



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
SERVICIO DE GASTROCIRUGIA

ADENOCARCINOMA DE PANCREAS. EXPERIENCIA
DE 2 AÑOS EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO
MEDICO NACIONAL SIGLO XXI I.M.S.S.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
C I R U G I A G E N E R A L
P R E S E N T A
DR. CARLOS ALFONSO MARTINEZ VILLA



IMSS

DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA

MEXICO, D. F.

1998.



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
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

SERVICIO DE GASTROCIRUGIA

ADENOCARCINOMA DE PANCREAS

**EXPERIENCIA DE DOS AÑOS EN EL SERVICIO DE
GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DEL C.M.N. XXI DEL IMSS**



DR. PATRICIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
MEDICO ASCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA

DR. CARLOS ALFONSO MARTINEZ VILLA
MEDICO RESIDENTE DE 4º AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL

HOSP. DE ESPECIALIDADES
DEL C. M. N. S. S.
★ JUN. 11 1969
H.P.A.T.O.

DR. NIELS HANSEN WACHER RODARTE
Jefe de la División de Educación e Investigación Médica
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI I.M.S.S.

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
Jefe del Servicio y Titular del Curso
de Especialización en Cirugía General
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI I.M.S.S.

DR. PATRICIO ROGELIO SANCHEZ FERNANDEZ
Médico Adscrito al Servicio de Gastrocirugía
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI I.M.S.S.

DR. SALVADOR LUNA RICO
Residente del 4° año del Curso de Cirugía General
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI I.M.S.S.

DR. CARLOS ALFONSO MARTINEZ VILLA
Residente del 4° año de la Especialidad del Curso de Cirugía General
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI I.M.S.S.

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

DEDICATORIA

A PATRICIA. Por su amor y comprensión, los cuales me ha brindado hasta en los momentos en que mi preparación ocasionaba que le dedicara menos tiempo y por que sin ella no habría sido posible concluir la mejor de las carreras.

A MIS PADRES : Juanita y Alfonso, por que supieron formar una pareja basada en el cariño y el respeto mismos, que supieron transmitir a mis hermanos y a mi para formar una familia de la cual me siento orgulloso y por el apoyo brindado a mi formación.

A MIS HERMANOS : Arminda, Pilar y Raúl por que siempre han estado ahí para apoyarme y brindarme su ayuda en los momentos más apremiantes, porque el simple hecho de tenerlos es estímulo para seguir adelante y superarme, porque son mis mejores amigos y por que sin ellos el crecer no habría sido tan divertido.

A MARIANA . Por la alegría que trajo a nuestra casa y por su belleza.

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. Roberto Blanco Benavides por que me brindo un lugar en su servicio, permitiéndome concluir con mi formación quirúrgica. Por las incontables enseñanzas recibidas de su parte y por la imagen de respeto y admiración que representa para mí.

Al Dr. Patricio Sánchez F. Por el apoyo e interés brindados para la realización de este trabajo, por los valiosos conocimientos que me transmitió en el transcurso de las rotaciones a su cargo y por su amistad de la cual me siento muy honrado.

Al Dr. Salvador Luna R. Por ser un excelente compañero, pero un mejor amigo y por el apoyo e impulso dados para la conclusión de esta tesis.

A mis maestros : Por la paciencia y enseñanzas que de ellos recibí.

A Marisol R. Por la paciencia y ayuda brindadas durante la elaboración de este trabajo.

A los pacientes. Por los conocimientos que de ellos adquirí.

A Dios por darme vida y salud para continuar con mi superación

CARLOS.

INDICE.

I. ANTECEDENTES.	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	2
III. OBJETIVO.	2
IV. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.	2
1. Diseño del estudio.	2
2. Universo de trabajo.	2
3. Descripción de las variables.	2
4. Selección de la muestra.	3
a) Tamaño de la muestra.	3
b) Criterios de selección.	3
■ Inclusión	3
■ Exclusión	3
■ No inclusión	3
5. Procedimientos.	3-4
6. Análisis Estadístico	4
V. CONSIDERACIONES ETICAS.	4
VI. RECURSOS.	4
1. Humanos	4
2. Materiales	4
3. Financieros	5
VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	5
VIII. RESULTADOS.	6-7-8
IX. DISCUSION.	9-10-11-12-13-14
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	15
XI. ANEXOS.	16

1. ANTECEDENTES.

El cáncer pancreático representa en la actualidad un problema serio de salud pública, ocupando el noveno lugar en la incidencia de cáncer en los Estados Unidos y es responsable del 5% de todas las muertes por cáncer reportadas en ese país. La tasa de supervivencia relativa a 2 años es de cerca del 8%. La población más frecuentemente afectada es la que se encuentra entre la sexta y octava décadas de la vida.

Se considera que el adenocarcinoma de páncreas es una lesión grave y agresiva la cual en un inicio puede ser fácilmente confundida con otra patología, esto acarrea como consecuencia que al momento del diagnóstico, alrededor del 10% de los tumores se encuentran confinados a la glándula, en el 40% se representa como enfermedad local avanzada y en el 50% de los casos ya hay diseminación metastásica a distancia.

El pronóstico es malo en la gran mayoría de los pacientes a consecuencia de la gravedad de la enfermedad y la poca sintomatología que se presenta al inicio de la misma, por lo que solamente el 1% de los pacientes tienen posibilidad de curación por los métodos con que se cuenta en la actualidad, de tal manera que la detección y el diagnóstico temprano juegan un papel muy importante, ya que de ello depende el poder establecer un tratamiento adecuado, el cual esté encaminado a la curación del paciente, y no solamente a la paliación de los síntomas ofreciendo con esto una mejor calidad de vida y un pronóstico menos sobrio.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál ha sido la evolución en la presentación del adenocarcinoma de páncreas en el servicio de Gastrocirugía del HECMN SXXI en los dos últimos años ?

III. OBJETIVO.

Conocer la presentación clínica del adenocarcinoma de páncreas, métodos, diagnósticos, procedimientos quirúrgicos empleados y la evolución de los pacientes manejados en el servicio de Gastrocirugía del HECMN SXXI. En los dos últimos años.

IV. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.

1. DISEÑO DEL ESTUDIO : Longitudinal, descriptivo, retrospectivo
2. UNIVERSO DE TRABAJO : Pacientes manejados en el servicio de Gastrocirugía del HECM SXXI con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas, de Julio de 1996 a Marzo de 1998.
3. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES :

VARIABLE INDEPENDIENTE : Factores de riesgo , métodos de diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas.

VARIABLE DEPENDIENTE : Factores de riesgo, métodos de diagnóstico y tratamiento.

4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA :

a) TAMAÑO DE LA MUESTRA : Todos los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas atendidos en el servicio de Gastrocirugía del HECMN SXXI de Julio de 1996 a Marzo de 1998.

b) CRITERIOS DE SELECCIÓN :

INCLUSION : Pacientes con diagnóstico confirmado de adenocarcinoma de páncrea
Pacientes de ambos sexos.

Pacientes mayores de 18 años.

Pacientes atendidos en el servicio de Gastrocirugía del HECMN
SXXI I.M.S.S.

EXCLUSION : Pacientes con diagnóstico de tumor endócrino de páncreas.

Pacientes menores de 18 años.

NO INCLUSION : Pacientes no atendidos en el Servicio de Gastrocirugía del HECMN
SXXI I.M.S.S.

Pacientes con expediente clínico incompleto.

Pacientes sin Diagnóstico confirmado de adenocarcinoma de páncreas.

5. PROCEDIMIENTOS.

El trabajo de investigación se llevará a cabo durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Septiembre de 1997 y el 31 de Marzo de 1998.

Con la autorización del Jefe de Servicio se tendrá acceso a las libretas y hojas de registro de egresos del Servicio de Gastrocirugía del CEMN SXXI I.M.S.S. de las cuales se obtendrán los nombres y números de afiliación de los pacientes con Diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas atendidos en el servicio en el periodo comprendido de Julio de 1996 a Marzo de 1998.

Apegándonos a reglamento y horario del archivo clínico del CEMN SXXI I.M.S.S. se localizarán y revisarán los expedientes clínicos con Dx. de adenocarcinoma de páncreas, se procederá a obtener los datos considerados de interés para el estudio (edad, sexo, factores de riesgo, sintomatología y signología,

métodos de apoyo solicitados para el Dx. y la evaluación de la enfermedad, tratamiento empleado y registro de la evolución presentada). Dichos datos serán registrados en el formato especial para posteriormente ser agrupados en tablas y describir los resultados obtenidos.

6. ANALISIS ESTADISTICO.

Se utilizará estadística descriptiva (promedio, media, y frecuencia) de las variables estudiadas y se expresarán en porcentaje.

V. CONSIDERACIONES ETICAS. La investigación se realizará obteniéndose los datos directamente del

expediente no afectándose la integridad de los pacientes, por lo cual no tiene situaciones éticas cuestionables.

VI. RECURSOS.

HUMANOS : 1) Un Médico Residente del 4o. año de la especialidad de Cirugía General del HECMN SXXI.

MATERIALES : 1) Expedientes clínicos del archivo del HECMN SXXI I.M.S.S.

2) Libretas y hojas de control de egresos Hospitalarios del Servicio de Gastrocirugía del HECMN SXXI.

3) Hojas de recolección de datos.

FINANCIEROS : Este estudio no requiere de partida presupuestal.

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Entre el primero de Septiembre de 1997 al 15 de Marzo de 1998 se llevará a cabo la revisión de

expedientes, así como la recopilación de datos registrándolos en las hojas especiales. Del 16 al 31 de Marzo de 1998 se realizará la tabulación y el análisis de los datos obtenidos, así como el reporte e impresión final de los mismos.

VIII RESULTADOS.

Se revisaron 25 expedientes de pacientes los cuales tenían diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas, de estos, se excluyeron 3 pacientes, dos por presentar diagnóstico final histopatológico de adenocarcinoma del ámpula de Vater y otro por diagnóstico histopatológico de pancreatitis crónica. Por lo que, únicamente se revisaron 22 pacientes con diagnóstico confirmado de adenocarcinoma de páncreas, 13 pertenecientes al sexo masculino y 11 al femenino. Se presentó un promedio de edad de 65 años, teniendo un rango de 41 a 87 años. Los antecedentes registrados más frecuentemente fueron: alcoholismo 8 pacientes (36.3%), litiasis biliar 8 pacientes (36.3%), dieta rica en grasas 8 pacientes (36.3%), tabaquismo 6 pacientes (27.2%), hipertensión arterial 5 pacientes (22.7%), diabetes 5 p.(22.7%) pancreatitis crónica 3 p.(13.6%). (cuadro I). Los síntomas más frecuentemente reportados fueron; dolor abdominal 18 (81.8%), pérdida de peso 16 (72.7%), ictericia 15 (68.1%), náusea 11 (50%), vómito 11 (50%), anorexia 9 (40.9%), estreñimiento 3 (16.3%), diarrea 2 (9.0%). y prurito 2 (9.0%), melena 1 (4.5%).(cuadro II). Dentro de los antecedentes tomados como factor de riesgo en el estudio, también se encontró, miomatosis uterina en 3 pacientes y aborto espontáneo en uno. Los signos que se encontraron con mayor frecuencia fueron; dolor abdominal 12 (54.5%), ataque al estado general 12 (54.5%), ictericia 11 (50.0%), tumoración abdominal 7 (31.8%), hepatomegalia 2 (9.0%) y ascitis 2 (9.0%). (ver cuadro III). Dentro de los estudios de laboratorio realizados el que se encontró alterado con mayor frecuencia fue la bilirrubina, mostrando un aumento en 15 pacientes que constituyen el (68.18%). Los estudios de gabinete realizados fueron: tomografía computada en 18 pacientes (81.8%), ultrasonido abdominal en 17 pacientes (77.2%), colangiografía endoscópica en 8 pacientes (36.3%), serie esofagogastroduodenal en 4 (18.1%), y en 3 pacientes se realizó resonancia magnética siendo el (13.6%). (cuadro IV). En un caso se reportó la realización de frotis de material pancreático. Para la tomografía computada que fue realizada en 18 pacientes, se demostró tumoración pancreática en 13 estudios, dilatación de la vía biliar en 4, tumor quístico en 2, estenosis hepática en 1, deformidad del ámpula de Vater en 1 y en un paciente se suspendió el estudio por presentar alergia al medio de contraste. En un estudio no se demostró evidencia de tumor.(cuadro V). Para el ultrasonido

que se realizó en 17 pacientes, se reporto tumoración pancreática en 12, dilatación de la vía biliar en 8 y solo en dos se demostraron adenomegalias. La colangiografía endoscópica se realizó en 9 pacientes, confirmandose tumor pancreático en 7 estudios. (cuadro VI). Con respecto a la localización de tumor, éste fue más frecuente en la cabeza del páncreas, que se encontró en 15 de los casos; 3 en el cuerpo 2 en la cola de la glándula y en dos pacientes el tumor abarcaba el cuerpo y la cola del páncreas (cuadro VII). El tratamiento quirúrgico se llevo acabo en 20 pacientes, de los cuales en 14 de ellos, se realizo la cirugía con fines paliativos y en 6 con fines curativos. Dentro de la cirugía paliativa se efectuaron; 5 gastroyeyunoanastomosis con colocación de sonda en "T", que corresponde al (35.7%), hepaticoyeyunoanastomosis en 2 (14.2%), coledocoduodenoanastomosis en 2 (14.2%), derivacion biliar externa con sonda en "T" en 2 (14.2%), laparotomía exploradora con esplenicectomía química en 2 (14.2%) y en un caso se realizó coledocoyeyunoanastomosis, siendo el (7.1%)(cuadro VIII).. La cirugía con fines curativos se llevo a cabo en 6 pacientes, que representan el (27.2%) del total de pacientes, efectuando en todos los casos un procedimiento de Whipple. En dos de los procedimientos se preservó el píloro que representa el (33.3%), y en 4 de los casos se realizo antrectomía siendo el (66.3%)de los casos. (cuadro IX). En 2 de los pacientes manejados no se efectuó tratamiento operatorio, por lo que en uno se coloco prótesis biliar no quirúrgica, y en otro el cual no acepto la cirugía se le dio únicamente manejo médico sintomático.

A todos los pacientes a los que se les realizó tratamiento quirúrgico se les tomo biopsia trasoperatoria, con resultado histopatológico confirmatorio de adenocarcinoma de páncreas. En cuanto a la evolución de los pacientes, fueron egresados posterior al tratamiento médico o quirúrgico 13 pacientes (59.09%), de los cuales a 4 de ellos (30%) se les practico una cirugía curativa, reportándose a la fecha a 3 de ellos con vida. El fallecimiento reportado ocurrió un mes posterior al egreso. De los 9 pacientes restantes a 8 se les realizó cirugía con carácter paliativo, teniendo una sobrevida para ellos que fue de 1 a 16 meses. Se presentaron 9 defunciones intrahospitalarias, representando el (36.3%). De estos a 2 se les practico cirugía curativa, la cual en los dos casos fue un procedimiento de Whipple con antrectomía, siendo en ambos casos por adenocarcinoma de la cabeza del páncreas. Las causas de la muerte en estos casos fueron; coagulación intravascular diseminada y síndrome

de insuficiencia respiratoria progresiva del adulto en uno de los casos y choque hipovolémico, acidosis metabólica y enfermedad vascular cerebral en otro. A 6 pacientes se les practicó cirugía paliativa y uno no se operó ya que no aceptó la cirugía dándose tratamiento médico únicamente.

De acuerdo a la clasificación TNM para las neoplasias pancreáticas, en nuestro estudio se encontró una distribución de la siguiente manera. En etapa I se presentaron 2 pacientes (9%), en etapa II a 10 pacientes (45.4%), en etapa III 4 pacientes (18.1%), y en etapa IV a 6 pacientes que representaron el 27.2%. (Ver cuadro X).

IX. DISCUSION.

El adenocarcinoma de páncreas constituye el 90% de las neoplasias exócrinas del páncreas, siendo la cuarta y quinta causa más frecuente de muerte relacionada con cáncer en hombres y mujeres respectivamente, y en estados Unidos se considera que provoca 28,000 defunciones al año aproximadamente.(1,2,6)

En general , cuando se hace el diagnóstico de cáncer de páncreas, éste se encuentra ya en etapas tardías de la enfermedad, con metástasis e invasión local importante y solo una pequeña parte presentan enfermedad localizada. Se considera que únicamente 10 al 20% son candidatos a resección quirúrgica y por lo tanto, tienen una posibilidad de curación. Aunque en estudios recientes se ha reportado una sobrevida a 5 años de hasta el 36%, se considera que esta continua siendo en general de alrededor del 10% a 5 años.(2,3,7,12).

La mayor frecuencia de la enfermedad se encuentra entre la sexta y octava décadas de la vida, siendo poco común antes de los 40 años. La frecuencia y la mortalidad aumentan conforme aumenta la edad. La prevalencia entre hombres y mujeres guarda una relación de aproximadamente 1.5 a 1 respectivamente.(5). En nuestro estudio se encontraron cifras similares.

Dentro de los factores de riesgo para el cáncer pancreático este se ha relacionado con ; diabetes, para la cual se considera que incrementa el riesgo de contraer la enfermedad hasta en 6 veces, siendo esto más importante en mujeres que en hombres. También se ha reportado relación del tabaquismo con el incremento del cáncer pancreático, informándose en necropsias hallazgos de cambios hiperplásicos en las células de los conductos pancreáticos, así como cambios atípicos en sus núcleos aparentemente inducidos por sustancias carcinogénicas contenidas en el humo del tabaco como las nitrosaminas. El alcoholismo aunque se ha considerado como factor de riesgo para cáncer de páncreas, en algunos estudios sugieren que el riesgo que guarda con la enfermedad es bastante pequeño. Por otro lado, en estudios como los de Heuch y col. se encontró un incremento de hasta cinco veces el riesgo de contraer la enfermedad relacionada con alcoholismo. En estudio

realizado por Sánchez y col. en el HECMN SXXI. de 1986 a 1996 se encontró una relación del cáncer pancreático con alcoholismo de hasta 20%(5,6). En el presente estudio se encontró una relación con alcoholismo de un 36.3% lo que representa un incremento del 16% en relación al estudio de Sánchez y col. La diabetes se presentó en el 22.7% de los casos y el tabaquismo en un 27.2%. Un incremento que se detectó en nuestro estudio con respecto a lo mencionado en la literatura fue la litiasis vesicular, la cual se reporta en alrededor del 12%. En nuestro estudio esta patología se encontró en un 36.3% de los casos. Otros de los factores reportados que guardan relación con el cáncer pancreático son; la pancreatitis crónica, que en nuestro estudio se presentó en el 13% de los casos, y la miomatosis uterina mencionada en la literatura como de aparición eventual, en nuestro estudio la encontramos en un 13.6% de pacientes. El antecedente de aborto espontáneo que se considera factor de riesgo para aumentar las probabilidades de desarrollar cáncer pancreático hasta en un 80% de mujeres que lo presentaron, en comparación con un 26 % de probabilidades que se tienen en las mujeres que no presentan historia de infertilidad (14), fue encontrado en nuestro estudio en un paciente, constituyendo un 4.5% del total de pacientes.

Existen otros factores a considerar tales como; ambientales, dietéticos, laborales, o asociados a otras patologías las cuales guardan una relación discreta o no comprobada.

En algunos estudios se reporta a la dieta rica en grasas como uno de los factores importantes de riesgo para contraer cáncer pancreático, mientras que otros la consideran dentro de los factores no comprobados. En nuestro estudio la ingesta copiosa de grasas se encontró en 8 pacientes que es el 36.3% de los pacientes.

Dentro de los factores genéticos relacionados se ha comprobado una mutación en el oncogén K ras. Asociado con adenocarcinoma de páncreas.(6).

Los síntomas principales de la enfermedad son la ictericia obstructiva, la obstrucción duodenal y el dolor.

ICTERICIA OBSTRUCTIVA: Se manifiesta como el síntoma más frecuente, ya que la mayor parte de los cánceres pancreáticos se localizan en la cabeza, ocasionando obstrucción de la vía biliar la cual si se deja sin tratamiento ocasiona severos trastornos como insuficiencia hepática y gnefrosis colémica. En nuestros pacientes la ictericia se detecto en el 68.1% de los casos, siendo muy similar a lo reportado en la literatura en la que se menciona que el 70% de los pacientes la han presentado en algún momento de su enfermedad y que hasta en un 90% de los casos esta se presenta al momento del diagnóstico, lo cual disminuyo en nuestros pacientes reportándose únicamente en el 50% de los casos al momento del diagnóstico. La ictericia generalmente se asocia a prurito y a otros síntomas tales como anorexia, náusea y desnutrición progresiva, lo cual aunado al catabolismo tumoral y a la insuficiencia exocrina pancreática que por si misma ocasiona malabsorción intestinal y diarrea, constituyen un conjunto de factores que se traducen en pérdida de peso, síntoma que se presento en el 72.7% de nuestros pacientes. El manejo de la ictericia mejora el estado general del paciente, que aunque breve se acompaña de una sobrevida más prolongada y cómoda para el enfermo. Para el manejo de la ictericia, se tiene la ventaja de que no necesariamente se requiere de técnica operatoria, ya que la descompresión biliar es accesible también por vía endoscópica y percutánea.

OCLUSION DUODENAL. Aproximadamente un 30 % a 50% de pacientes con cáncer de páncreas presentan náuseas y vómito al momento del diagnóstico, estos se deben muy pocas veces a una causa obstructiva y más bien obedecen a un carácter funcional, esta obstrucción es progresiva y se puede presentar a cualquier nivel del asa duodenal, o en la unión duodenoyeyunal. Esta oclusión generalmente aumenta conforme la enfermedad se vuelve irreseccable. En nuestro estudio la náusea y el vomito se presento en el 50% de los casos.

DOLOR. Se considera el problema más importante del cáncer pancreático, ya que este llega a ser incapacitante y se presenta en el 90% de los pacientes con enfermedad avanzada, debido principalmente a invasión neural por contigüidad, estudios demuestran que

únicamente del 30% al 40% de los pacientes manifiestan dolor importante al momento del envío, y el 30% restante únicamente presenta molestias mínimas.(2,3,4,7,13). En nuestro estudio encontramos como síntoma más frecuente al dolor abdominal, el cual, se registro en un 81.8% de los pacientes, refiriendo un tiempo de evolución del mismo al momento del diagnóstico, que fue, desde 17 días en un paciente hasta un año en otro, encontrando mayor prevalencia entre los 2 y 6 meses previos al diagnóstico.

Un diagnóstico certero y temprano es de suma importancia en estos pacientes, ya que de ello depende en gran medida la posibilidad de un tratamiento oportuno y un mejor pronóstico.

El cuadro clínico y los antecedentes tienen capital importancia en la detección de la enfermedad. Existen pruebas de gabinete y laboratorio útiles de las cuales las más frecuentemente utilizadas son ; el ultrasonido, que tiene una especificidad de entre 80% a 90%, la tomografía computada que tiene un valor más importante para predecir la resecabilidad del tumor, con una sensibilidad de hasta un 70%, la CPRE. Es la prueba diagnóstica más sensible ya que permite una visualización directa del duodeno, el ampulla de Vater y los conductos pancreáticos y biliares, pudiendo detectar con esta oclusión o estenosis de los mismos. Además nos permite realizar procedimientos como la toma de biopsia o terapéuticos como la papilotomía y la colocación de férulas para la descompresión paliativa de la vía biliar. Otro método diagnóstico es la angiografía la cual es utilizada de manera selectiva, reportando una tasa de identificación del 90 % para tumores menores de 2 cm. Se considera que la resonancia magnética tiene utilidad para la vigilancia de pacientes quirúrgicos en los que se deben descartar artefactos que pudieran interferir con el diagnóstico, tales como grapas utilizadas en cirugías previas. Otro método utilizado son los marcadores tumorales, de los que el de mayor importancia y utilidad es el CA 19-9, para el cual se reporta una sensibilidad del 90% y una especificidad del 75% siendo este un indicador pronóstico.(15).

El tratamiento del cáncer de páncreas tiene dos objetivos que son : La curación del paciente y la paliación de los síntomas . A partir de la descripción de la pancreatoduodenectomía por Whipple en la década de 1940 a 1950 para el manejo del carcinoma ampular, esta ha sufrido diversas modificaciones, convirtiéndose en un tratamiento frecuente para el cáncer pancreático.(3,13).

Dependiendo del estado clínico del paciente, la localización del tumor a la cabeza del páncreas y cuando este es resecable, la cirugía que debe de realizarse es un procedimiento de Whipple ó una pancreatoduodenectomía preservando o no el píloro , reportándose una supervivencia de hasta 20% a 5 años. Para los tumores del cuerpo se efectúa una pancreatectomía total y para los ubicados en la cola de la glándula, una pancreatectomía distal.(7,9,10).

En nuestra serie se realizaron 6 cirugías curativas, siendo todas procedimientos de Whipple, representando el (27.2%). De estas, en 2 se preservó el píloro (33%) y se realizaron 4 antrectomías (66%). Cuatro pacientes fueron egresados viviendo hasta la fecha 3 de ellos. Dos fallecieron intrahospitalariamente por complicaciones postoperatorias.

El manejo paliativo tiene como fin eliminar tres síntomas principales : La ictericia , para la cual las cirugías más utilizadas son ; coledocoduodenostomía, colecistoyunostomía y la hepatoyunostomía , así como la derivación externa con sonda en "T", pretendiendo evitar con esto la disfunción hepática progresiva que culmina con la insuficiencia hepática y la muerte del paciente. Con estos procedimientos se logra un alivio de la ictericia de hasta un 90% de los casos. Para la obstrucción duodenal se utiliza una gastroyunostomía profiláctica, ya que si se realiza este procedimiento en un segundo tiempo la mortalidad se eleva aproximadamente un 20%. Su uso es controvertido, pues eleva la morbilidad, presentándose principalmente retraso del vaciamiento gástrico.

La paliación del dolor se lleva a cabo mediante la esplenicectomía química , inyectando trasoperatoriamente una solución de alcohol al 50% a nivel del tronco celiaco. La esplenicectomía química también puede realizarse mediante toracotomía o por toracostomía, pero esto únicamente en pacientes seleccionados. (2,4,8,11,13).

Los procedimientos quirúrgicos con fines paliativos efectuados en nuestro estudio fueron 14 (70.0%). Realizándose ; gastroyeyunoanastomosis con colocación de sonda en "T" en 5 pacientes, hepaticoyeyunoanastomosis en 2, coledocoduodenoanastomosis en 2, derivación externa con sonda en "T" en 2, esplenicectomía química en 2 y una coledocoyeyunoanastomosis. En 3 de las derivaciones biliares se realizó gastroyeyunoanastomosis profiláctica. De los 14 pacientes manejados con cirugía paliativa 8 fueron egresados presentando una sobrevida de 1 a 16 meses. Seis fallecieron intrahospitalariamente. Un paciente se manejo con prótesis biliar no quirúrgica y 1 no se opero por alta voluntaria no teniendo seguimiento de este paciente.

El pronostico sombrío es un reflejo de que la mayoría de los pacientes se tratan en la etapa terminal de la enfermedad. El retraso en el diagnóstico es el factor principal y obedece en la mayoría de los casos a 3 hechos básicamente que son : 1. Retraso en el paciente (los síntomas iniciales son vagos e inespecíficos y fácilmente ignorados por el paciente). 2. Retraso del médico (atribuyendo los síntomas a otros trastornos más frecuentes como ; ulcera péptica, cálculos vesiculares, hernia hiatal, así como trastornos colónicos y digestivos relacionados con el estrés). 3. Dificultades para lograr el ingreso del paciente a un programa de diagnóstico adecuado.(12,14,15).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Wynder El, Fujita Y, Harris Re, Hirayama T. Comparative Epidemiology Of Cancer Between United States And Japan, *Cancer* 1991 ; 67(3) : 746-773.
2. Howard A. Etal. Tratamiento Curativo De Las Neoplasias Pancreaticas. *Clinicas Quirurgicas De Norte America*. 1995 ; 5 : 779-886.
3. Keith D, Lillemoc, Stephen A, Paliacion Quirurgica Del Carcinoma Pancreatico Irresecable. *Clinicas Quirurgicas De Norte America*.
4. John R. Potts Etal. Indications For Gastric Bypas In Palliative Operations For Pancreatic Carcinoma. *The American Surgeon*, January 1991 : 57 : 24-27
5. Sanchez P. Etal Adenocarcinoma De Pancreas ¿ Es Frecuente Su Diagnostico Temprano ? *Cir Ciruj* 1996 ; : 64 :162-166.
6. Stefan R, Bertran W. Pancreatic Carcinoma. *The Lancet* 1997 February 349 ;485-489.
7. Perez Castro J. Amescua G. Sigler L. Blanco R. Tratamiento Quirurgico Paleativo Del Carcinoma Del Pancreas. *Reb. De Inms (Mex)* 1989 ;27 : 267-272.
8. Herbet J. Matthew M. Biliary Diversion For Pancreatic Carcinoma ; Matching The Methods And The Patiend. *Am J Surg* 1990 ; 159 : 67-70.
9. Takukazu Nayakawa Etal. Results Of Extensive Surgery For Pancreatic Carcinoma. *Cancer* 1996 ; Vol77,4 ;640-645
10. Lillemoc Kd, Cameron JI, Yeo Cj, Sihn Ta, Nakeeb A, Sauter Pk, Hrubanrh, Abhrams Ra, Pitt Ha. Pancreatoduodenectomy. Does It Have A Role In The Palliation Of Pancreatic Cancer ? *Ann Surg* 1996 Jun ; 223 (6) : 718-725.
11. Stephen L. Kaufman. Paleación Percutánea Del Cancer Pancreatico Irresecable. *Clinicas Quirúrgicas De Norte America* 1995 :5.,961-970.
12. Sperti C, Pascuali C, Piccoli A, Pedrazzoli C. Survival After Resection For Ductal Adenocarcinoma Of The Pancreas. *Br J Surg*. 1996 May ; 83(5) :625-631.
13. Pitt Ha Md. Tratamiento Curativo De Las Neoplasias Pancreaticas. *Clinicas Quirurgicas De Norte America*. 1996. :5 ;865-877.
14. Rodriguez F. Toledo L. Cancer De Pancreas. En Gutierrez - Arrubarrana(Dø) :Ficopatologia Quirurgica Del Aparato Digestivo. 2a De . Mex. Manual Moderno 1996 Pp 569-582.
15. Mossa Ar ,Md .Reza A. Gamagami, Md . Diagnostico Y Clasificación Por Etapas De Las Neoplasias Pancreaticas. *Clinicas Quirurgicas De Norte America* 1995 ;5 ;845-864.
16. Ellen B. Gol , Phd. Epidemiologia Y Factores De Riesgo Del Cancer Pancreatico. *Clinicas Quirurgicas De Norte America* . 1995 ;5 :779-822.

ADENOCARCINOMA DE PANCREAS EXPERIENCIA DE DOS AÑOS EN EL
SERVICIO DE GASTROCIRUGIA HECMN SXXI.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____ No. Progresivo _____
No. AFILIACION: _____ EDAD _____ SEXO _____

ANTECEDENTES PERSONALES: Marcar con una X los que se presentaron.

Ingesta de café-----	Desequilibrios Hormonales _____
Diabetes _____	Litiasis Biliar(CCT) _____
Alcoholismo _____	Aborto Expontaneo _____
Tabaquismo _____	Ooforectomia _____
Dieta rica en grasas _____	Miomatosis uterina _____
Pancreatitis crónica _____	Otros _____

SINTOMAS PRINCIPALES:

TIEMPO APROX. EVOL.

Dolor abdominal	SI	NO
Ictericia	SI	NO
Pérdida de peso	SI	NO
Prurito	SI	NO
Nausea	SI	NO
Vómito	SI	NO
Anorexia	SI	NO
Otros _____		

SIGNOS ENCONTRADOS:

Tumoración abdominal	SI	NO
Ictericia	SI	NO
Dolor	SI	NO
Hepatomegalia	SI	NO
Vesícula palpable	SI	NO
Ascitis	SI	NO
Esplenomegalia	SI	NO
Ataque al estado General	SI	NO

MÉTODOS DIAGNOSTICOS Y DE EVALUACION EMPLEADOS: Anotar una X si se realizaron y en seguida los hallazgos principales.

BH _____	USG _____
BILIRRUBINAS _____	RX ABDOM _____
QS _____	TAC _____
ALBUMINA _____	CPRE _____
TGO _____	ANGIOGRAFIA _____
TGP _____	RES. MAGNET. _____
TP, TPT _____	BIOPSIA _____
MARC. TUM. _____	OTROS _____

Hallazgos Quirúrgicos: _____

Localización del tumor: Cabeza---- Cuerpo _____ Cola _____ Infiltr. --

TRATAMIENTO: _____ QUIRURGICO _____ PALIATIVO _____ CURATIVO _____

CIRUGIA REALIZADA _____

____ NO QUIRURGICO ¿CUAL? _____

CUADRO I

Antecedentes que se presentaron

Más frecuentes en 22 pacientes con adenocarcinoma de páncreas

Antecedentes	Num. Pacientes	%
Alcoholismo	8	36.3
Dieta rica en grasas	8	36.3
Litiasis biliar	8	36.3
Tabaquismo	6	27.2
Hipertensión arterial	5	22.7
Diabetes	5	22.7
Pancreatitis crónica	3	13.6
Miomatosis uterina	3	13.6
Aborto espontaneo	1	4.5

CUADRO II
Síntomas más frecuentemente presentados
en pacientes con adenocarcinoma de páncreas.

Síntomas	Numero de pacientes	%
Dolor abdominal	18	81.8
Perdida de peso	16	72.7
Ictericia	15	68.1
Nausea	11	50.0
Vómito	11	50.0
Anorexia	9	40.9
Estreñimiento	3	16.3
Diarrea	2	9.0
Prurito	2	9.0
Melena	1	4.5

CUADRO III
Signos más frecuentes
en pacientes con adenocarcinoma de páncreas.

Signo	Num. De pacientes	%
Dolor abdominal	12	54.5
Ataque al estado general	12	54.5
Ictericia	11	50.0
Tumoración abdominal	7	31.8
Hepatomegalia	2	9.0
Ascitis	2	9.0

CUADRO IV
Estudios de gabinete realizados.

Estudio	Num. De pacientes	%
Tomografía computada	18	81.8
Ultrasonido abdominal	17	72.2
Colangiografía endoscópica (CPRE)	8	36.3
Serie esofagogastroduodenal	4	18.1
Resonancia magnética	3	13.6

CUADRO V

Principales hallazgos en la tomografía computada

Hallazgos	Num. De pacientes
Tumor pancreático	13
Dilatación de la vía biliar	4
Tumor quístico	2
Estenosis hepática	1
Deformidad del ampulla de Vater	1
Sin evidencia de tumor	1

CUADRO VI

Hallazgos de USG y CPRE.

Ultrasonidos realizados	17
CPRE. Realizadas	9

Hallazgos de USG	Numero de pacientes
Tumoración pancreática	12
Dilatación de vías biliares	8
Adenomegalias	2
CPRE realizadas	9
Tumor confirmado	7

CUADRO VII
Localización del tumor

Sitio del tumor	No. de pacientes
Cabeza del páncreas	15
Cuerpo del páncreas	3
Cola del páncreas	2
Cuerpo y cola del páncreas	2
Total	22

CUADRO VIII
Cirugías Paliativas realizadas

Cirugía	No. pacientes	%
GYA con colocación de sonda T.	5	37.7
Hepaticoyeyunostomía	2	14.2
Coledocoduodenostomía	2	14.2
Derivación externa con sonda T.	2	14.2
L.E. con esplennectomía química	2	14.2
Coledocoyeyunostomía	1	7.1

CUADRO IX
Cirugías curativas realizadas

Cirugía realizada	No. pacientes	%
Procedimiento de Whipple	6	27.2

Variantes de Whipple efectuados

Qx. Efectuada	No. pacientes	%
Conservación de piloro	2	33.3
Aistrectomia	4	66.6

CUADRO X

Distribución por etapas de acuerdo a la clasificación TNM para las neoplasias pancreáticas.

ETAPA I	2
ETAPA II	10
ETAPA III	4
ETAPA IV	6
