec. de Serv. Escolares

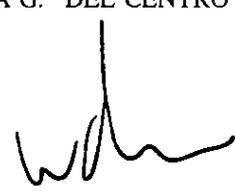
FEB. 16 2001

## DR. NIELS WACHER RODARTE

JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G." DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL IMSS.

Unidad de Servicios Escolares  
Unidad de Posgrado

COMISION DE ESPECIALIDADES  
C. R. N. SIGLO XXI  
Vo. Bo. 17  
COMISION DE INVESTIGACION MEDICA



### **A DIOS**

POR DARME LO JUSTO Y NECESARIO A LO LARGO DE MI CARRERA, Y ASI,  
PODER LLEGAR A FELIZ TERMINO, VALORANDO LA VIDA, LLEVANDO  
SIEMPRE SU NOMBRE ANTES QUE TODO.

### **A MI ESPOSA E HIJAS**

POR EL GRAN AMOR, APOYO, COMPRENSION Y PACIENCIA QUE TUVIERON  
CONMIGO. POR ACOMPAÑARME EN ESTA ARDUA TAREA.

### **A MIS PADRES**

POR SU GRAN AMOR, APOYO MORAL Y ECONOMICO, POR SU DEDICACION  
Y ESFUERZO PARA QUE LOGRARA SER PROFESIONAL.

### **A MIS MAESTROS**

POR SU DEDICACION, DISPOSICION Y ENSEÑANZA QUE ME BRINDARON.

# INDICE

	<b>PAGINAS</b>
<b>I. TITULO</b>	6
<b>II. AUTORES</b>	6
<b>III. SERVICIO</b>	6
<b>IV. ANTECEDENTES</b>	7
<b>V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	19
<b>VI. HIPOTESIS</b>	20
<b>VII. OBJETIVO</b>	20
<b>VIII. MATERIALES, PACIENTES Y METODOS</b>	20
<b>IX. CONSIDERACIONES ETICAS</b>	21
<b>X. RECURSOS PARA EL ESTUDIO</b>	21
<b>XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	22
<b>XII. ANEXO</b>	23
<b>XIII. DIBUJO</b>	24
<b>XIV. RESULTADOS</b>	25
<b>XV. DISCUSION</b>	30
<b>XVI. CONCLUSION</b>	30
<b>XVII. BIBLIOGRAFIA</b>	31

## **I. TITULO**

# **CARCINOMA PERIAMPULA DE VATER: SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA**

## **II. AUTORES**

### **DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES**

JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL IMSS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA  
GENERAL.

### **DR. JAVIER NIÑO SOLIS**

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL IMSS  
ASESOR DE TESIS.

### **DR. HUBERTH A. PUERTA CAMARGO**

MEDICO RESIDENTE  
DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL  
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDAD "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL IMSS

## **III. SERVICIO**

SERVICIO DE GASTROCIRUGIA  
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL IMSS

Pero comparado con el Ca. Pancreático, y el colangiocarcinoma es de mejor pronóstico (3). Los factores que influyen en un mal pronóstico y sobrevida son: Invasión linfática, toma de borde, quirúrgico, volúmen del tumor y grado de diferenciación tumoral (4).

Los patrones de recurrencia del Ca. Periapular son: locales y a distancia. El sitio más común de recurrencia determinado por autopsia son: Nódulos linfáticos regionales (53%), y el hígado (27%). (3). La recurrencia se observa en los primeros dos años posteriores a la resección, y a distancia en la boca anastomótica a 5 años, posterior a la resección. (5)

El 50% de los pacientes mueren por la recurrencia (4). Entre los tumores benignos periampulares debemos mencionar los siguientes: lipoma, linfangiomas, carcinoides, hemangiomas, leiomiobromas, neurogénicos y el adenoma vellosa, siendo este último el tumor benigno más común (6).

Se ha observado una asociación entre poliposis del colón, síndrome de Gardner y la malignidad periampular, siendo esta malignidad de 100 a 200 veces más que la población normal (1,7). Se han asociado adenomas benignos con Ca. Ampulares (8).

## CUADRO CLINICO

Los tumores periampulares benignos y malignos tienen presentaciones variadas, dado que las lesiones malignas se descubren tarde, es desafortunado que estos tumores sean asintomáticos, hasta que se produce una complicación local o sistémica. Estas complicaciones incluyen: obstrucción del coledoco (ictericia y prurito) duodeno o estómago (obstrucción de la salida del tracto gástrico), úlcera (hemorragia gastrointestinal), e infiltración a raíces nerviosas peripancreáticas (dolor). En los tumores benignos los síntomas son intermitentes y leves y en los malignos son insidiosos y progresivos. Aproximadamente un tercio de los tumores benignos son asintomáticos. Los síntomas no específicos incluyen: malestar general, saciedad temprana, anorexia, dolor leve postprandial, estos síntomas pueden preceder al tumor en unos seis a dieciocho meses antes (1).

Las lesiones ampulares tienden a producir ictericia en periodo temprano, aunque el tumor tenga un tamaño pequeño (8).

La ictericia, el dolor, pérdida de peso y prurito, continúan siendo los signos y síntomas de presentación más comunes en el Ca. Periapular (9).

La ictericia se detecta en el 50-90% (1), y el tumor carcinóide produce ictericia en el 50% (10).

En otro estudio mencionan que el 75% o más había ictericia y asociado con colecistitis (6).

## IV. ANTECEDENTES

**CARCINOMA PERIAMPULAR DE VATER: SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA**  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C. M. N. XXI IMSS  
SERVICIO DE GASTROCIRUGIA.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
C.M.N. SIGLO XXI.

### INTRODUCCION:

Los carcinomas periampulares son tumores que han ido en aumento en los últimos años y hay múltiples factores que lo acrecientan, tienen íntima relación con tumores adyacentes como lo son el pancreático.

Hay múltiples de ellos no solo benignos y altamente malignos sino también sincrónicos, con una alta malignidad en algunos de difícil diagnóstico por medio de los estudios hasta ahora conocidos, que al lograrlo diagnosticar ya se encuentran en etapa avanzada, debido a la metástasis, por vía adyacente, linfática y hematógica.

Lo importante en este tumor es que responden al tratamiento quirúrgico agresivo (resección) con una sobrevida a 5 años buena, pero tarde que temprano con alta mortalidad. Estadísticamente el 90% de estos pacientes mueren.

En nuestra investigación estudiamos a éste tumor durante 6 años en nuestro hospital. el tipo de intervención quirúrgica que se le realizó y la morbi-mortalidad que se tuvo durante el acto quirúrgico, y la sobrevida a los 5 años.

En la actualidad se investiga sobre tratamiento coadyuvantes y marcadores específicos para inmunoelectroforesis para realizar un Diagnostico temprano y mejorar así no solo la morbi-mortalidad sino la sobrevida y el pronóstico.

### ANTECEDENTES:

El cáncer periampular está aumentando en Estados Unidos alarmantemente, 11,000 casos fueron diagnosticados en 1978 y para 1982 había aumentado a 23,000. Siendo este aumento considerable en tan solo 4 años.

En países europeos como: Inglaterra, Gales, se había duplicado la cifra, pero interesantemente en Asia específicamente Japón, fue 4 veces más.

Junto con el pancreático ocupan el 4º lugar de mortalidad dentro de todos los cánceres existentes (1), con una sobrevida del 6-62% a 5 años (2), de los cánceres ampulares, el periampular es el más agresivo y de peor pronóstico.

El dolor abdominal y la pérdida de peso se presentan en un 72 y 58 % respectivamente e indican un estadio alto ( 11 ).

Cuando el dolor es postprandial, epigástrico, profundo, en la pared alta de la espalda, y es de predominio nocturno, denota una extensión retroperitoneal del tumor, siendo un signo ominoso ( 1 ).

La anorexia y la pérdida de peso mayor del 10 % del peso corporal y la hepatomegalia indican metástasis.

Los hallazgos físicos tienden a no ser específicos y cuando se palpan ganglios linfáticos en la región supraclavicular ( signo de Virchow ), y en la región periumbilical ( signo de la sista Joseph ), se trata de un carcinoma avanzado. Se ha visto también asociado a la enfermedad de Von Recklinghausen ( 10 ).

Cuando existe dolor a la presión vesicular, y el dolor es total y se palpa la vesícula y se acompaña de ictericia ( signo de Courvoisier ) y sin dolor es menos del 25 % ( 8 ).

## DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

En los laboratorios no es posible diferenciar la benignidad o malignidad de los tumores, pero los exámenes que nos ayudan a investigar la enfermedad son:

Niveles de bilirrubina, a mayores de 10 mg / dl, se asocian a enfermedad maligna. Aumento de la fosfatasa alcalina, siendo esta la primera en aumentar, pero disminuye al haber obstrucción y/o corrección de la obstrucción biliar, puede llegar hasta 6 - 7 veces la cifra normal antes que aumente la bilirrubinas séricas ( 1 ).

La anemia, de existir se asocia a la ulceración de la mucosa por el tumor periampular. Las heces plateadas ( heces acólicas mezcladas con sangre ) son patognomónicas de un Ca. Ampular ( 1 ).

Los marcadores tumorales y humorales (antígeno oncofetal, antígeno carcinoembrionario), son menos exactos y de menos valor, sus determinaciones seriadas preoperatorias y postoperatorias cuando aumentan indican presencia de metástasis ( 1 ).

## DIAGNOSTICO DE GABINETE

1. Los estudios radiológicos de rutina consisten en : Rx. Simple de abdomen, en posición supina y de pie.
2. SEGD, con una exactitud diagnóstica de 50-60%, (consenso general 57%) (8).  
Hay signos sugestivos como son: Los signos de Frostber o del 3 invertido que indica que puede haber un Ca. Vs pancreatitis (12) .

Una comprensión extrínscica del duodeno con presencia de masa y una gran úlcera (2).  
Estos estudios pueden dar falsos positivos en un 7 % y un falsos negativos en un 36 % .

## ESTUDIOS DIAGNOSTICOS ESPECIALES

### I. - NO INVASIVOS

- A. Ultrasonografía ( USG ), esta con una sensibilidad diagnóstica del 57 % en estadíos I. ( estudio coreano 54 % ) ( 13 ) son realizados en forma ambulatoria, pueden repetirse, son de bajo costo, aunque actualmente se puede usar endoscópicamente ( UE ), siendo esta última mas confiable en el resultado estudiando el tipo de tumor y el estadio ( TNM ), para así realizar resección oportunamente y mejorar la sobrevida hasta un 100 %, ya sea este tipo de resección local o agresiva ( Whipple), de haber metástasis sin toma de nódulos la sobrevida es de 53 % a 5 años, y habiendo toma de nódulos linfáticos la sobrevida disminuye al 27 % a 5 años ( 3 ). Esta técnica ( UE) esta recibiendo mayor aceptación, ya que permite la detección del Ca. En menos de 2 cm. de diámetro ( 8 ) .
- B. Tomografía axial computarizada ( TAC )Es utilizada en apoyo diagnóstico cuando un USG no es concluyente, y que haya problemas de densidades, para la USG con una sensibilidad diagnóstica del 75 %, es la modalidad diagnóstica más común ( 11 ) .
- C. Resonancia magnetica nuclear (RMN).
- D. Rastreo radioscópicos.

## II.- INVASIVOS

### A. FUNCION PANCREATICA

Estos estudios se realizan mediante la colocación, bajo control radioscópico, de una sonda de doble luz con un orificio de perfusión ubicado a nivel del ligamento de Treitz y el de aspiración 20cm más lejos. Se coloca otro tubo en el antro para aspiración de las secreciones gástricas. Se perfunde el duodeno con solución salina que contiene un marcador no absorbible y se estimula el páncreas con secretina y colecistoquinina. Con enzimas pancreáticas, en especial con "secretina", Dreiling, ha examinado a más de 6,000 pacientes y ha alcanzado un alto grado de exactitud en la detección de neoplasias, en un 85 a 90% ( 8 ).

### B. ARTERIOGRAFIA SELECTIVA

Se reserva para pacientes estudiados con USG, TAC y que haya lesiones sospechosas y que el CPRE no haya arrojado resultados satisfactorios. Mosa y Levin, estudiaron 186 pacientes en forma prospectiva comparando la arteriografía contra otros procedimientos diagnósticos y obtuvieron: una sensibilidad de 73 % y una especificidad del 72 %. El valor predictivo de estas pruebas positivas fue del 63 % y las negativas del 81 %.

La obstrucción de la porción proximal de la arteria o vena mesentérica superior se toma como irreseccabilidad con un 77% de exactitud, el TAC un 52%, y la laparoscopia un 54%.

### C. COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE).

Hay mayor eficacia diagnóstica, sirve para toma directa de aspiración o biopsia del tejido involucrado, produce un 89 % de diagnóstico exacto y los signos radiológicos son :

- a . - Obstrucción del conducto
- b . - Estenosis del conducto.
- c . - Cavidades necróticas por destrucción focal o difusa en un 60 - 85 %.

Si la CPRE es infructuosa puede realizarse colangiografía percutánea ( con aguja de Chiba ). La complicación más común es la Pancreatitis.

Contraindicado en pacientes con pancreatitis, colangitis, problemas cardiorespiratorios graves y abdomen agudo ( 8 ).

El CPRE es costoso ,toma tiempo, requiere de experiencia en el ejecutor del estudio y la sensibilidad es de un 71%, (13).

### D. COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA TRANSHEPATICA O TRANSYUGULAR

Se realiza en pacientes ictericos , se introduce una aguja ultrafina de Chiba, se localiza el sistema biliar, con la aguja se introduce el medio de contraste localizando y estudiando el tipo y grado de obstrucción biliar, si es un estadio temprano hay un estrechamiento irregular del conducto. Si es avanzado puede haber una obstrucción total.

Ha reemplazado esta a la colangiografía intravenosa por ser menos invasiva , por poder tomar biopsias directas, colocar drenajes percutáneo para descomprimir la vía biliar.

Es el primer paso de los estudios radiográficos en paciente con ictericia en estudio.

Este estudio es reemplazado por el CPRE, debido a que pasan por alto los tumores de ámpula y no se visualizan, las complicaciones como son: HEMORRAGIA Y COLEPERITONITIS.(8). La sensibilidad es de 72% (13).

#### E. BIOPSIA PERCUTANEA CON AGUJA DE ASPIRACION

Si hay una zona altamente sospechosa en la ámpula se puede obtener y confirmar su histología utilizando la aguja de biopsia percutánea.

La técnica divulgada desde 1930 por Martín y Ellis que demostraron el 80% de exactitud en los estudios citológicos de los tumores: mama, tiroides, laringe, cavidad bucal, ganglios linfáticos y pulmones (14).

La técnica varía de acuerdo a los distintos investigadores, pero en términos generales su concepción es simple. Primero debe localizarse la masa tumoral mediante uno o más procedimientos por imágenes, como la arteriografía, ERCP, ecografía, o TC. La zona dudosa se localiza con radioscopia relacionándola, si se puede, con alguna estructura ósea. El punto elegido para la punción abdominal debe ser perpendicular a la lesión y a su través se introduce una aguja calibre 20 a 23, con mandril, de 10 a 15cm de longitud, luego de haber preparado un campo aséptico e infiltrado la zona con lidocaína. Se atraviesan la piel, el peritoneo y los órganos subyacentes hasta ingresar a la masa firme. Se retira el mandril luego que la radioscopia confirma la colocación intratumoral correcta y luego se procede a la aspiración con una jeringa de 10 a 20 cc, provista de algunos los mangos disponibles para aspiración mecánica

Se tiene una elevada eficacia diagnóstica (promedio de 82%) con virtual ausencia de morbilidad y mortalidad.

Yamamota y colaboradores estudiaron a 218 pacientes y obtuvieron un correcto diagnóstico. Durante la cirugía se pueden realizar citodiagnósticos (15).

Comparada la morbilidad de este procedimiento con la punción abierta o en cuña esta es de un 0% en este procedimiento y del 5.20% en las otras. El tener un resultado negativo no excluye el diagnóstico de cáncer. No se han publicado casos de falsos positivos, ni iatrogénicos, o de implantes producidos por esta técnica.

Este procedimiento se puede acompañar de irradiación indirecta del tumor de 400-1000 cGy de 2-5 aplicaciones, antes de realizar la punción - aspiración del tumor (8). El punto elegido para la punción abdominal debe ser perpendicular a la lesión con una aguja calibre 20-23, con mandril de 10-15 cm. De longitud, atravesando órganos se llega al tumor, se retira el mandril y con radioscopia se localiza el tumor, se aspira de 10-25 ml. Y se coloca en un portaobjeto y se fija con alcohol etílico al 95% antes de colorearlo con método de papanicolau o de May-Grunwald-Giemsa (8).

#### F. MARCADORES BIOQUIMICOS EN EL Ca. PERIAMPULAR (NO ENDOCRIMOS)

En los últimos años se ha observado una virtual explosión de las publicaciones referidas a diversos marcadores neoplásicos. Aunque el Antígeno carcinoembionario (CEA), ha sido más utilizado en pacientes, Con el CEA hay una correlación en los niveles de éste y la extensión de la enfermedad. mayores de 20 ng/ml no era aconsejable la resección basada en los criterios habituales.

Sin embargo, en pacientes ictericos, el valor elevado no tiene significación preoperatoria en cuanto a la reseccabilidad dado que las obstrucciones no malignas de las vías biliares pueden producir elevación del CEA en el 50% de los pacientes. Ultimamente hay resultados promisorios con el CA. 19-9 y en DU-PAN-2 aún en investigación. En el estudio en Corea se marcó con CA.-19, CEA, CA.-125, con buenos resultados.(13).

### OPCIONES DE TX

#### I.- DRENAJES PERCUTANEOS Y ENDOSCOPICOS DE OBSTRUCCION MALIGNA DE LOS CONDUCTOS BILIARES

En estos procedimientos percutaneos y endoscopicos. El riesgo es alto con una mortalidad quirúrgica del 20% o más, con una morbilidad significativa y una mortalidad en los primeros 30 días postoperatorios del 20-53% (1)

Con esta intervención los síntomas que se presentan son: dolor, ictericia, pancreatitis, dilatación de los ductos pancreáticos posterior a una esfinterotomía (9).

Se pueden colocar prótesis para descompresión de la vía biliar previa a la cirugía definitiva (16), junto con la Ultrasonografía sirve como diagnóstico coadyuvante dando resultados favorables (17). También se puede estadificar, intervenir o planear el tipo de intervención (18 y 19).

Es altamente riesgoso realizar doble esfinteroplastías, o resecciones locales en tumores benignos (20).

## **II.- TRATAMIENTO QUIRURGICO**

### **A.- ANTECEDENTE HISTORICO.**

En 1935 Whipple en la Universidad de Colombia, divulgaba un enfoque agresivo para tratar a los Ca. Pancreáticos y periampulares, se realizaban en 2 tiempos, siendo la mortalidad operatoria de 29.2%, sus complicaciones fueron fístulas pancreáticas y biliares, colangitis (8).

Juhunt invaginó el extremo seccionado del páncreas, dentro del yeyuno y sobre un catéter y utilizando la vitamina K se pudo realizar en un solo tiempo la cirugía (8).

En 1940, Whipple realiza un pancreatetomía en un tiempo, extirpando el tercio distal del estómago, todo el duodeno y la cabeza del páncreas, realizando una gastroenteroanastomosis precólica y coledocoyeyunostomía y actualmente solo se le añade una pancreatoyeyunostomía.

La mayoría de los cirujanos admiten que los tumores de ampula se tratan mejor con pancreaticoduodenectomías (8). Siendo solo el 20% de estos tumores periampulares tratados con dicha técnica y con una sobrevida de 6-62% a 5 años, dependiendo de la clasificación histopatológica y el sistema de estadificación para realizarlo (2).

El diagnóstico preoperatorio es correcto solo en el 15%, cuando el tumor tiene un diámetro alrededor de 2 cm. (21).

De los tipos de tumores periampulares el carcinoide que es muy raro es tratado con cirugía de Whipple, el pronóstico es bueno a 5 años su sobrevida es del 90% (21), la sobrevida puede ir de 5-5.5 años con una resección local con una pancreatoduodenectomía en el caso de tumores benignos más frecuentes de la ampula de vater como lo es el adenoma veloso(10).

En el estudio realizado por Corea se realizó la resección en el 85% de los tumores del ampula de Vater con una morbi-mortalidad posterior a una pancreatoduodenectomía, siendo la morbilidad del 44%, y la mortalidad en un 12%, depende del estadio y el TNM: en el estadio tres 66%, en el estadio dos 26% y en el estadio uno 8%, con una sobrevida a 5 años del 21% en la mortalidad en realizar una pancreatoduodenectomía. (13).

### **B.- LAPAROTOMÍA**

#### **LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA:**

Ya que en 40 pacientes que se consideraban libres de metástasis después de un estudio radiológico amplio, se le realizó, laparoscopia diagnóstica, encontrando metástasis abdominales hasta el 1-2 mm. En 14 pacientes.

## ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS

En el preoperatorio se tomará una radiografía simple de tórax. Si hay sospecha, se realizará un TAC de tórax. Si existen síntomas específicos se debe realizar estudios óseos y cerebral.

Realizar drenajes transhepáticos percutáneos mejora la morbi-mortalidad cuando existe colangitis, hay que darle NPT o enteral durante 7-10 días; antibiótico, sonda, vesical y nasogástrica, durante la cirugía, y pacientes de alto riesgo bien seleccionado se le debe colocar catéter de Swan-ganz para monitoreo transoperatorio y posoperatorio.(8).

### C.- LAPAROTOMIA EXPLORADORA.

Al intervenir estos pacientes se deben tomar en cuenta los siguientes factores:

- 1.- La resección es la única forma de curación.
- 2.- El sitio de origen es imposible de establecer durante la cirugía.
- 3.- Pacientes diseminados más allá de los ganglios regionales no se benefician con la cirugía.

Se inicia con una incisión subcostal derecha pero se puede convertir a subcostal bilateral, en casos de pancreatometomía radical o cirugía extensa. Paciente con ángulos xifocostales muy agudos, la incisión paramedian derechas o media amplia es una buena opción. Realizar una minuciosa exploración de toda la cavidad abdominal y pelviana. Los nódulos hepáticos sospechosos deben ser estudiados por medio de biopsias al inicio de la cirugía y enviados para su estudio por congelación. Si la vesícula está muy distendida puede ser descomprimida mediante un trócar a través de una jareta previa. Se debe movilizar el ángulo hepático del colon mediante la sección del ligamento Frenocólico derecho para exponer el duodeno y el ligamento hepatoduodenal. La apertura del epiplón mayor permite una amplia exposición del páncreas y el conducto Wirsung está obstruido la glándula puede mostrarse pálida e indurada con bordes redondeados, muchas veces se puede palpar el conducto dilatado sobre la superficie ventral del páncreas. La presencia de una esplenomegalia evidencia la hipertensión porta y sugiere la oclusión de la vena esplenica o de la porta. Se debe realizar una maniobra de Kocher, la cual sirve para visualizar el colédoco distal, páncreas y duodeno, algunas veces puede verse hasta la vena cava y la arteria aorta. Se debe diferenciar de tumores del colédoco, cálculos biliares impactados, cáncer ampular, cáncer duodenal, úlcera duodenal penetrante, pancreatitis crónica, carcinomas y otros tumores de la cabeza de páncreas. (8).

Los Ca. Ampulares tienen proyección intraluminal y se acompañan con obstrucción del conducto pancreático en un 20-25% (8).

Se puede acompañar con duodenotomía con toma directa de biopsia o esfinteroplastias si hay estenosis distal (8).

Si hay metástasis fuera del campo quirúrgico es una contraindicación realizar una resección habitual, entre esas áreas se incluyen: el hígado, los implantes peritoneales, el epiplón, el mesenterio o los ganglios linfáticos ubicados fuera de la zona del páncreas. Los tres grupos ganglionares que deben ser examinados con mayor cuidado son: los que se encuentran sobre la arteria gastrohepática y el tronco celiaco, los del ligamento hepatoduodenal que rodean la arteria hepática, el colédoco, la vena porta, el hilio hepático y los que se ubican en el borde inferior del páncreas sobre los vasos mesentéricos superiores.

La invasión de los ganglios mesentéricos o paraórticos contraindican la resección, el compromiso aislado de los vasos cólicos medios por adherencias al tumor no necesariamente contraindican la operación. El tamaño del tumor no es determinante de la resecabilidad, excepto si ello se relaciona con el compromiso de órganos contiguos, en general el índice de resecabilidad varía del 10 al 20% ó más para cáncer periampular. (8).

## D.- RESECCION.

El procedimiento de Whipple es el indicado para los tumores periampulares y consiste en:

### 1.- Pancreatoduodenectomía

- El primer paso: exposición completa del páncreas; Seccionado totalmente el ligamento gastrocólico derecho y movilizándolo el ángulo hepático y la mitad derecha del colon transverso.
- segundo paso: disección del colédoco distal y la arteria hepática y sus ramas derecha e izquierda y la arteria gastroduodenal, esta última se liga doble y se secciona, separando al duodeno y el antro del hilio hepático.
- tercer paso: sección del estómago 1.- alternativa: Se realizaron pancreatoduodenectomías con conservación del píloro, antro, duodeno proximal, sin vagotomía en pequeños tumores periampulares.  
Pancreatoduodenectomía: Se incide el ligamento gastrohepático en el punto medio de la curvatura menor, se realiza una doble ligadura de la arteria gástrica izquierda y se procede a seccionarla. Se separa la curvatura menor distal del duodeno y se identifica y secciona la arteria gástrica derecha, se practica una resección subtotal del estómago en (2/3), Otra opción consiste en realizar una antrectomía y una vagotomía truncular bilateral.
- cuarto paso: extirpación de la vesícula y sección del colédoco: El colédoco se secciona justo por encima del ingreso del cístico al hepático común, o sea debe ser seccionado a 1° 1.5cm de la bifurcación a fin de obtener un margen de 2cm por encima del tumor, se liga el extremo distal del conducto biliar para evitar escape de células tumorales.
- quinto paso: sección del cuello del páncreas: Se realiza hemostasia con puntos profundos con seda en la superficie superior e inferior del páncreas y en el conducto de Wirsung se dan puntos anteriores y posteriores para su anastomosis pancreatoyeyunal mucosomucosa, y el conducto de Wirsung debe estar en posición central.

- f) sexto paso: sección del proceso uncinado y yeyuno: Se liga y secciona la arteria pancreaticoduodenal, vasos mesentéricos detrás de la mesentérica superior se tracciona a la derecha la cuarta porción del duodeno y se secciona el ligamento de Treitz y ligan vasos del yeyuno proximal y se arrastra hacia la derecha y se reconstruye, se aconseja que el yeyuno se coloque por debajo de los vasos cuando se realiza la reconstrucción, y la región distal se cierra en dos planos con catgún crómico en planos profundos.
- g) séptimo paso: reconstrucción, hay tres requisitos principales, para una buena reconstrucción:
- 1.- Drenaje adecuado del tubo digestivo (pancreático, biliar y remanente gástrico)
  - 2.- Drenaje del jugo pancreático y de la bilis, es alcalina proximal a la yeyunostomía para neutralizar la acidez gástrica y evitar las úlceras marginales.
  - 3.- Las suturas sean de calidad para evitar filtraciones (8).

A 5 años la sobrevida es del 50%, pero en otros estudios reportan 40-61% en una resección radical (4-23).

Hay recurrencia a distancia o en el sitio del tumor, se ha podido ver en nódulos regionales y en el hígado; la mayoría de las recurrencias, se presentan antes de los 2 años, después de los 5 años no es común (5).

Las complicaciones más frecuentes fueron esteatorrea, la cual disminuyó al realizar vagotomía troncular, pérdida de peso por síndrome de vaciamiento rápido con mala absorción de proteínas (25), infecciones intraabdominales (4).

Se realizan resecciones locales solo en tumores benignos de ampulla de Vater (26).

Cuando son resecciones radicales la sobrevida es al 34% menor de 5 años, y a 25% a menos de 10 años.

En caso de pancreatometomía total hay una mortalidad postquirúrgica del 5.7% (27). Y una morbilidad del 65% (4).

## 2.- Resección local o ampulectomía

Es común en tumores benignos (adenoma vellosa) (28), hay controversia en su indicación. Se reimplanta el coledoco y se realiza una colecistectomía, esto dando una buena sobrevida (29) y en algunos se realiza doble esfinteroplastía en los de alto riesgo (30).

### 3.- Preservación Pilórica y Pancreatoduodenectomía

Es Watson quien describe la primera preservación Pilórica en una Pancreatoduodenectomía en 1944 y es Traverso y Longmire, en 1978 que la vuelven a poner en práctica, y este procedimiento se toma en cuenta en una cirugía radical de Whipple acompañado de una gastrectomía parcial para evitar el síndrome de Dumping, mejorando esta la función gastrointestinal, reduciendo la ulceración yeyunal y bajando la mortalidad al 2% (31).

### 4.- Operaciones Paliativas

Son usadas en estadíos tres:

- a) Colocación de tutores por vía percutánea o endoscópica.
- b) Derivaciones biliares:

1.- CISTICO PERMEABLE: se descomprime el árbol biliar por medio de una colecistoyunostomía en Y de Roux, más una entero-enteroanastomosis.

2.- CISTICO OCLUIDO: Se descomprime el árbol biliar por medio de una coledocoyunostomía más colecistectomía. Es discutible la gastroenterostomía en pacientes que puedan sobrevivir a varios meses.

Consiste en una Y de Roux que se anastomosa a la vía biliar y al estómago, mejorando así la nutrición y el dolor por medio de una pancreáticoyunostomía.

3.- ESPLACNICECTOMIA FARMACOLOGICA: Se inyectan 20 cc con fenol al 6% o alcohol etílico al 50% en el nervio esplacnico y los ganglios celiacos, el dolor se alivia en el 88% de los casos.

La morbi-mortalidad, en los procedimientos paliativos son del 15-20% (8).

### 5.- Tratamiento Radiante

Hay 2 factores que se interponen .

- a) el páncreas y el ámpula están profundos
- b) la proximidad de estructuras radiosensibles:
  - Médula espinal
  - Riñones
  - Estómago
  - Intestino delgado
  - Hígado

Handley fue el primero que utilizó implantes de fuentes radioactivas sobre la superficie del páncreas en 1934. (8)

Pack y Mc. Neer, realizaron en 1938 el primer implante permanente de fuente radioactiva (semilla de oro radioactivo). Cavanaugh y Stroup, en 1973 tuvieron una sobrevida de 21% en 2.5 años. Y el índice de supervivencia en 12 meses es de 52%.

Una técnica reciente es la introducción de la radioterapia intraoperatoria, se expone el tumor en la sala de operaciones y posteriormente se transporta al paciente al servicio de radioterapia y donde recibe tratamiento mientras se mantienen las estructuras vitales protegidas y fuera del campo de Radiación.

Hoy en día se experimenta con neutrones rápidos y pi-mesón. La hipertermia más la radiación es posible que sea la esperanza ya que destruye las células tumorales y no daña a las células normales.

### 7.- Quimioterapia

Se utilizan en tumores irresecables. Hay pacientes que no son candidatos por estar diseminado el tumor y estar débiles.

El agente más utilizado es el 5-Floururacilo (5-FU), el índice de respuesta varían entre el 0 y 67%.

Los noruegos han experimentado con doble ciego con el Tamoxifeno y un placebo en mujeres y hombres reportando en mujeres con estadio III TN1Mo de 2.5 años, las mujeres tomando el tamoxifeno a 30 mg/día mejoraron su sobrevida; y tanto hombres tomando tamoxifeno y mujeres y hombres con placebo fallecieron (33).

### 8.- Tratamiento combinado

La supervivencia obtenida con un primer estudio pospectivo al azar realizado con la combinación de radiaciones y 5-floururacilo luego de las resecciones curativas. la supervivencia del grupo fue el doble que el observado en los sometidos a la resección exclusiva. Se le dio 4000 rad directos y cada semana una dosis de 5-floururacilo por dos años, o hasta la aparición de la residiva.

## **V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ LOS TIPOS DE CANCER PERIAMPULARES, SU INVASION Y POSIBLES MANEJOS TERAPEUTICOS?

## VI. HIPOTESIS

Hay múltiples tumores desde benignos hasta los altamente malignos irresecables en un 23% (34).

En nuestro trabajo en los 13 pacientes encontramos tumores benignos como es el adenoma, y malignos que son muy agresivos con una invasión importante irresecables en algunos casos como el adenocarcinoma poco diferenciado; hubo también casos de estenosis benignas en colédoco que asemejaron a tumor en dicho lugar. Es importante mencionar es que la mayoría de los tumores se encontraron en estadíos avanzados por lo que fueron manejados paliativamente.

## VII. OBJETIVO

Los tumores periampulares se deben de manejar agresivamente y más cuando el tumor es de pequeño tamaño e invasión mínima. En caso de que el tumor sea de gran tamaño y de alta invasión es mejor manejarlo paliativamente y con tratamientos coadyuvantes.

## VIII. MATERIALES, PACIENTES Y METODOS

- 1.- DISEÑO DE ESTUDIO: Cohorte retrospectivo
- 2.- UNIVERSO DE TRABAJO: Serie de casos, pacientes con diagnóstico de tumores en la región periampular y tratados en el Hospital (Dr. Bernardo Sepúlveda G.) de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI del IMSS y que recibieron tratamientos quirúrgicos de 1990 a 1995. (6 años).
- 3.- DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:
  - a) Variable independiente: Paciente con Ca. Periampular.
  - b) Variable dependiente: Diagnóstico previo de Ca. Periampular y su tratamiento quirúrgico.
  - c) Variable de confusión: Malignidad y sobrevida de los Ca. Periampulares al ser tratados quirúrgicamente.
  - d) Descripción Operativa: Valorar el diagnóstico oportuno y fidedigno de Ca. Periampular, manejo quirúrgico adecuado para la patología encontrada y que sea el mejor manejo para mejorar la sobrevida y tener un buen pronóstico, y de, ser pobre, que la sobrevivencia sea la más digna para el paciente.

## VI. HIPOTESIS

Hay múltiples tumores desde benignos hasta los altamente malignos irresecables en un 23% (34).

En nuestro trabajo en los 13 pacientes encontramos tumores benignos como es el adenoma, y malignos que son muy agresivos con una invasión importante irresecables en algunos casos como el adenocarcinoma poco diferenciado; hubo también casos de estenosis benignas en colédoco que asemejaron a tumor en dicho lugar. Es importante mencionar es que la mayoría de los tumores se encontraron en estadíos avanzados por lo que fueron manejados paliativamente.

## VII. OBJETIVO

Los tumores periampulares se deben de manejar agresivamente y más cuando el tumor es de pequeño tamaño e invasión mínima. En caso de que el tumor sea de gran tamaño y de alta invasión es mejor manejarlo paliativamente y con tratamientos coadyuvantes.

## VIII. MATERIALES, PACIENTES Y METODOS

1.- DISEÑO DE ESTUDIO: Cohorte retrospectivo

2.- UNIVERSO DE TRABAJO: Serie de casos, pacientes con diagnóstico de tumores en la región periampular y tratados en el Hospital (Dr. Bernardo Sepúlveda G.) de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI del IMSS y que recibieron tratamientos quirúrgicos de 1990 a 1995. (6 años).

3.- DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:

- a) Variable independiente: Paciente con Ca. Periampular.
- b) Variable dependiente: Diagnóstico previo de Ca. Periampular y su tratamiento quirúrgico.
- c) Variable de confusión: Malignidad y sobrevida de los Ca. Periampulares al ser tratados quirúrgicamente.
- d) Descripción Operativa: Valorar el diagnóstico oportuno y fidedigno de Ca. Periampular, manejo quirúrgico adecuado para la patología encontrada y que sea el mejor manejo para mejorar la sobrevida y tener un buen pronóstico, y de, ser pobre, que la sobrevivencia sea la más digna para el paciente.

**4.- SELECCION DE LA MUESTRA:**

- A) Tamaño de la muestra: todos los pacientes intervenidos durante 6 años en el Hospital Dr. Bernardo Sepúlveda G. de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI del IMSS, con diagnóstico de Ca. Periampular.
- B) Criterios de selección:
  - 1) Criterios de inclusión:
    - a) Diagnóstico Ca. Ampular
    - b) Que no tengan metástasis.
    - c) No sea inoperable
  - 2) Criterios no incluido:
    - a) Tener metástasis en varios órganos vitales
    - b) Falla múltiple orgánica
  - 3) Criterios de exclusión:
    - a) Sea inoperable

**5.- PROCEDIMIENTOS:**

- a) Selección de la muestra según criterios de selección
  - 1.- Reunión de archivos
  - 2.- Vaciamentos de datos en fichas u hoja de recolección de datos
- b) Obtención de datos
- c) Obtención de resultados
- d) Análisis de resultados

**6.- ANALISIS ESTADISTICO:**

- 1.- Resumen
- 2.- Medias.

**IX. CONSIDERACIONES ETICAS**

No hay riesgo alguno para los pacientes y será confidencial la información adquirida en los archivos.

**X. RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

**A) RECURSOS HUMANOS:** Personal médico del servicio de gastrocirugía.

**B) RECURSOS MATERIALES:** Los propios del hospital.

**C) RECURSOS FINANCIEROS:** No se requiere una partida especial.

**XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Reunión de Datos	•				
Elaboración de protocolo		•			
Captura de Datos			•		
Análisis de Resultados				•	
Elaboración de Tesis					•

## XII. ANEXO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

### SERVICIO DE GASTROCIROLOGÍA HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

#### MANEJO QUIRURGICO A Ca. AMPULA DE VATER

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de afiliación: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

AHF: \_\_\_\_\_

APP: \_\_\_\_\_

Síntomas Principales: \_\_\_\_\_

Laboratorios y Gabinete: \_\_\_\_\_

Cirugía Realizada: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Establecido: \_\_\_\_\_

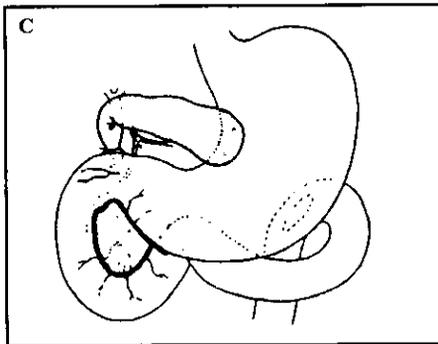
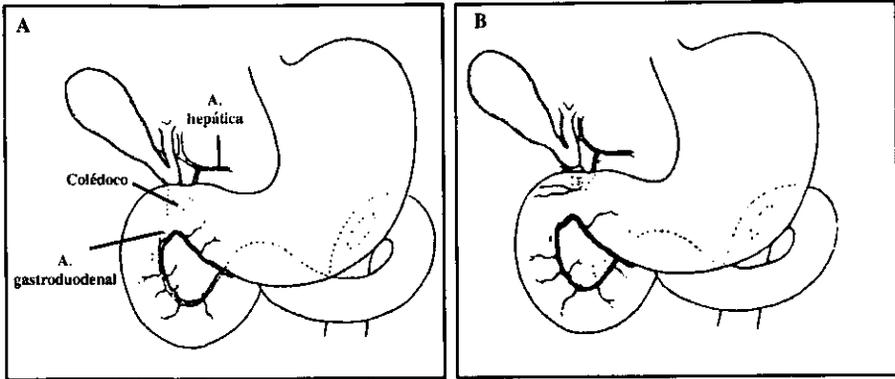
Complicación: \_\_\_\_\_

Motivo Alta: \_\_\_\_\_

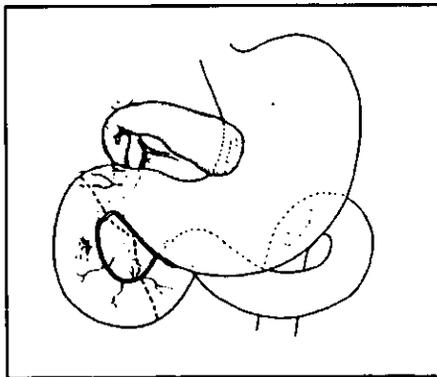
1º Mejora: \_\_\_\_\_

2º Defunción: \_\_\_\_\_

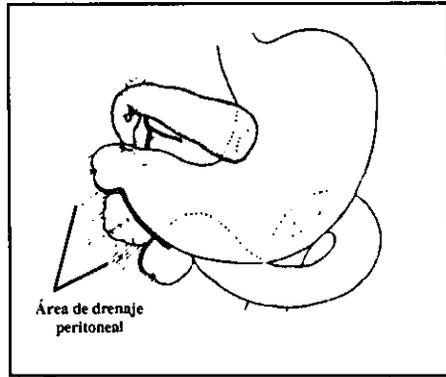
### XIII. DIBUJO PROCEDIMIENTO DE WHIPPLE



PRIMERA OPERACIÓN



SEGUNDA OPERACIÓN



ÚLTIMO ESTADO

## XIV. RESULTADOS

Se estudiaron 13 pacientes, sometidos a uno o varios procedimientos quirúrgicos por un diagnóstico de Ca. Ampular, durante 6 años de 1990 a 1995 en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidad "Dr. Bernardo Sepúlveda G." del C.M.N. Siglo XX del IMSS.

Los resultados son los siguientes:

**Tabla 1**  
**Distribución por edad:**

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
31 - 40	1	7.69
41 - 50	2	15.39
51 - 60	3	23.07
61 - 70	3	23.07
71 - 80	2	15.39
81 - 90	2	15.39
TOTAL	13	100

Con media de: 61.3

**Tabla 2**  
**Distribución de sexo:**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	8	61.54
MASCULINO	5	38.46
TOTAL	13	100

**Tabla 3**  
**Factor Predisponente:**

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MULTIPLES DIAGNOSTICOS	8	26.67
HIPERTENSION ARTERIAL	5	16.67
GASTRITIS CRONICA	1	3.34
HEPATITIS VIRAL	2	6.67
MULTIGESTA	1	3.34
TABAQUISMO	2	6.67
Ca. Cu.	1	3.33
ENF.DE BARRETT	1	3.33
COLECISTECTOMIA	3	10.00
ALCOHOLISMO	1	3.33
INSUF. VENOSA	1	3.33
TUBERCULOSIS	1	3.33
DIABETES MELLITUS	1	3.33
TRANSFUSION	1	3.33
PREECLAMPSIA	1	3.33
TOTAL	30	100.00

**Tabla 4**  
**Sintomas y Signos Principales:**

SINTOMAS Y SIGNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR	9	14.06
ICTERICIA	12	18.75
COLURIA	5	7.82
ACOLIA	5	7.82
HEMATEMESIS	2	3.12
PERDIDA DE PESO	5	7.82
NAUSEA	5	7.82
VOMITO GASTROBILIAR	5	7.82
FIEBRE	4	6.25
PRURITO	2	3.12
MELENA	2	3.12
ASTENIA Y ADINAMIA	2	3.12
SIGNO COURVOISIER	1	1.56
SIGNO MURPHY	1	1.56
VARICES MPS	1	1.56
HEPATOMEGALIA	2	3.12
REFLUJO GASTROESOFAGICO	1	1.56
TOTAL	64	100.00

**Tabla 5**  
**Estudio realizado para el Diagnóstico previo**

ESTUDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENDOSCOPIA/CPRE	5	25
TAC	3	15
USG	5	25
SEGD	1	5
BIOPSIA PERCUTANEA	1	5
BIOPSIA TRANSOPERATORIA	5	25
TOTAL	20	100.00

**Tabla 6**  
**Cirugías Realizadas**

CIRUGIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEPATICOEYUNO	2	6.67
ANASTOMOSIS EN Y DE ROUX		
DRENAJE DEL ESPACIO	3	10.00
DE MORRINSON WHIPPLE	2	6.67
CCT + EVB + ST	9	30.00
COLEDOCODUODENO	2	6.67
ANASTOMOSIS ESFINTEROPLASTIA	3	10.00
DUODENOTOMIA	2	6.67
YEYUNOSTOMIA	1	3.33
GASTROYEYUNO	2	6.67
ANASTOMOSIS AMPULECTOMIA	1	3.33
COLEDOCOYEYUNO	2	6.67
ANASTOMOSIS TERMINO-LATERAL		
+ YEYUNOYEYUNO ANASTOMOSIS		
TERMINO-LATERAL		
VAGOPILOROPLASTIA	1	3.33
TOTAL	30	100.00

**Tabla 7**  
**Complicaciones postquirúrgicas**

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SANGRADO + ESPLENECTOMIA	1	25.00
FISTULA BILIAR	1	25.00
INSUFICIENCIA HEPATICA	1	25.00
INSUFICIENCIA RENAL	1	25.00
TOTAL	4	100.00

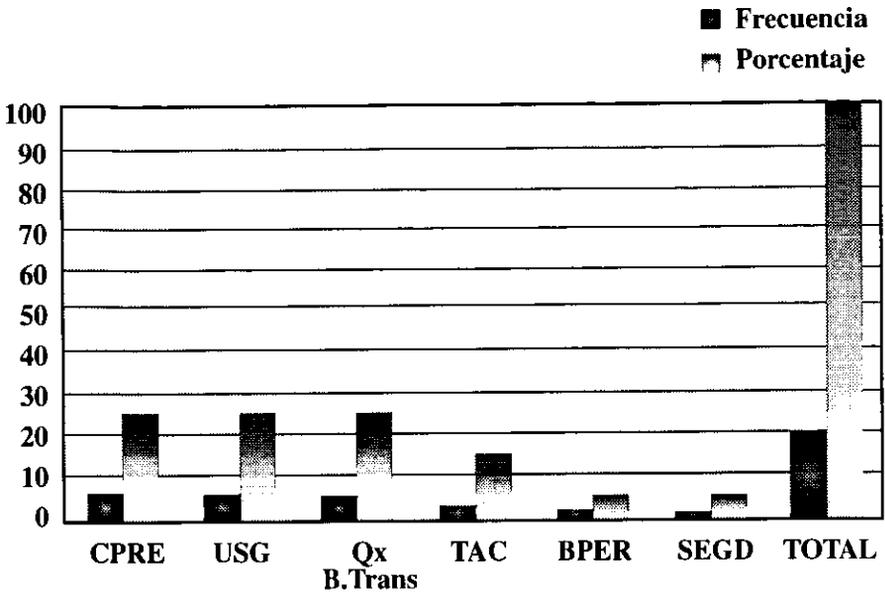
**Tabla 8**  
**Tipo de Tumor**

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADENOCARCINOMA POCO DIF.	2	16.67
ADENOCARCINOMA BIEN DIF.	2	16.67
Ca. DE AMPULA	4	33.34
Ca. DE PANCREAS	1	8.33
ADENOMA DE AMPULA VATER	1	8.33
ESTENOSIS BENIGNA AMPULA VATER	1	8.33
OCLUSION DUODENAL BENIGNA	1	8.33
TOTAL	12	100.00

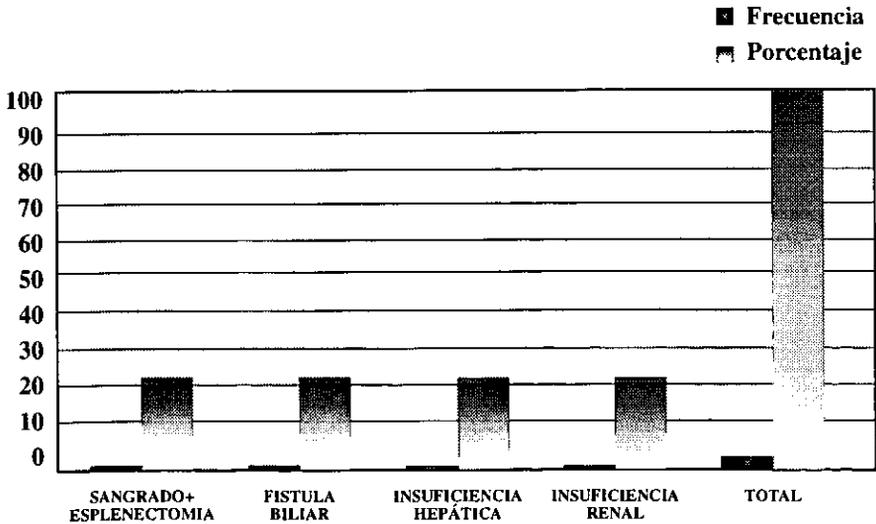
**Tabla 9**  
**Tipo de Egreso**

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEJORIA	8	61.54
DEFUNCION	5	38.46
TOTAL	13	100.00

### Estudios para DX



### Complicaciones Quirúrgicas



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## **XV. DISCUSION**

De acuerdo a los resultados de los 13 pacientes tratados por Ca. Ampulares los cuales se les manejó con algún tipo de cirugía radical ó paliativa. De estos 8 son femeninos y 5 son masculinos, con una media de edad 61.3 años y con un rango de edad de 39 a 85 años. El factor predisponente fue múltiples diagnostico en 8 pacientes, hipertensión en 5 pacientes, colecistitis litíásica crónica en 3 pacientes, y hepatitis viral y tabaquismo en 2 pacientes. Los signos y síntomas principales fueron: ictericia en 12 pacientes, dolor en 9 pacientes y acolia, coluria, náuseas, vómito gastrobiliar y pérdida de peso en 5 pacientes. Los estudios diagnósticos prequirúrgico más usados fueron: USG, CPRE; BIOPSIA TRANSOPERATORIA en 5 pacientes cada uno de ellos. La cirugía más comunmente realizada fue Colecistectomía más exploración de vía biliar y colocación de sonda en T. Se acompañaban, alguna cirugía paliativa o radical, con un promedio de 3 cirugías por paciente en intervenciones iniciales. (que iban de 1 a 7 procedimientos en un mismo acto quirúrgico). Las complicaciones más comunes fueron: fístula biliar, insuficiencia hepática y renal, sangrado que ameritó realizar una esplenectomía. El tumor más común encontrado fue el CARCINOMA AMPULAR en un 33.34% y seguido por un adenocarcinoma bien diferenciado e indiferenciado en 16.67% cada uno. El número de pacientes (61.54%) fueron dados de alta por mejoría y el número de pacientes (38.46%) fallecieron.

## **XVI. CONCLUSION**

En nuestro estudio lo que podemos concluir, es que en estos pacientes el diagnostico se realizó tardíamente, por lo tanto la gran mayoría de los manejos quirúrgicos fueron tipos paliativos, debido a que cirugías radicales fueron muy pocas, pero mejorando su calidad de vida.

## XVII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- SCHWARTZ I. SEYMOUR et, al Maingot Operaciones Abdominales Tomo 2 cap. 92, 1996, editorial médica Panamericana, S.A. pg. 1956-1965 y 2098-2143.
- 2.- C. SPERTI et, al Radical resection for ampullary carcinoma: long-term results Br-J-Surg 1994 mayo 81(6) 688 a 671.
- 3.- T. Lok Tio, et, al Endosonography in Staging Early Carcinoma of the Ampulla of Vater gastroenterology 1992; 102: 1392-1395.
- 4.- J. Hein Allema MD. Et, al Results of pancreaticoduodenectomy for ampullary carcinoma and analysis of prognostic factors for survival Surgery, march de 1995, 247-253.
- 5.- Christopher M. Pyke MB. Et, al Late anastomotic recurrence after radical resection of carcinoma of the ampulla of Vater: Case report Surgery, 1992 Juny, 111 (6) 714-717.
- 6.- Kenneth W. Sharp, MD, et, al Local Resection of Tumors of the Ampulla of Vater The American Surgeon, April 1990, Volúmen 56 del 214-217.
- 7.- Junichi Yoshida, MD, et, al Carcinoma in Adenoma of the Ampulla of Vater Synchronous with Cancer of the Singmoid Colon Digestive Diseases and Sciences, Vol. 35. No. 2 February 1990 271-275.
- 8.- Zuiderma DeGeorge, et, al Shackelford Cirugía del aparato digestivo, tomo III 3era. Edición editorial Médica Panamericana, S.A. 1991, pag. 71-103.
- 9.- Binmueller K.F. et, al Endoscopid Snare excision of benign adenomas of the papilla of Vater Gastrointest-Endoscopy 1993 March-April 39 (2) 127-131.
- 10.- Ricci J. L. Carcinoid of the ampulla of Vater. Local resection of pancreaticoduodenectomy. cancer, 1993 february 1: 71 (3) 686-690.
- 11.- K. E. Bakkevold, et, al Carcinoma of the Pancreas and Papilla of Vater: Presenting Symptoms, Signs, and Diagnosis Related to Stage and Tumour Site Scand-J-Gastroenterol 1992 April 27 (4) 317-325.
- 12.- Lim J. H. Et, al Carcinoma of the ampulla of Vater sonographic and CT. Diagnosis Abdominal Imaging 1993 18 (3) 237-241.
- 13.- Kim S. M., et, al Surgical treatment of periampullary Cancer- Review of 766 Surgical experiences of 8 hospitals. J-Korean-Medical Science 1992 December 7 (4) 297-303

- 14.- Martin, H. E. And Ellis E. B. Biopsy by Needle puncture and aspiration. *annals and surgery* 1992; pg. 169, 1930.
- 15.- Ishikawa-O, et, al A new Method of intraoperative cytodagnosis for mores precisely locating the occult neoplasms of the pancreas. *Surgery* 1992 March, 111 (3) 294-300.
- 16.- Endoscopic sphincterotomy for the palliation of ampullary carcinoma B.J. *Surgery* 1990 february 77 23 160-162.
- 17.- Tribble W. Et, al Use endoscopic ultrasonography for evaluation of painless jaundice south-Medical Journal 1993 March 86(3) 358-360.
- 18.- Mukai H. Et, al Evaluation of endoscopic ultrasonography in the pre-operative staging of Carcinoma of the ampulla de Vater and common bile duct *Gastrointestinal endoscopic* 1992 november and december 38 (6): 676-683.
- 19.- Matory Y. L. Et, al Carcinoma of the ampulla de Vater. *Surgery- gynecol-obstetry* 1993 october 177 (4) 366-370.
- 20.- Yeh C. C. Et, al Benign Villous Adenomas of the ampulla de Vater, report of two cases *J.Formes Medical Association* 1993 october 92 (10) 914-916.
- 21.- Efthimios Hatzitheoklitos, M. D. Et, al Carcinoid of the Ampulla of Vater *Cancer* 1994 march 16 73 (6) 1580-1588.
- 22.- Gertsch P. Et, al The technique of papilloduodenectomy *Surgery-Ginecologic obstetric* 1990 march 170 (3) 254-256.
- 23.- Shutze William P. M.D. et, al Long-Term Follow of 24 Patients Undergoing radical Resection for Ampullary Carcinoma, 1953 to 1988 *Cancer* 1990 october 66 (15) 1717-20
- 24.- Yamaguchi K. And Nishihara K. Long and short-term Survivors after pancreatoduodenectomy for ampullary Carcinoma *J-Surg-Oncology* 1992 july 50 (3) 195-200.
- 25.- Curram F. T. Et, al Long term changes in body composition after pancreatoduodenectomy *J-R-Coll-Surg-Edinb* 1991 february 36 (1) 32-34.
- 26.- Farguk M. et, al Indications for and the technique of local resection of tumours of the papilla de Vater. *Arch-surg* 1991 may 126 (5) 650-652.
- 27.- Monson J. R. Et, al Radical resection for carcinoma of the ampulla of Vater *Arch-surg* 1991 march 126 (3) 353-357.

- 28.- A. Valdivieso, et. al Villous tumours of the ampulla of Vater Br-J-Surg 1994 January 81 (1) 82
- 29.- Asbun Joracio, et. Al Local resection for ampullary tumors is there a place for it Arch surg vol. 128 may 1993 pg. 515-520.
- 30.- Joya Pawade, M. R. C. Path, et, al Primary Lymphoma of the Ampulla of Vater Cancer april 15, 1994, vol. 73 No. 8
- 31.- J. H. G. Klinkenbijl, M. D. Et, al The advantages of Pylorus-preserving Pancreatoduodenectomy in Malignant Disease of the pancreas and periampullary region Ann surg august 1992 vol. 216 (2) pg. 142-145.
- 32.- McGuire G. E. M.D. et,al Reoperative surgery for periampullary adenocarcinoma Arch surg october 1991 vol. 126 pg. 1205-1210.
- 33.- K. E. Bakkevold, et, al Tamoxifen therapy in unresectable adenocarcinoma of the pancreas and the papilla of Vater Br. J. Surg july 1990 vol. 77 725-730.
- 34.- Wang H. C. Et, al long term resecable and un resecable periampullary carcinomas Ann coll surg 1994 april 78 (4) 369-378.