



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS NEOPLASIAS
QUÍSTICAS DEL PÁNCREAS DURANTE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL
DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL
SIGLO XXI DEL SEGURO SOCIAL

F-2010-3601-131

T E S I S

QUE PRESENTA

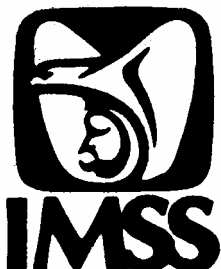
DR. RODRIGO SILVA MARTÍNEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGÍA GENERAL

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

ASESOR: DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL



MÉXICO, D.F.

2010



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.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ"

TITULO.

**EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS NEOPLASIAS QUÍSTICAS DEL PÁNCREAS
DURANTE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
DEL SEGURO SOCIAL.
F-2010-3601-131**

TESIS QUE PRESENTA

DR. RODRIGO SILVA MARTÍNEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGÍA GENERAL

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL, HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

ASESOR: DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DIAZ

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI

DOCTOR

ROBERTO BLANCO BENAVIDES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CMN SXXI

DOCTOR

JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ

CIRUJANO GENERAL

MEDICO ADSCITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CMN SXXI

Agradecimientos:

A mis padres por su apoyo incondicional, por su amor infinito.

A mis hermanos María Elena y Rafael, quienes siempre tuvieron confianza y fe en mí.

A todos aquellos pacientes que han permitido ayude en sus momentos más difíciles y me han permitido aprender de ellos.

INDICE

RESUMEN	1
ANTECEDENTES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
HIPÓTESIS	10
OBJETIVOS	10
MATERIAL PACIENTES Y MÉTODOS	11
CONSIDERACIONES ÉTICAS	13
RECURSOS	13
RESULTADOS	14
DISCUSION	19
CONCLUSIONES	21
ANEXOS	22
BIBLIOGRAFIA	23

RESUMEN

Las neoplasias quísticas del páncreas constituyen una patología diagnosticada cada vez con mayor frecuencia a nivel mundial debido al avance tecnológico en los métodos de diagnóstico además de un mayor índice de sospecha en centros especializados en este tipo de patologías. Representan cerca del 1% de los tumores pancreáticos en general, siendo un campo de estudio de vital importancia en la actualidad y constituyen un reto tanto diagnóstico como terapéutico actual. Las complicaciones postoperatorias son mínimas con tasas de morbilidad de alrededor del 15% y de mortalidad del 1%.

El objetivo general de este estudio es conocer la experiencia en el manejo quirúrgico de las neoplasias quísticas del páncreas en un centro de tercer nivel, siendo realizado el estudio en el servicio de Gastrocirugía del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2005 y el 1 de marzo de 2010.

Los objetivos específicos son:

Conocer las características de los pacientes con tumores quísticos de páncreas.

Conocer la mortalidad postoperatoria a 30 días de los pacientes con neoplasias quísticas de páncreas.

Conocer la morbilidad postoperatoria a 30 días de los pacientes con neoplasias quísticas de páncreas.

Todo lo anterior mediante un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo, incluyendo en el estudio todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia quística de páncreas en el período de tiempo referido, que hayan recibido manejo quirúrgico y cuyos expedientes se encuentren con datos completos acerca de la evolución postoperatoria.

Se obtendrá la información de una fuente primaria, la bitácora de pacientes del servicio de Gastrocirugía. Se revisarán los expedientes para vaciar los datos en las hojas de recolección. Con los datos obtenidos se realizará un formato a través de programa Excel para la captura de los datos y representar mediante graficas las variables evaluadas. La estadística será descriptiva con medidas de tendencia central (mediana, moda y media). Las variables dicotómicas serán expresadas en proporciones y porcentajes.

1.Datos del alumno (Autor)	1.Datos del alumno
Apellido paterno	Silva
Apellido Materno	Martínez
Nombres	Rodrigo
Teléfono	5514399023
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Médico Cirujano Especialista en Cirugía General
No. De cuenta	507223454
2.Datos del asesor	2.Datos del asesor
Apellido paterno	Martínez
Apellido Materno	Ordaz
Nombres	José Luis
3.Datos de la tesis	3.Datos de la tesis
Título	Experiencia en el manejo quirúrgico de las neoplasias quísticas del páncreas durante 5 años en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Seguro Social.
No. de páginas	24
Año	2011

INTRODUCCION:

Antecedentes.

Las neoplasias quísticas del páncreas representan entre el 1% y el 15% de los tumores del páncreas⁽¹⁾ y constituyen una patología diagnosticada con mayor frecuencia en la actualidad debido a los adelantos en los métodos de diagnóstico así como el mayor grado de sospecha por parte del personal de salud ⁽²⁾. Los tumores quísticos del páncreas usualmente se diagnostican de forma incidental en estudios de imagen realizados en pacientes asintomáticos o con sintomatología no relacionada con patología pancreática hasta en un 70% de los casos ⁽³⁾. Constituyen un reto tanto diagnóstico como terapéutico debido a la variedad de patologías que engloba el término y los diferentes comportamientos biológicos que presentan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado las neoplasias quísticas del páncreas desde el 2000 ⁽⁴⁾ en 3 categorías: tumores malignos (in situ o invasores), limítrofes (potencial maligno incierto), y benignos (adenomas); sin embargo la forma clásica de estudio de las lesiones quísticas del páncreas en general incluye múltiples divisiones utilizadas por diversos autores, desde las divisiones en cuanto al origen histológico de las lesiones, hasta las que se enfocan en la etiología o las características morfológicas ^(1,2,5,6). Es de resaltar que en todas las clasificaciones se hace énfasis en la diferenciación entre las verdaderas neoplasias quísticas del páncreas y las lesiones pancreáticas quísticas de origen inflamatorio como el pseudoquiste pancreático; siendo este último la lesión quística más común del páncreas constituyendo alrededor del 70% de todas las lesiones con forma quística⁽⁵⁾. Otro grupo de patologías que se han mencionado en la literatura como diagnósticos diferenciales de importancia, incluyen la presentación, o en ocasiones, degeneración quística de lesiones sólidas del páncreas tales como el adenocarcinoma de páncreas o los tumores neuroendócrinos^(1,2,5).

De acuerdo a la clasificación de la OMS mencionada anteriormente podemos clasificar dentro del grupo de las lesiones benignas a los adenomas, de los cuales el más representativo es el cistadenoma seroso de páncreas.

Cistadenoma seroso del páncreas.

Son lesiones de carácter benigno, representan el 25% de los tumores quísticos del páncreas⁽³⁾; se presentan más comúnmente en mujeres de edad avanzada con una con una predilección por el sexo femenino de 4.5 : 1 con respecto al masculino⁽²⁾. La edad media de presentación es de 60 años y son asintomáticos en alrededor del 50% de los casos⁽⁶⁾. Usualmente miden menos de 5 cm de diámetro y tienen apariencia clásica de panal de abejas con una cicatriz central; la variedad más común es la microquística y tiene predilección por la cabeza y el cuerpo del páncreas. Generalmente tienen un curso indolente con buen pronóstico y el diagnóstico preoperatorio se realiza basado en las características de estudios de imagen así como en los estudios invasivos como el análisis de aspirado de líquido de quiste en el cual destacan niveles bajos de Antígeno Carcinoembrionario (ACE) y contenido bajo en mucina. El tratamiento de este tipo de tumores debe ser conservador en la mayoría de los casos por el bajo riesgo de malignidad que presentan (menos del 3%)⁽⁵⁾, el tratamiento resectivo se debe reservar para tumores mayores a 4 cm que causan sintomatología en pacientes con riesgo quirúrgico permisible^(5,6). En los tumores menores de 3 cm y en pacientes jóvenes se ha visto una supervivencia a 5 años con manejo conservador de hasta 100%⁽⁶⁾.

Dentro de las lesiones premalignas o limítrofes podemos clasificar a los tumores sólidos pseudopapilares:

Tumor papilar solidoquístico del páncreas o tumor solido pseudopapilar.

También conocido como enfermedad de Franz o Hamoudi es un tumor epitelial con potencial maligno incierto. Típicamente inician como un tumor solido con posterior degeneración quística⁽⁵⁾, se presenta en mujeres jóvenes y se han asociado a cierto grado de respuesta hormonal. Tienen predilección por la cabeza y el cuerpo del páncreas. Clínicamente se manifiestan con molestias abdominales inespecíficas y ocasionalmente con clínica secundaria a efecto de masa. Se presentan en estudios de imagen como tumores que combinan elementos sólidos con quísticos debido a necrosis, en promedio

miden 5 cm al momento del diagnóstico y deben ser tratados con resección con posibilidades de curación por arriba del 80% ⁽⁸⁾, tienen tasas bajas de recidiva y supervivencia a 5 años cercana al 90% ^(8,9).

En cuanto a los tumores considerados con alto potencial maligno tenemos a los tumores productores de mucina del páncreas, dentro de estos encontramos dos formas principales:

Neoplasias mucinosas quísticas del páncreas:

Representadas por el cistadenoma mucinoso y el cistadenocarcinoma mucinoso.

Son neoplasias de Novo del páncreas que se caracterizan por la presencia de un estroma parecido al del ovario, representan alrededor del 30% de las neoplasias quísticas del páncreas ^(1,2,5) y se caracterizan por tener alto potencial maligno o presentar datos de invasión o alto dismorfismo celular ⁽¹⁾(cistadenocarcinoma). Son lesiones que usualmente miden entre 6 y 35 cm al momento del diagnóstico ⁽⁵⁾, se presentan en mujeres en su quinta década de la vida de forma más común y tienen predilección por el cuerpo y a cola del páncreas ⁽²⁾. Clínicamente cursan de forma asintomática en la mayoría de los casos y en ocasiones con datos provocados por efecto de masa por su presentación como grandes tumores de cuerpo y cola de páncreas. En los estudios de imagen aparecen como grandes tumores dependientes del páncreas izquierdo, uniloculados, con pared delgada con algunos nódulos y sin comunicación con los conductos pancreáticos. La característica fundamental para el diagnóstico histopatológico es la presencia del estroma parecido al ovario; existen teorías acerca de su origen que incluyen el origen embriológico común entre la cola del páncreas y el ovario izquierdo, y la presencia de mesénquima fetal dentro del páncreas ⁽¹⁾. Los cistadenomas mucinosos pueden presentar atipia leve moderada o severa (la última compatible con cistadenocarcinoma in situ o invasor) lo cual confiere pronóstico diferente a cada una de las patologías con un 90% de supervivencia a 5 años para atipia leve y con supervivencia a 5 años igual a la de los carcinomas de bajo grado para la atipia severa ⁽¹⁾.

El manejo de este tipo de neoplasias debe ser quirúrgico en todos los casos. Usualmente el diagnóstico preoperatorio se realiza con métodos de imagen o aspirado del contenido del quiste el cual suele presentar niveles elevados de ACE que con un punto de corte de 192 ng/ml, tiene sensibilidad del 75% y especificidad del 84%⁽¹⁰⁾. El tratamiento estándar debe incluir la resección completa del tumor con bordes quirúrgicos negativos, así como la disección ganglionar correspondiente para una pancreatectomía formal por malignidad⁽¹¹⁾, teniendo como procedimiento más común realizado la pancreatectomía distal con disección ganglionar con excelentes resultados según Cameron et al⁽¹²⁾.

Neoplasia intraductal papilar mucinosa del páncreas (NIMP).

Es un trastorno neoplásico productor de mucina que afecta el epitelio ductal del páncreas, que varía en grado y extensión de afección de la glándula. Puede ser dependiente del conducto pancreático principal (MD NIMP), de sus ramas secundarias (BD NIMP) o de ambas (tipo mixto). La forma más común son los MD NIMPs y se caracterizan por poseer un mayor potencial maligno con una incidencia de carcinoma cercana al 91%⁽³⁾. Los BD NIMPs se presentan en cerca de 45% de los casos con un potencial maligno de entre el 6 y el 46%⁽⁵⁾. Se caracteriza por dilatación quística de los conductos con proliferación de células epiteliales productoras de mucina usualmente distribuidas en patrones papilares. Las características más importantes de este tipo de neoplasias son la comunicación con el sistema ductal y la ausencia de un estroma parecido al del ovario^(13,15). Se estima que representan entre un 5%⁽¹⁴⁾ y un 25%⁽³⁾ de todas las neoplasias quísticas del páncreas. En el pasado se describían con una mayor incidencia en varones de 70 años de edad en promedio, sin embargo, en estudios recientes se ha encontrado una distribución más equitativa entre hombres y mujeres, así como una presentación en edades más jóvenes sobre todo en su forma de afección a ramas secundarias o mixtas⁽⁵⁾. La OMS clasifica la NIMP no invasiva en tres diferentes categorías que incluyen adenoma, forma limítrofe y carcinoma in situ de acuerdo al grado de atipia celular. La forma invasiva o adenocarcinoma llega a presentarse en alrededor de 30% de los casos y comparte algunos rasgos en cuanto a comportamiento biológico con el carcinoma coloide de la mama⁽¹⁾. La clasificación histopatológica de estas neoplasias incluye los subtipos intestinal con un grado alto de diferenciación,

el tipo pancreatobiliar y un tercer tipo visto exclusivamente en los BD NIMPs llamado gástrico foveolar que rara vez progresa a malignidad; el tipo intestinal tiene un buen pronóstico posterior a resección y el tipo pancreatobiliar comparte algunas características con el adenocarcinoma de páncreas lo que le confiere un pronóstico sombrío con sobrevida estimada a 5 años de hasta 30% ⁽⁵⁾.

Los NIMPs, progresan de adenomas a formas invasoras de cáncer de igual forma que los pólipos adenomatosos del colon, se estima que tienen un tiempo promedio de progresión de 5 años desde su diagnóstico. Son comunes las presentaciones en las cuales hay tumores metacrónicos o sincrónicos en otras localizaciones siendo estómago, colon, recto y pulmón las más frecuentes en alrededor del 30% de los casos⁽¹⁴⁾. Clínicamente suelen presentarse con mayor sintomatología que otras neoplasias quísticas del páncreas por su predilección por la cabeza del páncreas en cuanto a sitio de afección sin embargo no son raras las formas con afección multifocal o diseminada de la glándula ⁽¹³⁾. El diagnóstico de este tipo de tumores puede confirmarse mediante ultrasonido endoscópico con presencia de tumor quístico asociado a la visualización de salida de material mucinoso a través del ámpula de Váter ⁽¹⁰⁾, lo cual se considera patognomónico de esta enfermedad. Una vez realizado el diagnóstico se debe tratar de diferenciar entre formas MD y BD de NIMPs mediante estudios de imagen asociados al contexto clínico, de no ser posible y de no existir contraindicación toda NIMP deberá ser tratada como de alto potencial maligno, enfocándose en la posibilidad resectiva ⁽¹¹⁾ y teniendo en cuenta los siguientes factores predictores de malignidad: MD NIMP, dilatación importante del conducto pancreático principal mayor a 10 mm, dilatación difusa del conducto, nódulos murales en la lesión, calcificaciones, dilatación de la vía biliar, nódulo sospechosos de metástasis, edad mayor a 60 años, diabetes mellitus y niveles anormales de antígeno CA19-9 ^(13,16).

El tratamiento estándar debe ser resectivo en las lesiones sospechosas de malignidad, el tratamiento conservador se reserva a lesiones menores a 3 cm y de tipo BD NIMP en pacientes no candidatos a manejo quirúrgico agresivo. Es de vital importancia el estudio transoperatorio de estas lesiones con cortes histopatológicos congelados para determinar la afección a bordes quirúrgicos ⁽¹¹⁾, teniendo en cuenta el grado de atipia de las lesiones, ya que se pueden presentar lesiones adenomatosas con bajo

potencial maligno, no es necesario ampliar los bordes de resección por no afectar la sobrevida global y su bajo índice de recurrencia (menor al 10%). En todos los demás casos es recomendable lograr resección completa de las lesiones, incluso se recomienda la realización de pancreatometomía total en pacientes seleccionados teniendo en cuenta el riesgo/beneficio y la sobrevida global a obtener en pacientes jóvenes^(11, 14,17). La recurrencia en casos de BD NIMPs se estima en alrededor del 8%, en las formas invasivas alrededor del 50% con sobrevida a 5 años de entre 30 y 75%; los factores que aumentan el riesgo de recurrencia son: los ganglios linfáticos positivos y la invasión vascular, las metástasis a distancia constituyen la forma más común de recurrencia hasta en un 60-74% de los casos, siendo el hígado el sitio más comúnmente afectado⁽¹⁴⁾. El seguimiento de los pacientes con esta patología deberá realizarse cada año con estudios de imagen apropiados en pacientes con enfermedad resecada totalmente y bajo potencial maligno; cada 6 meses en el caso de potencial maligno alto e incluso, cada 3 meses en pacientes con bordes positivos posterior a la resección. La mayor parte de la recurrencia se presenta en los primeros dos años, por lo que se recomienda este tiempo como mínimo en el seguimiento⁽¹¹⁾.

Abordaje diagnóstico:

El abordaje diagnóstico en todas las lesiones quísticas del páncreas dependerá de los recursos con que cuente el centro hospitalario, pero se recomienda en todos los casos sea llevado a cabo en un centro de tercer nivel y deberá incluir estudios básicos de imagen como ultrasonido abdominal, en el cual llegan a descubrirse de forma incidental o intencionada hasta 60% de los tumores quísticos de páncreas^(7,10). Posteriormente deberá complementarse con la utilización de imágenes tomográficas con equipo multidetector o de resonancia magnética de acuerdo a la disponibilidad y experiencia del centro hospitalario. Se recomienda el uso de ultrasonido endoscópico que brinda la posibilidad de delimitar adecuadamente la extensión de las lesiones, las características del contenido quístico, la evaluación de ganglios linfáticos sospechosos y sobre todo la posibilidad de obtener biopsia por punción con aspirado de líquido del quiste, con posterior análisis citológico y citoquímico, siendo los marcadores de mayor importancia a analizar, la presencia de amilasa, CA 19-9 y de ACE. Este último el más importante debido a la necesidad inicial de diferenciar entre una lesión productora de mucina

en la cual el ACE se presenta elevado hasta en un 75% de los casos y una lesión serosa en la cual los niveles de ACE son usualmente bajos. Recientemente se ha recomendado el uso de la tomografía computada con emisión de positrones, sin embargo es un rubro aún en estudio^(3,5,7,10,11).

Tratamiento.

Las lesiones quísticas del páncreas en general deberán ser tratadas de acuerdo a su diagnóstico preoperatorio basado en los estudios paraclínicos, recomendándose en general el tratamiento conservador para las lesiones benignas o con bajo potencial maligno⁽¹⁷⁾ y el tratamiento resectivo para las lesiones premalignas, con alto potencial maligno o definitivamente con diagnóstico de malignidad. Las resecciones pancreáticas formales con linfadenectomía correspondiente, son el estándar de tratamiento actual, entre las que se incluyen: la pancreatoduodenectomía, la resección segmentaria de páncreas y las pancreatectomías distales con o sin conservación esplénica. El abordaje laparoscópico, aunque descrito, se reserva para centros con gran experiencia^(7,19). En todos los casos, se deberá tener en cuenta además la susceptibilidad del paciente a recibir dicho tratamiento, estimando en todos los casos el riesgo/beneficio y la sobrevida global a lograr con estos tratamientos. Se han logrado tasas de éxito con morbilidad cercana al 15% y mortalidad del 1% en grandes series realizadas⁽¹²⁾. Las complicaciones más frecuentes son la fístula pancreática y la diabetes mellitus secundaria^(7,12), por lo que algunos autores abogan en la actualidad por el tratamiento agresivo en todos los casos⁽¹⁸⁾, sin embargo, estas series están limitadas a grandes centros especializados de tercer nivel con muestras de pacientes seleccionados. En general la sobrevida dependerá de la estirpe histológica y los factores asociados al tipo de presentación de cada enfermedad en particular, siendo cada día de mayor importancia el conocimiento claro de este grupo de tumores para su correcto diagnóstico y tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer la experiencia en el tratamiento quirúrgico de los tumores quísticos del páncreas en el servicio de Gastrocirugía en el Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

HIPOTESIS

Existe un resultado similar al reportado en la literatura mundial en el tratamiento quirúrgico de las neoplasias quísticas del páncreas en cuanto a complicaciones y mortalidad postoperatoria en el servicio de Gastrocirugía en el Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer la experiencia en el manejo quirúrgico de las neoplasias quísticas del páncreas en un centro de tercer nivel, siendo realizado el estudio en el servicio de Gastrocirugía del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2005 y el 1 de marzo de 2010.

Objetivos específicos: Conocer las características de los pacientes con tumores quísticos de páncreas.

Conocer los tipos y características de los tumores quísticos del páncreas diagnosticados y tratados de forma quirúrgica en nuestro hospital

Conocer la mortalidad postoperatoria a 30 días de los pacientes con neoplasias quísticas de páncreas.

Conocer la morbilidad postoperatoria a 30 días de los pacientes con neoplasias quísticas de páncreas.

MATERIAL PACIENTES Y METODOS

Diseño del estudio. Retrospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo.

Universo de trabajo. Se incluirán en el estudio todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia quística de páncreas en el período entre el 1 de marzo de 2005 y el 1 de marzo de 2010 que hayan recibido manejo quirúrgico en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI y cuyos expedientes se encuentren con datos completos acerca de la evolución postoperatoria.

Descripción de las variables.

- Edad (Continua)
- Sexo (Masculino/Femenino) (Nominal)
- Método de diagnóstico (US/TAC/Otros) (Nominal)
- Sintomatología (Dolor/Saciedad temprana/Naúsea/Vómito) (Nominal)
- Niveles de CA 19-9 preoperatorios (ng/dl)(Continua)
- Laboratorios preoperatorios
 - Bilirrubina directa (mg/dl)(Continua)
 - Bilirrubina indirecta (mg/dl)(Continua)
 - Albúmina sérica (g/dl) (Continua)
 - Glucosa sanguínea (g/dl) (Continua)
- Diagnóstico preoperatorio (Nominal)
- Cirugía realizada (Nominal)

- Tamaño tumoral (En centímetros) (Continua)
- Diagnóstico histopatológico (Nominal)
- Bordes quirúrgicos (positivo/negativo) (Nominal)
- Metástasis (Si/No) (Nominal)
- Complicaciones postoperatorias a 30 días(si/tipo/no) (Nominal)
- Estancia intrahospitalaria (En días) (Continua)
- Manejo en terapia intensiva (si/no) (Nominal)
- Uso de nutrición parenteral total (Si/No) (Nominal)
- Laboratorios al egreso
 - Bilirrubina directa (mg/dl)(Continua)
 - Bilirrubina indirecta (mg/dl)(Continua)
 - Albúmina sérica (g/dl) (Continua)
 - Glucosa sanguínea (g/dl) (Continua)
- Mortalidad a 30 días (Si/No) (Nominal)
- Tipo de egreso (mejoría/defunción) (Nominal)

Tamaño de la muestra y criterios de selección. Se incluirán en el estudio todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia quística de páncreas en el período entre el 1 de marzo de 2005 y el 1 de marzo de 2010 que hayan recibido manejo quirúrgico en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI y cuyos expedientes se encuentren con datos completos acerca de la evolución postoperatoria.

Criterios de no inclusión: No existen

Criterios de exclusión: Pacientes cuyos expedientes se encuentren incompletos y que impida la recolección de datos.

Procedimientos. Se realizará la búsqueda de los pacientes en los registros del servicio de Gastrocirugía del periodo comprendido entre 1º de marzo del 2005 al 1 de marzo del 2010.

Se solicitará en el archivo clínico los expedientes de los pacientes. Se vaciará la información en la hoja de recolección de datos. Se analizará la información recolectada.

Análisis estadístico. Se realizará análisis estadístico con frecuencias, promedios, obtendremos media, mediana y moda.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Es un estudio retrospectivo, anónimo que no representa ninguna posibilidad de riesgo para los pacientes, por lo que no amerita consentimiento informado.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Recursos humanos: Investigador y Asesor

Recursos materiales: Expedientes clínicos

Recursos Financieros: No se requieren.

RESULTADOS.

Se operaron un total de 18 pacientes en el periodo comprendido entre marzo de 2005 y marzo de 2010 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de los cuales se obtuvieron 15 expedientes completos para la recolección de datos, 12 fueron mujeres y 3 hombres representando el 80% y 20% respectivamente (Fig. 1); tuvieron un promedio de edad de 46.3 años, con una mediana de 44 años, una moda de 33, tuvieron una edad mínima de 24 años y una edad máxima de 72 (tabla 1). Se realizó el diagnóstico mediante ultrasonido abdominal en 7 pacientes, mientras que en 8 se realizó mediante tomografía axial computada (Fig. 2). Los síntomas clínicos de presentación fueron dolor abdominal en 10 pacientes, saciedad temprana en 7 y náusea en tres, 5 pacientes asintomáticos por lo que realizó el diagnóstico por estudios de imagen de forma incidental (Fig. 3).

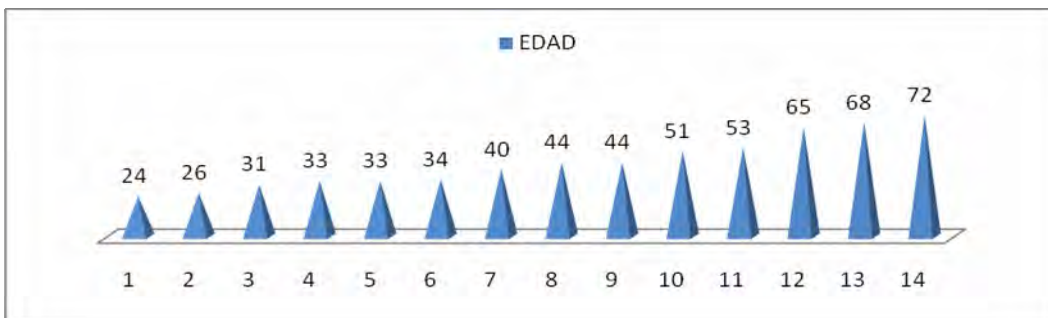


Tabla 1. Distribución de edades.

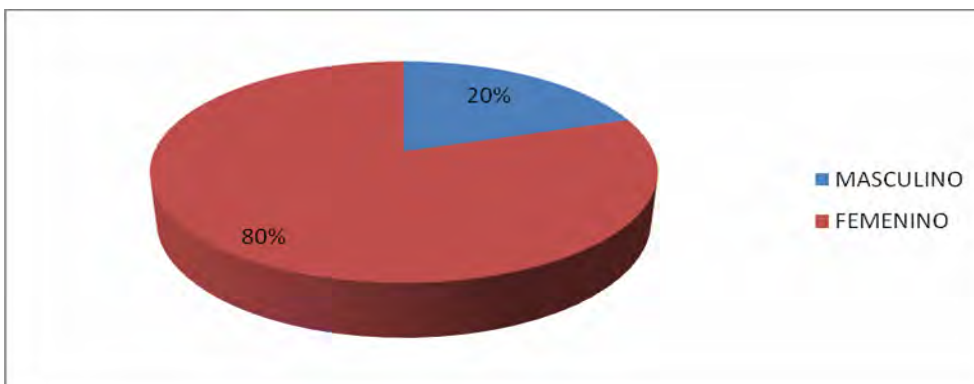


Figura 1. Distribución por sexos.

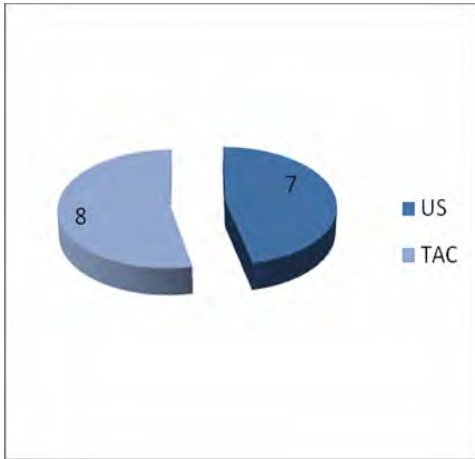


Figura 2. Método de diagnóstico

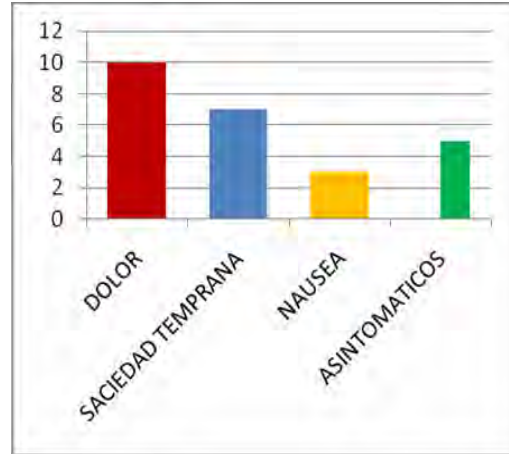


Figura 3. Presentación clínica

Las cirugías realizadas en estos pacientes fueron: tumorectomía en 7 pacientes, pancreatectomía distal en 6, pancreatoduodenectomía en un paciente, y resección en bloque incluyendo cuerpo y cola de páncreas, bazo, resección segmentaria de colon transverso y segmentos II y III hepáticos en un paciente (Fig. 4). Esta última cirugía corresponde al caso de un femenino de 44 años con un cistadenoma mucinoso de cuerpo y cola de páncreas con invasión de colon y segmentos II y III hepáticos, que en el postoperatorio presentó neumonía nosocomial y falleció en el día 19 postoperatorio. El resto de los pacientes fue egresado por mejoría en un promedio de 11.7 días con un mínimo de 6 y un máximo de 16 días de estancia hospitalaria.

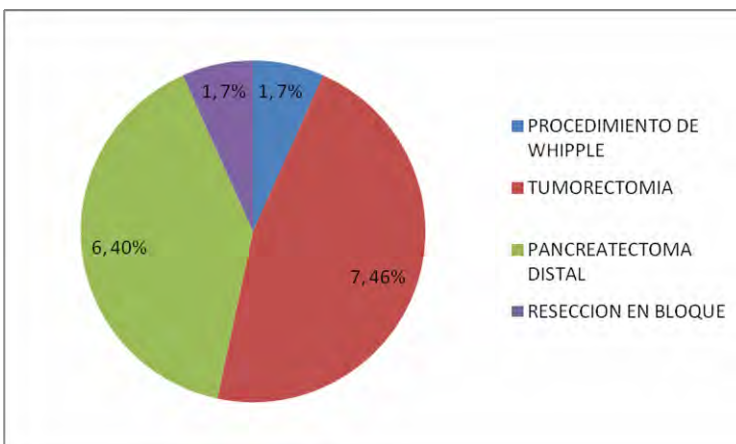


Figura. 4 Cirugías realizadas.

La distribución de los tumores fue de 4 en la cabeza, de los cuales se realizó 1 pancreatoduodenectomía y en tres tumorectomía, 2 casos presentaron afección de cuerpo y cola, en uno se realizó tumorectomía y en otro resección en bloque, en cuatro pacientes se presentó afección únicamente en cuerpo, se realizaron tres tumorectomías y una pancreatectomía distal, y finalmente 5 pacientes presentaron tumores en cola de páncreas por lo que se realizaron 5 pancreatectomías distales en estos pacientes.

Los diagnósticos postoperatorios fueron: cistadenoma mucinoso en 7 casos, neoplasia papilar solidoquística del páncreas en 4 casos, cistadenoma seroso en dos casos, cistadenocarcinoma mucinoso en un caso y adenocarcinoma papilar seroso de alto grado en un caso (Fig. 5). Se documentó presencia de metástasis y bordes quirúrgicos positivos en dos casos, los cuales correspondieron a cistadenoma mucinoso con afección de cuerpo y cola de páncreas, colon y segmentos II y III hepáticos y en el otro caso a un cistadenoma papilar mucinoso con metástasis peritoneales y en base apendicular (Fig. 6).

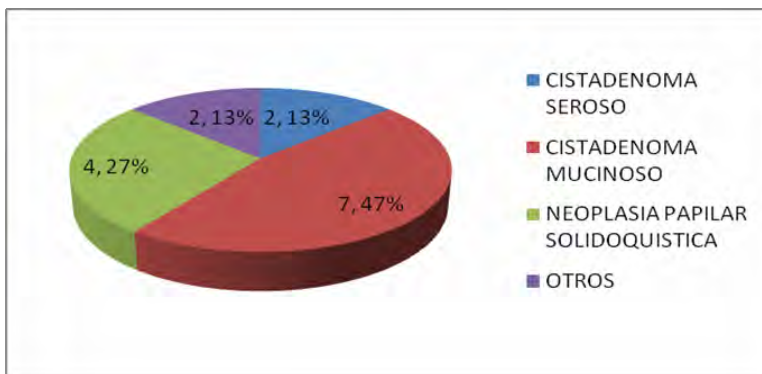


Figura 5. Diagnósticos histopatológicos.

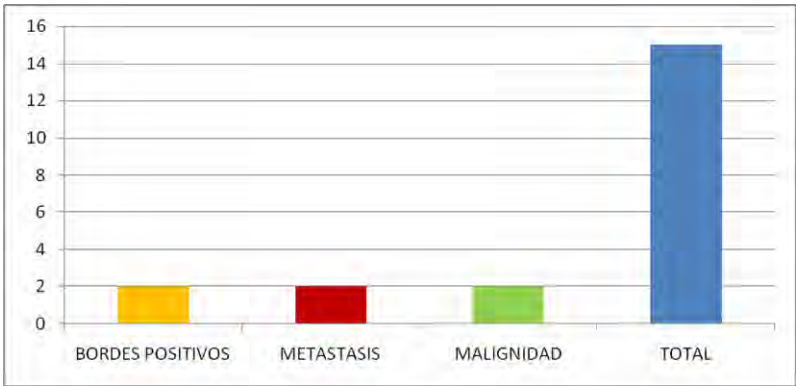


Figura 6. Características histopatológicas.

Hubieron un total de 4 complicaciones postoperatorias 3 fístulas pancreáticas y un caso de neumonía nosocomial, correspondiente a única defunción postoperatoria(Fig 7,8), lo que representa 27% de complicaciones postoperatorias totales con 20% de fístulas y 7% de mortalidad total (Fig. 9). Tres pacientes presentaron fístulas pancreáticas, el manejo fue conservador, teniendo como tiempo máximo al cierre un periodo de 2 meses, sin requerir cirugía para la resolución de la fístula. Se presentó una defunción al día 19 de postoperatorio debido a falla orgánica múltiple y neumonía nosocomial.

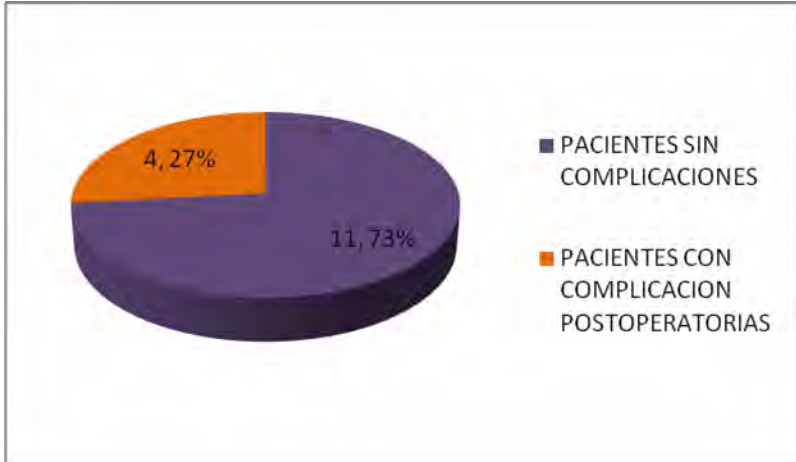


Figura 7. Complicaciones postoperatorias.

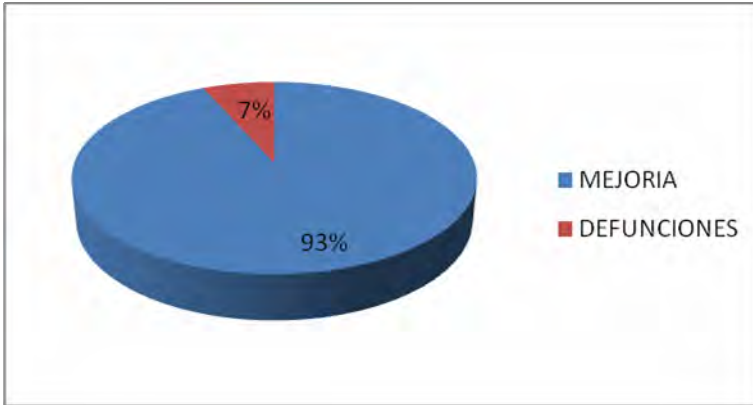


Figura 8. Mortalidad postoperatoria.

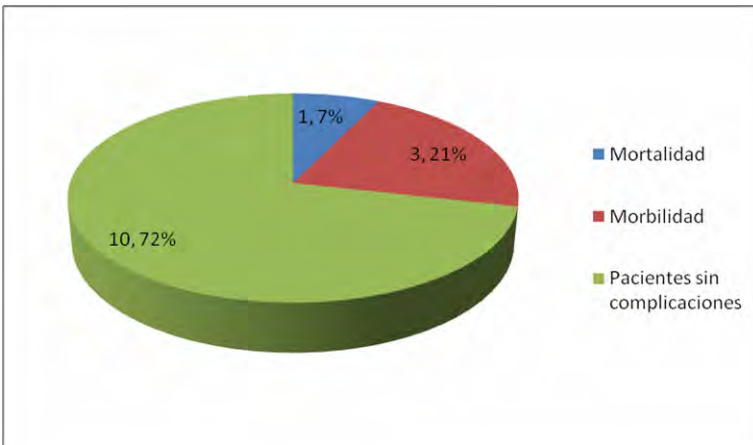


Figura 9. Morbimortalidad postoperatoria.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontraron un total de 18 pacientes operados con el diagnóstico de tumores quísticos del páncreas al revisar los expedientes de los últimos 5 años, sin embargo, sólo se pudieron obtener los datos completos de 15 pacientes con un predominio del sexo femenino de 4:1, lo que coincide con los datos reportados por Federle y cols (2); con un rango de edad entre 24 y 77 años, un promedio de 46.3 años. La literatura refiere que los pacientes cursan asintomáticos hasta en un 70% de los casos y la detección de esta patología se hace de forma incidental en estudios de imagen realizados por otra causa (3). En este estudio hubieron 5 pacientes asintomáticos lo cual constituye alrededor del 33% de los casos únicamente, cifra que no corresponde con la literatura mundial, sin embargo este dato debe ser analizado en el contexto de que nuestro hospital es un centro de tercer nivel, el cual por lo regular no realiza detección rutinaria, sino que trata únicamente a los pacientes enviados de otros centros hospitalarios.

En cuanto a los diagnósticos postoperatorios la distribución de los diferentes tumores quísticos del páncreas difiere de lo reportado en la literatura mundial (1,2,3,5,14), en este estudio se encontró un predominio de cistadenoma mucinoso del páncreas de un 47%, en segundo lugar, la neoplasia papilar solidoquística del páncreas con un 27%, el cistadenoma seroso en un 13% y otros tumores igualmente 13%. Resalta el 27% de la neoplasia papilar solidoquística que es reportada alrededor del 1% únicamente por diversos autores (5,8,9) y la ausencia de casos de neoplasia papilar intraductal mucinosa del páncreas una patología que cobra mayor auge en los últimos años debido a su potencial maligno y al aumento en la sensibilidad de métodos de detección y diagnóstico.

El método diagnóstico, más utilizado en este estudio fue la tomografía axial computada en un 53% de los casos, diferente de lo reportado, ya que se hace mención del ultrasonido en algunas fuentes como el método que mayormente se ha utilizado para el diagnóstico hasta la fecha (7,10), debido a su practicidad, disponibilidad y alta sensibilidad; en nuestro estudio fue del 47%. Sólo en 5 pacientes de este estudio fue posible realizar ultrasonido endoscópico como estudio complementario, no se realizó

aspirado de ninguna lesión y, por lo tanto, este no pudo ser tomado en cuenta como un método diagnóstico con mayor sensibilidad como lo referido en la literatura mundial (3,5,7,10,11).

El tamaño tumoral en este estudio se encontró mayor que en series reportadas, con un diámetro mínimo de 3 cm y un máximo de 32 cm, con un promedio de 11.36 cm. Cabe destacar que el tumor de mayor dimensión midió 25 x 32 cm, lo que constituye uno de los casos de neoplasia papilar solidoquística del páncreas mas grandes reportados. En general el tamaño tumoral fue mayor que lo reportado para las neoplasias quísticas del páncreas por un rango de 1.7 cm (1,3,5,6).

La estancia intrahospitalaria promedio fue de 11.73 días, con rango entre 6 y 19 días, estancia relativamente corta comprada con los rangos de entre 7 y 120 días en series de grandes centros (9,12).

Se encontraron dos tumores histológicamente malignos, con presencia de metástasis hacia peritoneo en uno de los casos, en el otro con infiltración a órganos vecinos, el primer paciente con evolución satisfactoria, el segundo correspondió con la única defunción encontrada en este estudio.

El tipo de cirugía referido en la literatura varía de acuerdo al tipo de neoplasia quística que se estudie debido a la predilección de las diferentes patologías por una región anatómica específica del páncreas, sin embargo, en la mayoría de artículos se hace referencia a la pancreatoduodenectomía con o sin preservación pilórica y a las resecciones pancreáticas formales como la pancreatectomía distal con o sin preservación del bazo como procedimientos de elección (7,19). En nuestra experiencia en cambio, se han tratado de forma exitosa los tumores quísticos del páncreas en el postoperatorio inmediato mediante el uso de tumorectomías únicamente, con tasas de morbimortalidad similares a lo reportado en la literatura mundial. Con una morbilidad del 27%, y mortalidad en un solo caso lo que corresponde con el 6% del total, lo que constituye una alternativa aceptable, siempre y cuando se tengan límites quirúrgicos negativos en las neoplasias con potencial maligno o diagnostico de malignidad en el transopetratorio.

CONCLUSIONES

Las neoplasias quísticas del páncreas constituyen un grupo de patologías con indicaciones quirúrgicas específicas, con complicaciones y mortalidad postquirúrgicas bajas, y con buen pronóstico que en nuestro hospital se han tratado de forma exitosa. Corresponde con la literatura mundial, siendo únicamente diferente la distribución en cuanto al tipo histológico de dichas neoplasias, con una menor presentación de neoplasia papilar intraductal mucinosa del páncreas y una mayor presentación de neoplasia papilar solidoquística; una diferencia a tomaren cuenta para el abordaje diagnóstico y terapéutico de este grupo de patologías. La muestra incluida en este estudio, sin embargo, es pequeña comparada con las series reportadas por grandes centros especializados en patología pancreática por lo que es imposible realizar un estudio estadísticamente significativo. La experiencia en este tipo de patología es limitada y deberá continuar evolucionando nuestro entendimiento, sospecha, abordaje diagnóstico y terapéutico.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

SERVICIO DE GASTROCIRUGIA

Experiencia en el manejo quirúrgico de las neoplasias quísticas del páncreas durante 5 años en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Seguro Social.

Dr. Rodrigo Silva Martínez.

Nombre						
Afiliación						
Edad						
Sexo	Masculino			Femenino		
Método de diagnóstico	US	TAC	RM	USE	Clínico	
Sintomatología	Dolor	Saciedad temprana	Nauseas	Vómito	Dispepsia	
CA 19-9						
Laboratorios preoperatorios	Hb	Alb	BD	BI	Glucosa	
Diagnóstico preoperatorio						
Cirugía realizada						
Tamaño del tumor						
Diagnóstico histopatológico						
Bordes quirúrgicos	Positivo			Negativo		
Metastasis	Si			No		
Necesidad de reoperación	Si			No		
EIH						
Complicaciones postoperatorias	Si		No		Cual	
UCI	Si			No		
NPT	Si			No		
Laboratorios de egreso	Hb	Alb	BD	BI	Gluc	
Mortalidad	Si			No		
Egreso	Mejoría			Defunción		

BIBLIOGRAFIA

1. Adsay NV. Cystic lesions of the páncreas. *Modern Pathology* (2007) 20, S71–S93.
2. Federle MP, McGrath K M. Cystic Neoplasms of the Pancreas. *Gastroenterol Clin N Am* 36 (2007) 365–376.
3. Verbesey JE, Munson JL. Pancreatic Cystic neoplasms. *Surg Clin N Am* 90 (2010) 411–425.
4. Fernández-del Castillo C, Warshaw AL. Current management of cystic neoplasms of the pancreas. *Adv Surg.* 2000;34:237-48.
5. Garcea G, Ong SL, Rajesh A, Neal CP, Pollard CA, Berry DP, Dennison AR. Cystic Lesions of the Pancreas, A Diagnostic and Management Dilemma. *Pancreatology* 2008;8:236–251.
6. Tseng JF, Warshaw AL, Sahani DV, Lauwers GY, Rattner DW, Fernandez-del Castillo C. Serous Cystadenoma of the Pancreas *Tumor Growth Rates and Recommendations for Treatment.* *Ann Surg* 2005;242: 413–421.
7. Katz MH, Mortensosn MM, Wang H, Hwang R, Tamm EP, Staerke G, Lee JH, Evans DB, Fleming JB. Diagnosis and Management of Cystic Neoplasms of the Pancreas: An Evidence-Based Approach. *J Am Coll Surg* 2008; 207:1:107-120.
8. Reddy S, Cameron J L, Scudiere J, Hruban RH, Fshman EK, Ahuja N, Pawlik T M, Edil B H, Shulick RD, Wolfgang CI. Surgical Management of Solid-Pseudopapillary Neoplasms of the Pancreas (Franz or Hamoudi Tumors): A Large Single-Institutional Series. *J Am Coll Surg* 2009;208:950–959.
9. Yang F, Jin C, Long J, Jun Yu , Xu J, Di Y, li j, Fu DL, Ni Qx. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: a case series of 26 consecutive patients. *Am J Surg* 2009; 210: 210-215.
10. Hutchins G, Draganov PV. Diagnostic Evaluation of Pancreatic Cyst Malignancies. *Surg Clin N Am* 90 (2010) 399–410.
11. Tanaka M et al. International Consensus Guidelines for Management of Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms and Mucinous Cystic Neoplasms of the Pancreas. *Pancreatology* 2006;6:17–32.

12. Cameron J L. One thousand consecutive pancreatoduodenectomies and beyond: a personal series. *Am Jour Surg* 2007; 194: S11-S15.
13. McGrath KM, Krasinskas AM, Federle MP. Intraductal Papillary Mucinous Neoplasia. *Gastroenterol Clin N Am* 2007; 36: 377-390.
14. Augustin T, VanderMeer T J. <intraductal Papillary Mucinous Neoplasm: A Clinicopathological Review. *Surg Clin N Am* 2010; 90: 377-398.
15. Fritz S, Washaw AL, Thayer SP, Management of Mucin-Producing Cystic Neoplasms of the Pancreas. *The Oncologist* 2009; 14: 125-136.
16. Ingkakul T, Sadakari Y, et al. Predictors of the Presence of Concomitant Invasive Ductal Carcinoma in Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm of the Pancreas. *Ann* 2010; 251: 70-75.
17. Brounts LR, Leman RK, Causey M W, et al. Natural Course and outcome of cystic lesions of the pancreas. *Am Jour Surg* 2009; 197: 619-623.
18. Hardacre JM, McGee MF, Stellato TA; schulak JA. An Aressive surgical approach is warranted in the management of cystic pancreatic neoplasms. *Am Jour Surg* 2007; 193: 374-379.
19. Kooby DA, Chu C K. Laparoscopic Management of Pancreatic Malignancies. *Surg Clin N Am* 2010; 90: 427-446.