



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
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA**

**EXPERIENCIA DE LA
PANCREATICODUODENECTOMIA EN EL SERVICIO
DE CIRUGIA GENERAL EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO
NACIONAL SIGLO XXI.**

T E S I S

**QUE PRESENTA EL:
DR. SERGIO CASTRO IBARRA
PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE:
CIRUGIA GENERAL**

ASESOR: DOCTOR ROBERTO SUAREZ MORENO



IMSS

MEXICO, D. F.



m. 346137



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.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 FACULTAD DE MEDICINA
 U.N.A.M.

[Handwritten signature]


Doctor
NIELS H. WACHER RODARTE
 Jefe de División de Educación e Investigación Médica
 Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
 Centro Médico Nacional Siglo XXI.
 Instituto Mexicano del Seguro Social.

[Handwritten signature]

Doctor
ROBERTO BLANCO BENAVIDES
 Profesor Titular del Curso de Cirugía General
 Jefe del Servicio de Cirugía General
 Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
 Centro Médico Nacional Siglo XXI.

[Handwritten signature]

Doctor
ROBERTO SUAREZ MORENO
 Asesor de Tesis
 Médico Adscrito al Servicio de Cirugía General
 Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
 Centro Médico Nacional Siglo XXI

 HOSP. DE ESPECIALIDADES
 DEL C. M. N. "SIGLO XXI"
 ★ MAR. 14 1997 ★
 JEFATURA DE ENSEÑANZA
 E INVESTIGACION

Reg. No. 06/97

AGRADECIMIENTO:

AL DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

Por brindarnos su experiencia, dedicación y apoyo en la formación de nuestra residencia.

AL DR. ROBERTO SUAREZ MORENO

Por su apoyo, ayuda y enseñanza que me mostró durante mi formación profesional.

A MIS MAESTROS

Por su incansable espíritu de enseñanza, su apoyo, comprensión y su gran calidad humana.

DEDICATORIA:

A MIS PADRES Y HERMANOS.

Por amor y gran apoyo que me han mostrado durante la formación de todo el tiempo que duro mi formacion profesional.

A DEBORAH.

Por su apoyo, comprensión, amor y dedicación que mostró durante los tiempos más difíciles de mi formación profesional.

A SAMUEL Y CARMELA.

Por el apoyo desinteresado que siempre me han mostrado.

INDICE

	<i>PAGINA</i>
<i>ANTECEDENTES</i>	<i>1</i>
<i>PROBLEMA</i>	<i>7</i>
<i>HIPOTESIS</i>	<i>8</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<i>9</i>
<i>MATERIAL Y METODOS</i>	<i>10</i>
<i>SELECCION DE LA MUESTRA</i>	<i>12</i>
<i>CONSIDERACIONES ETICAS</i>	<i>13</i>
<i>RECURSOS PARA EL ESTUDIO</i>	<i>14</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>15</i>
<i>DISCUSION</i>	<i>19</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>22</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>23</i>
<i>ANEXO</i>	<i>25</i>
<i>GRAFICA</i>	<i>26</i>

ANTECEDENTES.

La pancreaticoduodenectomía (PDE) clásica es un procedimiento extenso, e incluye: resección en bloque del antro gástrico, duodeno, incluyendo los primeros centímetros de yeyuno, vesícula biliar, colédoco y cabeza del páncreas.

Existen referencias históricas (1,2) de la resección de una porción de duodeno y cabeza de páncreas realizada a finales de 1800, indicada en un paciente portador de un tumor periampular, pero el paciente falleció en el posoperatorio.

Halsted en 1898 (1,3) excindió exitosamente un tumor periampular; el paciente presentó recidiva del tumor y falleció 7 meses más tarde.

Kausch en 1912, fue el primero en reportar una pancreaticoduodenectomía exitosa (2,3). Whipple y colaboradores en 1935 (1-4), describieron y popularizaron la PDE, descrita para un paciente con un tumor maligno periampular. En su reporte original Whipple describió la cirugía en dos etapas: en la primera etapa se sometía al paciente a gastroyeyunoanastomosis, ligadura del colédoco y colecistogastroanastomosis; 4 semanas más tarde terminaba el procedimiento realizando: ligadura de arterias gastroduodenal y pancreaticoduodenal, resección de la porción descendente del duodeno, y resección en cuña de la cabeza del páncreas incluyendo el tumor, y ligaba los conductos pancreáticos (4).

La PDE se ha modificado técnicamente en varias ocasiones y en 1941 Trimble la realizaba en una sola etapa (3). A finales de los setentas Traverso y Longmire describieron la PDE preservando el píloro (PDPP) (7); incluso en los últimos años se ha optado por preservar la arteria gastroduodenal (5).

La PDE fue la operación de elección para pacientes portadores de tumores malignos periampulares, pero se abandonó más tarde ya que tenía una mortalidad operatoria elevada y una pobre supervivencia. Actualmente la PDE ha tomado auge de nuevo y es debido a la disminución considerable de la morbilidad y mortalidad operatorias (2,3).

Actualmente la indicación más común de PDE son los tumores malignos periampulares, aunque también se indica en tumores benignos, pancreatitis crónica y trauma severo pancreatoduodenal (2,3,6,8,9).

Las opciones para reconstruir las vías pancreaticobiliares y digestivas depende de la preferencia del cirujano; por ejemplo la anastomosis pancreática puede realizarse con el estómago y en éste caso es terminolateral; o con el yeyuno en éste caso puede ser terminoterminal o terminolateral. Si se realiza anastomosis terminoterminal al yeyuno, el conducto pancreático debe anastomosarse a la mucosa yeyunal. Otra opción es ligar los conductos pancreáticos.

Existen controversias en el tipo de material de sutura que deba utilizarse, el número de planos de sutura en cada anastomosis y si deba utilizarse férulas pancreáticas y hepáticas (7).

La secuencia de reconstrucción de las vías digestivas y pancreaticobiliares, que se utiliza con mayor frecuencia es: pancreaticoyeyunoanastomosis, hepaticoyeyunoanastomosis y al final gastro o duodeno yeyunoanastomosis; el orden de ésta secuencia varía según la preferencia del cirujano (7).

Existe una tendencia en mejorar la mortalidad y morbilidad operatorias, aunque existen factores de riesgo relacionados con morbilidad elevadas. Entre éstos tenemos: infarto agudo del miocardio, diabetes, hipertensión arterial sistémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia vascular periférica, cirugía biliar previa, cirugía por otro proceso maligno, tabaquismo y alcoholismo (2).

Durante el decenio de 1980 la mortalidad operatoria de la PDE se redujo de 25% a 5% (2,3,6,7). En los últimos años se ha mantenido ésta tendencia y se han reportado grandes series de pacientes operados de PDE sin mortalidad operatoria (2,11).

Muchos factores han influido en los excelentes resultados que se han obtenido, entre otros se encuentran: mejoría en la asistencia anestésica, mejoría en los cuidados intensivos postoperatorios y a una mayor experiencia quirúrgica.

Aunque la mortalidad operatoria ha disminuido en forma considerable la morbilidad aun se mantiene elevada (2,3,10), en una serie el Dr. Cameron (2) reportó una morbilidad de 52% sin mortalidad operatoria; en ésta serie al 81% de los pacientes se les realizó PDPP.

Las complicaciones postoperatorias que se presentan con mayor frecuencia son: retardo en el vaciamiento gástrico, fuga y fistula pancreática, absceso intraabdominal, fuga biliar y pancreatitis (2-4,7).

La complicación operatoria más frecuente es retardo del vaciamiento gástrico y algunos autores afirman que ésta complicación se relaciona con los pacientes operados de PDPP, pero este hecho no está demostrado (3,7,12).

El sitio de anastomosis pancreática es una fuente considerable de complicaciones y de considerable mortalidad, se han reportado índices de fuga pancreática de 8% a 18% (7,10,13). Ante la presencia de una fuga pancreática los pacientes pueden reaccionar de distinta forma, la mayoría presentan sintomatología leve; y el detectar gástrico por un drenaje con concentraciones elevadas de amilasa, revela una fistula pancreática; en éstos pacientes se espera un cierre espontáneo en el transcurso de 1 a 3 semanas (13); aunque existen casos graves en los que puede presentarse sepsis, formación de abscesos intraabdominales, destrucción de tejido peripancreático y si se afecta algún vaso importante puede condicionar una hemorragia severa y mortal en muchos de los casos (13).

En caso de fuga pancreática que pueda manejarse en forma conservadora, es útil el empleo de octreótide un análogo de la somatostatina, que acelera el cierre de las fistulas y disminuye el tiempo de hospitalización (13,14).

En algunos casos graves es necesario reoperar al paciente para aseo de la cavidad y drenaje, con o sin reparación de la anastomosis; drenaje percutáneo, o incluso es necesario completar la pancreatectomía para control de la fuga pancreática (10,13) .

El absceso intraabdominal es la complicación que con mayor frecuencia se relaciona con fuga pancreática, pero la hemorragia se ha considerado el factor de peor pronóstico relacionado con fuga pancreática.

La sobrevida de los pacientes operados de PDE, depende de varios factores, entre los de mayor importancia se encuentran: tamaño del tumor mayor de 2.5 cm, diferenciación histológica del tumor, metástasis a ganglios linfáticos, afectación tumoral de la vena porta, presencia de tumor en los márgenes quirúrgicos, pérdidas operatorias mayores de 800 ml de sangre y necesidad de transfundir más de 3 unidades de sangre en el transoperatorio (3,7,10,16).

La sobrevida reportada a 1, 3 y 5 años es de 81%, 65% y 24% a 54% respectivamente (10,16). Si tomamos en cuenta un solo factor pronóstico, la sobrevida a 5 años es: para ganglios linfáticos positivos de 9% Vs 35% para ganglios negativos; 9% para PDE clásica Vs 24% para PDPP; 17% para pérdidas sanguíneas mayores de 800 ml Vs 27% a menores de 800 ml, 10%

para transfusiones transoperatorias de más de 3 unidades de sangre Vs 26% en transfusiones transoperatorias menores de 2 unidades de sangre.

Si hay afectación tumoral de la vena porta, la sobrevida mediana es de 10 meses, si el tumor es mayor de 2.5 cm la sobrevida mediana es de 15 meses y si se encuentran los bordes quirúrgicos libre de tumor la sobrevida mediana es de 38 meses Vs 11 meses cuando se encuentra tumor en los bordes quirúrgicos (11,15).

Un aspecto importante de los pacientes operados de PDE es la calidad de vida; en un 16% de los pacientes es necesario control de la glicemia con insulina o hipoglucemiantes orales, un 28% de los pacientes requieren de restricción de algún tipo de alimento.

Todos los pacientes tienen una función social aceptable, pero solo el 90 % recuperan funcionalidad y el 36 % vuelven a su estado premórbido. Se ha observado que la PDPP tiene una mejor calidad de vida y una mejor recuperación de estado nutricional (5,7,10,12,17).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Pancreaticoduodenectomia (PDE) es un procedimiento que aún se relaciona con una morbilidad elevada y con una tendencia decreciente en la mortalidad operatoria; en nuestro servicio desconocemos la experiencia con dicho procedimiento por lo que pretendemos determinar ¿cuál es la morbilidad, mortalidad y sobrevida? de los pacientes sometidos a PDE en nuestro hospital.

HIPOTESIS

La morbilidad, mortalidad y sobrevivencia de los pacientes sometidos a PDE son similares a las reportadas por la literatura.

OBJETIVOS

Determinar si la mortalidad, morbilidad y sobrevida de los pacientes sometidos a PDE en nuestro servicio se encuentra en rangos aceptables.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los pacientes sometidos a PDE en el servicio de cirugía general del HE CMN SXXI, en un período de 8 años, en el lapso de Enero de 1989 a Diciembre de 1996.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- *Edad*
- *Sexo*
- *Diagnóstico preoperatorio*
- *Tipo de cirugía*

VARIABLES DEPENDIENTES

- *Morbilidad operatoria*
- *Mortalidad operatoria*
- *Sobrevida*

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

- **EDAD:** *Pacientes de cualquier edad*
- **SEXO:** *Pacientes de ambos sexos*
- **DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:** *Pacientes con diagnóstico de tumores malignos o benignos periampulares.*
- **TIPO DE CIRUGIA** *El procedimiento realizado, ya sea PDE clásica o PDPP.*
- **MORBILIDAD:** *Todas las complicaciones que se presenten durante la cirugía y hasta su egreso del hospitalaria.*
- **MORTALIDAD OPERATORIA:** *Muerte transoperatoria y 30 días después de la cirugía.*
- **SOBREVIDA:** *Tiempo que viva el paciente después de 30 días de operado.*

SELECCION DE LA MUESTRA

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes hospitalizados en nuestro servicio, operados de PDE de enero de 1989 a diciembre de 1996, sin importar la indicación de cirugía.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los pacientes operados de PDE en nuestro servicio sin importar edad ni sexo.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

Pacientes hospitalizados en nuestro servicio y cuya cirugía se halla realizado en otro hospital.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes que no cuenten con expediente clínico.

PROCEDIMIENTOS

Se tomaron datos de los registros de egreso de pacientes operados de PDE; una vez localizados los expedientes clínicos se concentraron los datos en una hoja diseñada para colección de datos.

(Anexo I)

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no pone en riesgo la salud ni la integridad de los pacientes, ya que es solo una revisión de expedientes clínicos.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

En éste estudio es necesario el apoyo del departamento de archivo clínico y del departamento de enseñanza para la búsqueda y localización de los expedientes clínicos.

No se requiere de recursos financieros.

RESULTADOS

De los 9 pacientes operados de pancreaticoduodenectomía (PDE), 2 pacientes fueron excluidos por no reunir los criterios de inclusión; los 7 pacientes restantes 3 hombres (42.8%) y 4 mujeres (57.2%) [Gráfica 2], con edad media de 53.5 años, con rango de edad de 38 a 70 años.[Gráfica3]

Los factores de riesgo operatorios encontrados fueron: 1 paciente con diabetes, 1 paciente con hipertensión arterial sistémica, 1 paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 2 pacientes con alcoholismo, 2 pacientes con tabaquismo y 4 pacientes con pérdida de peso. [Gráfica 4]

El tiempo de evolución de la sintomatología hasta el momento de la cirugía fue en promedio de 7 meses, con rangos de 1 a 12 meses.

En todos los pacientes la indicación de la cirugía fue por tumores periampulares; la presentación clínica fue: ictericia en todos los pacientes, fue fluctuante en 6 de los pacientes (85.7%), solo el paciente de adenocarcinoma de la cabeza del páncreas presentó ictericia progresiva.

Cinco pacientes (71.4%) presentaron coluria, 4 pacientes (57%) acolia, prurito y dolor abdominal; 2 pacientes (28.5%) astenia, hiporexia y melena.[Gráfica 5]

Tres pacientes (42.8%) presentaron elevación de las bilirrubinas con patrón obstructivo, el

paciente de adenocarcinoma de cabeza de páncreas presentó los niveles de bilirrubinas más altos: BT 20.4mg/dl, BD 14.6 mg/dl; los otros 2 pacientes con hiperbilirrubinemias fueron de adenocarcinoma de ampula de Vater con bilirrubinas totales de 4.1mg/dl y 1.7mg/dl; el resto de los pacientes presentaron bilirrubinas totales menores de 1.4 mg/dl. Todos los pacientes presentaron elevación de los niveles séricos de fosfatasa alcalina en 1.2 a 7 veces su valor normal.

A todos los pacientes se les realizó ultrasonido (Us) de hígado y vías biliares, se encontró que todos los pacientes presentaron dilatación de la vía biliar intra y extrahepática; a 6 pacientes de los realizó panendoscopia, en 5 (71.4%) se encontró alteraciones en la papila como son: deformación, ulceración y protusión, se tomo biópsia y se realizó el diagnóstico de adenocarcinoma de ampula de Vater en todos los pacientes.

En 4 pacientes se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, reportandose dilatación de la vía biliar intra y extrahepática; en un paciente se encontró estenosis del tercio distal del colédoco y correspondió al paciente con adenocarcinoma de la cabeza del páncreas. A éste paciente se le practicó esfínteromía, Un paciente de adenocarcinoma de ampula de Vater fué manejado transitoriamente con prótesis biliar.

En 4 pacientes se realizó tomografía computada, se encontró dilatación de la vía biliar intra y extrahepática en todos los pacientes, no se detectó crecimiento de ganglios linfáticos.

En todos los pacientes la indicación de la PDE fue por tumores periampulares, encontrando 5

adenocarcinomas de ámpula de Vater (71.4%), 3 de los cuales fueron moderadamente diferenciados (60%) y bien diferenciados 2 (40%); en un paciente se encontró adenocarcinoma de cabeza de páncreas (14.2%) y fue moderadamente diferenciado; en 1 paciente (14.2%) un tumor quístico de cabeza de páncreas en cuyo caso no se determinó el estirpe histológico de tumor. [Gráfica 6]

El tipo de cirugía realizada fue: PDE clásica en 4 pacientes (57.1%) y PDPP en 3 pacientes (42.8%) [Gráfica 7]; con un tiempo medio de cirugía de 6.3 hrs, rangos de 5 a 7 hrs.

La media de sangrado operatorio fue de 1328 ml, con rangos de 600 a 2400 ml [Gráfica 8], fue necesario transfundir 580 ml en promedio, rangos de 300 a 1700 ml. La estancia en la unidad de cuidados intensivos fue en promedio de 3.7 días, rango de 1 a 11 días.

Obtuvimos una morbilidad global de 85.7% [Gráfica 9]; las complicaciones que se observaron con mayor frecuencia fueron: sangrado intraabdominal postoperatorio en 2 pacientes (28.5%), ambos pacientes ameritaron reoperación de urgencia por presentar choque hipovolémico, un paciente falleció en la reoperación, el otro evolucionó con SIRPA, alteraciones ácido base severas, insuficiencia renal aguda y coagulación intravascular diseminada, falleció 10 días después de la operación.

En 2 pacientes (28.5%) se presentó fístula pancreática, cerrando con manejo conservador a las 10 y 12 semanas. En 2 pacientes (28.5%) se presentó retardo en el vaciamiento gástrico y en ambos casos fue en PDPP. En un paciente se presentó dehiscencia de la

pancreaticoyeyunoanastomosis, en éste paciente fué necesario reoperación con reparación de la anastomosis y drenaje, cursando posteriormente con fístula pancreática.

En un paciente (14.2%) se presentó absceso intraabdominal, el cual fué drenado vía percutánea guiado por ultrasonido.

En una de las PDE utilizó sondas férula transhepáticas y presentó fuga de material intestinal por el sitio de salida de la sonda en el yeyuno, el paciente ameritó tratamiento quirúrgico para lavado de cavidad y recolocación de la sonda y para resolver el cuadro de oclusión intestinal que presentaba, el paciente presentó evolución favorable.

La mortalidad operatoria mortalidad operatoria fue de 28.5% y ambos casos fueron secundarios a sangrado intraabdominal postoperatorio. Las estancia hospitalaria excluyendo a los paciente de muerte operatoria, fue de 44 días en promedio con rangos de 25 a 70 días.

La sobrevida de nuestros pacientes, es de 9 meses para un paciente con adenocarcinoma de ámpula de Vater, este paciente falleció por recidiva tumoral con metástasis hepáticas. Los 4 pacientes restantes se encuentran vivos clínica y paraclínicamente sin datos de enfermedad tumoral.

Considerando el diagnóstico histológico de cada paciente, la sobrevida para adenocarcinoma de cabeza de páncreas es de 5 meses, los pacientes con adenocarcinoma de ámpula de Vater actualmente vivos a 4 y 14 meses; el paciente con mayor sobrevida es el portador de tumor quístico de cabeza de páncreas actualmente con 66 meses de sobrevida. La sobrevida mediana

para los pacientes portadores de tumores malignos periampulares es de 8 meses.

DISCUSION

Han transcurrido 62 años desde que el Dr. Whipple describiera la pancreaticoduodenectomía (PDE) (1,4); con el transcurso de los años ésta cirugía ha evolucionado técnicamente a cirugía de un solo tiempo y en la última década se ha optado por preservar el píloro, incluso preservar la arteria gastroduodenal (2,4,5,7,8).

En los últimos años la PDE ha resurgido y esto es debido al éxito que se ha obtenido al disminuir la morbilidad y mortalidad operatoria (2,3,11).

Dentro de las indicaciones para realizar una PDE se encuentran: tumores periampulares benignos y malignos, pancreatitis crónica y traumatismos pancreaticoduodenales severos (2,6,9,11); reportándose en varios estudios que la indicación más común es por adenocarcinoma de cabeza de páncreas (2,3,11).

En nuestro estudio no obtuvimos resultados similares, ya que en 71.4% la indicación de cirugía fue adenocarcinoma de ampulla de Vater y solo en 14.2% se presentó adenocarcinoma de cabeza de páncreas.

Muchos autores prefieren realizar PDPP y se reportan grandes series donde predomina éste

procedimiento (5,8,12); los autores que apoyan éste procedimiento es, por ahorro en el tiempo quirúrgico, la disminución de sangrado transoperatorio y por lo tanto menor necesidad de transfusiones transoperatorias; incluso existen reportes de menor frecuencia de sangrado intraabdominal postoperatorio (5,8,15). Aunque a la PDPP la han relacionado con una mayor frecuencia de retraso en el vaciamiento gástrico (2,11,14).

En éste estudio la cirugía que se realizo en más ocasiones fue la PDE clásica en 57.1% de los pacientes y la PDPP en 47.8% de los pacientes. En 2 pacientes se presentó sangrado postoperatorio intraabdominal, condicionando la muerte en ambos casos, éstos casos se presentaron en pacientes operados de PDE clásica.

Los dos casos de retardo en el vaciamiento gástrico se presentaron en pacientes operados de PDPP.

En los pacientes operados de PDE el sitio con mayor riesgo de presentar complicaciones es, la anastomosis pancreática, éstas complicaciones en algunos casos suelen ser fatales.

Los rangos de fuga pancreática reportados son de 8% a 18% (8,10,13), en la mayoría de los pacientes la fuga pancreática es tolerada y gracias a ello se puede indicar un manejo conservador obteniendo el cierre de la fístula en el transcurso de 1 a 3 semanas (13).

Un pequeño numero de pacientes que presenta fuga pancreática, pueden evolucionar con absceso intraabdominal, sepsis y en ocasiones sangrado intraabdominal, es éste el factor de mayor mortalidad relacionado con fuga pancreática (13).

En nuestros pacientes en 2 (28.5%) se presentó fistula pancreática; la incidencia de fistulas obtenida es mayor a la reportada previamente; pero si fue posible el manejo conservador logrando el cierre de la fistula en 10 a 12 semanas.

En un paciente se presentó absceso intraabdominal (14.2%) y fue posible manejo con punción percutánea.

Los pacientes que presentaron sangrado intraabdominal postoperatoria, si bien no se relacionaron con fuga pancreática, fueron fatales.

Existen factores que influyen en la sobrevida de los pacientes operados de PDE, entre otros tenemos: tumor mayor de 2.5 cm, metástasis a ganglios linfáticos, afectación tumoral de la vena porta, pérdida sanguínea transoperatoria mayor de 800 ml, necesidad de transfusión transoperatoria de más de 3 unidades y presencia de tumor en márgenes quirúrgicos (3,9,10,16). Actualmente se reporta sobrevida a 1, 3 y 5 de 81%, 65% y 24% a 54% (3,11,13,15).

En nuestro estudio solo un paciente no presentó adenocarcinoma periampular; tenemos una mediana de vida de 8 meses para los pacientes portadores de adenocarcinoma periampulares y una sobrevida total media de 19.6 meses.

CONCLUSIONES

Los pacientes operados de PDE en nuestro servicio tienen una morbilidad total de 85.7%, la cual es mayor a la reportada por la literatura.

Además tenemos una mortalidad operatoria de 28.5%, la cual es mayor a la aceptada universalmente.

La sobrevida mediana de los pacientes operados de PDE por adenocarcinoma periampular es de 8 meses; con una sobrevida medial global de 19.6%.

BIBLIOGRAFIA

1. *Peters JH, Carey LC. Historical review of pancreaticoduodenectomy. Am J surg 1991;161: 219-225.*
2. *Cameron JL, Pitt HA, Yeo CJ, et al. One hundred and forty five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality. Ann Surg 1993;217:430-38.*
3. *Crist DW, Sitzmann JV, Cameron JL. Improved hospital morbidity, mortality, and survival after the Whipple procedure. Ann surg 1987;206:358-365.*
4. *Bassin A, O'Leary JP. The first report of a successful pancreaticoduodenectomy. Am Surg 1995;61:845-46.*
5. *Nagai H, Ohki J, Kondo Y, et al. Pancreaticoduodenectomy with preservation of the pylorus and gastroduodenal artery. Ann Surg 1996;223:194-8.*
6. *Eastlick L, Fogler RJ, Shaftan GW. Pancreaticoduodenectomy for trauma: Delayed reconstruction. J Trauma 1990;30:503-5.*
7. *Pitt HA. Curative treatment of the pancreatic neoplasms. Sur Clin North Am 1995; 75:865-77.*
8. *Roder JD, Stein HJ, Hütti W, et al. Pylorus preserving versus standard pancreaticoduodenectomy: an analysis of 110 pancreatic and periampullary carcinomas. Br J Surg 1992; 79:152-5.*
9. *Feliciano DV, Martin TD, Cruse PA, et al. Management of combined pancreaticoduodenal injuries. Ann Surg 1987;205:673-80.*

10. *McLeod RS, Taylor BR, O'Connor BI, et al. Quality of life nutritional status, and gastrointestinal hormones profile following the Whipple procedure. Am J Surg 1995;169:179-88.*
11. *Trede M, Schwall G, Seager HD. Survival after pancreaticoduodenectomy: 118 consecutive resections without an operative mortality. Ann Surg 1990;211:447-58.*
12. *Lieberman MD, Kilburn H, Lindsey M, et al. Relation of perioperative deaths to hospital volume among patients undergoig pancreatic resection for malignancy. Ann Surg 1995;222:638-45.*
13. *Cullen JJ, Sarr MG, Ilstrup DM. Pancreatic anastomotic leak after pancreaticoduodenectomy: incidence, significance, and management. Am J Surg 1994;168:245-48.*
14. *Naritomi G, Tonaka H, Matsunaga H, et al. Pancreatic head resection with and without preservation of duodenum: Different postoperative gastric motility. Surgery 1996;120:831-7.*
15. *Allema JH, Reinders ME, Van Gulik TM, et al Result of pancreaticoduodenectomy for ampullary carcinoma and analisis of pronostic factors for survival. Surgery 1995;117:247-53.*
16. *Martineau P, Shwed JA, Deni SR. Is occreotide a new hope for enterocutaneous and external pancreatic fistulas closure ? Am J Surg 1996;172:386-95.*
17. *Gerr RJ, Brennan MF. Pronostic indicators for survival after resection of pancreatic adenocarcinoma. Am J Surg 1993 165:68-73.*

HOJA DE DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____

AFILIACION: _____ EDAD _____ SEXO _____

ANTECEDENTES:

IAM _____ HAS _____ DM _____ EPOC _____ IVP _____ TAB _____

ALCOHOL _____ PER. PESO _____ QX V.B. PREVIA _____

TIEMPO DE EVOL _____

DATOS CLINICOS _____

LABORATORIO PREOPERATORIO:

HB _____ HTO _____ LEUC _____ GLUC _____ CR _____ UREA _____

BT _____ BD _____ BI _____ TGO _____ TGP _____ FA _____

PROT. TOT _____ ALB _____ GLOB _____ COL. TOT _____ CI _____

Na _____ K _____ PLAQ _____ TP _____ Tpt _____

GABINETE: _____

US _____

ENDOSCOPIA _____

_____ CPRE _____

OTROS _____

INDICACION DE CIRUGIA _____

CIRUGIA REALIZADA _____

TIEMPO QX _____ HRS SANG OP _____ ML TRANS OP _____ ML

EST. UCI _____ DIAS INTUBACION _____ DIAS

COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS _____

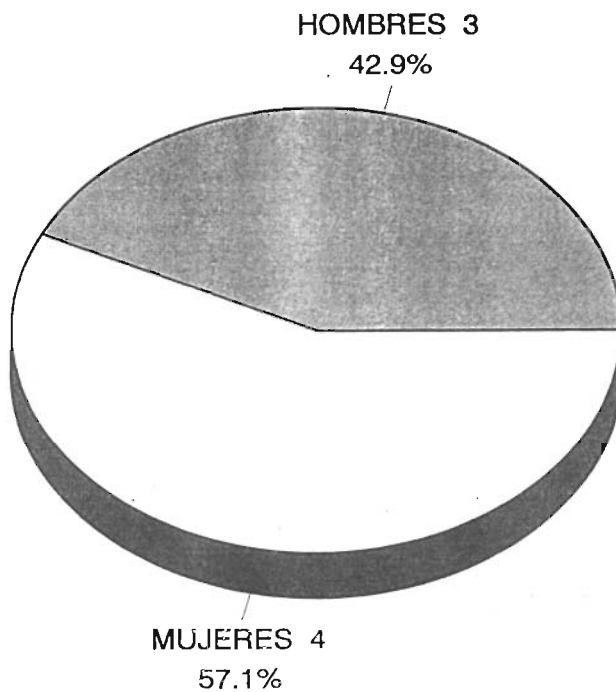
MORTALIDAD OPERATORIA: _____

HOSPITALIZACION _____ DIAS

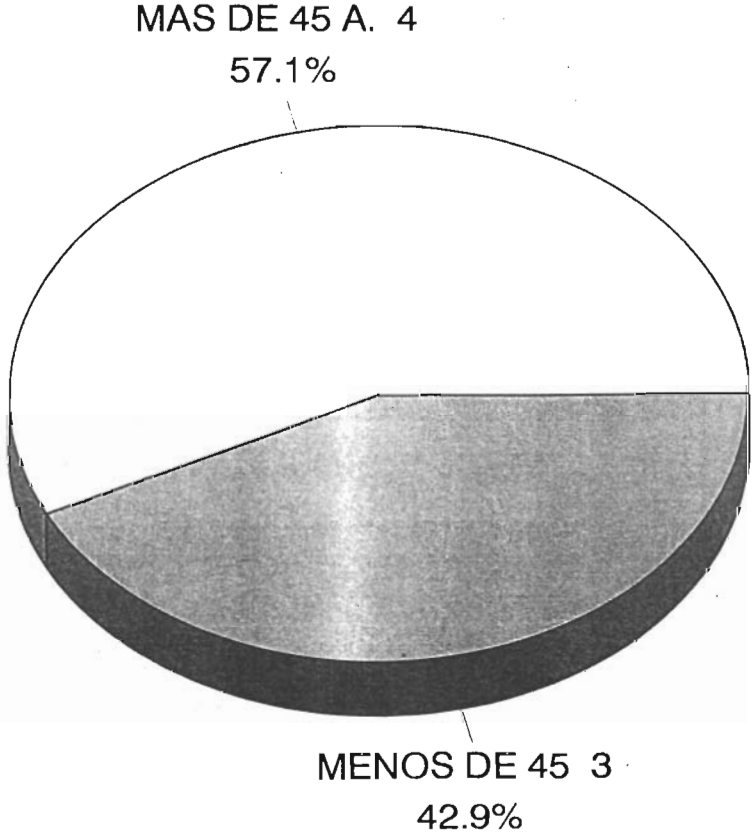
EVOLUCION CLINICA _____

SOBREVIDA _____

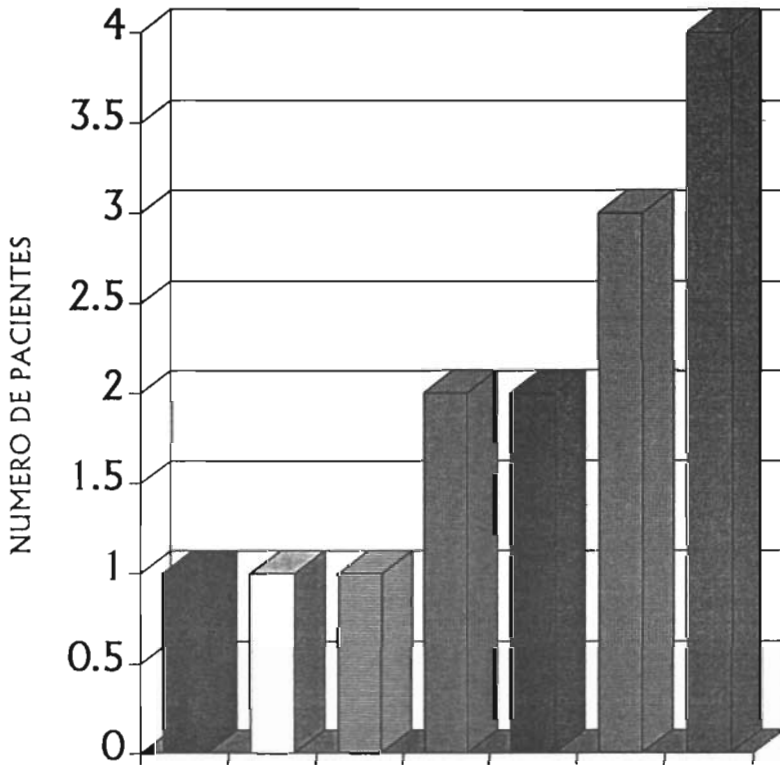
PANCREATICODUODENECTOMIA POR SEXO



PANCREATICODUODENECTOMIA POR EDAD



ANTECEDENTES DE LOS PACIENTES OPERADOS DE PDE



■ HAS

□ DM

■ EPOC

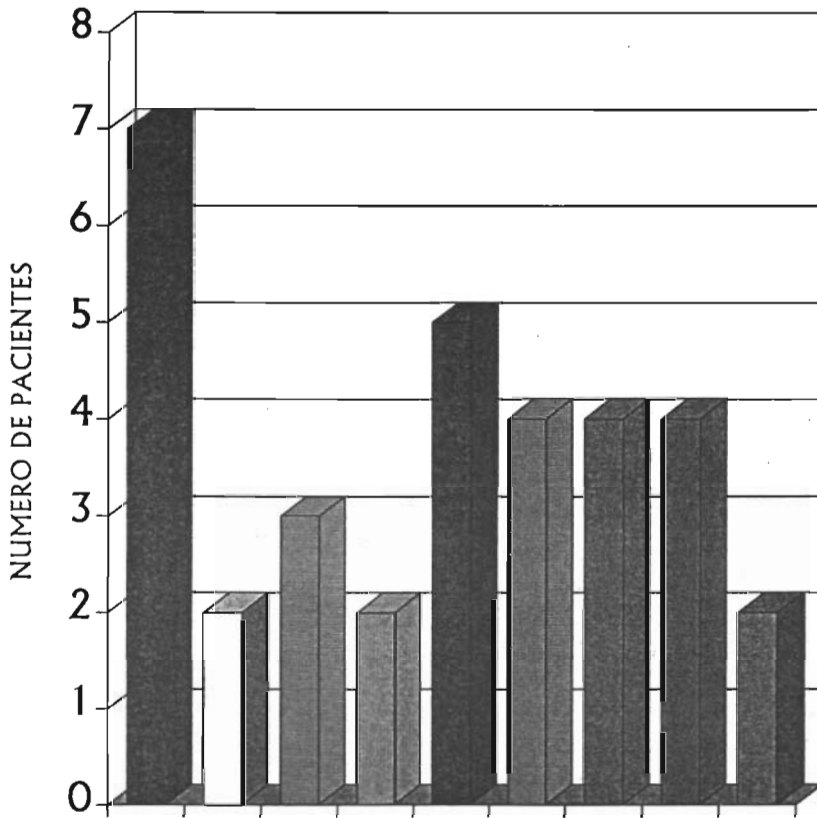
■ ALCOHOLISMO

■ TABAQUISMO

■ Qx VIA BILIAR PREVIA

■ PERDIDA DE PESO

DATOS CLINICOS DE PACIENTES CON TUMORES PERIAMPULARES



■ ICTERICIA

□ HIPOREXIA

■ ADINAMIA

■ ASTENIA

■ COLURIA

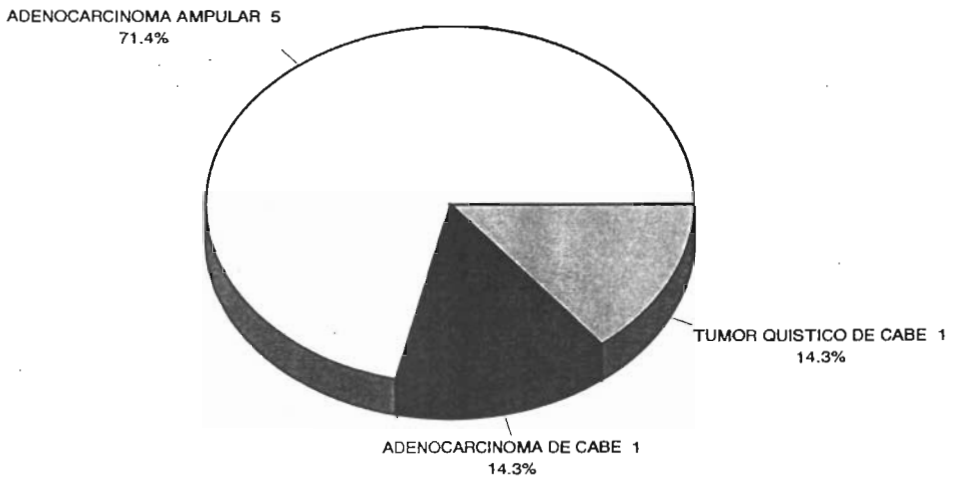
■ ACOLIA

■ DOLOR ABDOMINAL

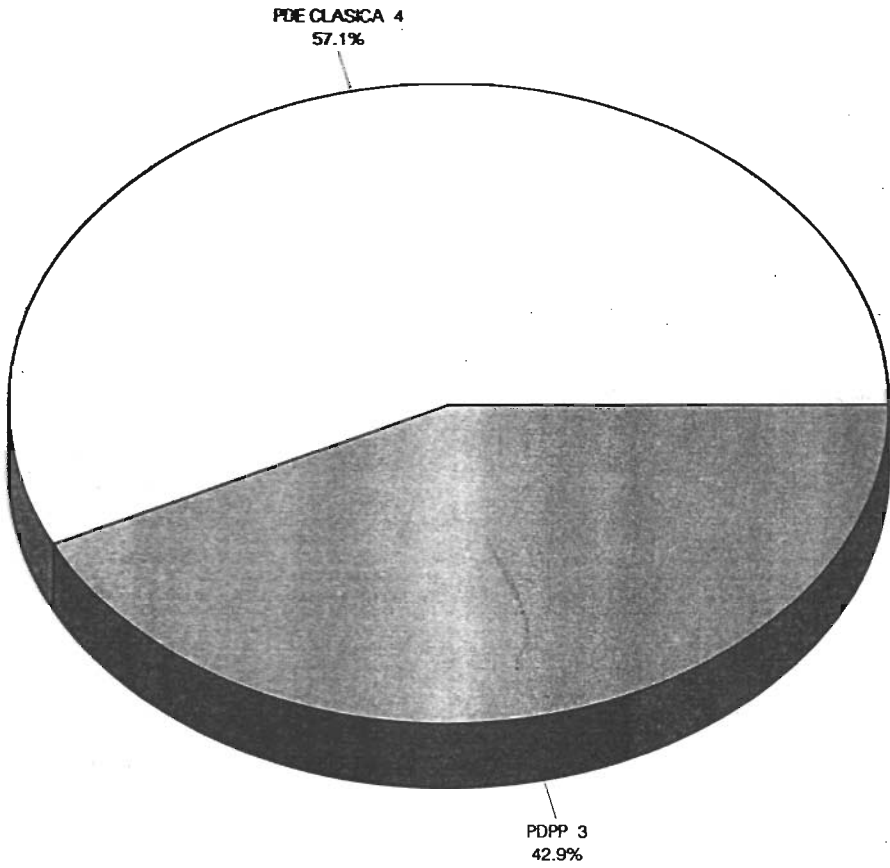
■ PRURITO

■ MELENA

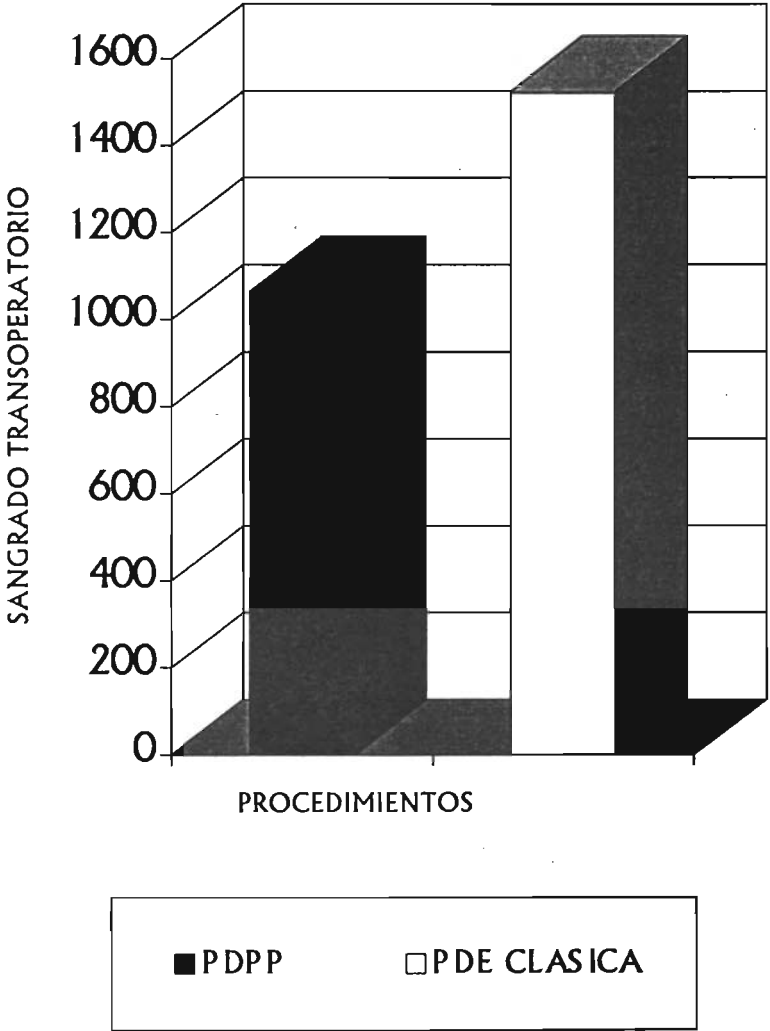
INDICACION DE CIRUGIA



TIPO DE CIRUGIA REALIZADA



SANGRADO TRANSOPERATORIO EN CADA PROCEDIMIENTO



COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

