



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

74
11209 24

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS COMO
CIRUGIA PALIATIVA EN EL CANCER
DE CABEZA DE PANCREAS

Experiencia en el Hospital General de Zona No. 1
del I. M. S. S. "Gabriel Mancera" México, D. F.
1991 - 1994

T E S I S

QUE PRESENTA:

DR. ISMAEL ORDOÑEZ LEON

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO GENERAL

ASESOR DE TESIS:

DR. GILBERTO GUZMAN VALDIVIA GOMEZ



MEXICO, D. F.

MARZO DE 1995

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

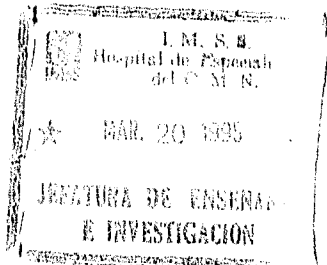
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

[Handwritten mark]

Dr. Neils H. Wachter Rodarte.
Jefe de Enseñanza e Investigación
H.E. C.M.N. Siglo XXI I.M.S.S.



[Large handwritten signature]

Dr. Roberto Blanco Benavides.
Jefe del Servicio de Gastrocirugia
H.E. C.M.N. Siglo XXI I.M.S.S.

Dr. Enrique Medina González.
Jefe del Servicio de Cirugia General
H.G.Z. No. 1 " Gabriel Mancera " I.M.S.S.

[Handwritten signature]

[Large handwritten signature]

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez.
Médico Adscrito al Servicio de Cirugia General
H.G.Z. No. 1 " Gabriel mancera "
Asesor de tesis.

A MIS PROFESORES:

POR LA MOTIVACION EN EL ARTE DE LA CIRUGIA.

A MI MADRE:

POR LA GENEROSIDAD DE SU ALMA.

A MI ESPOSA RAQUEL:

GRACIAS POR TU COMPRESION Y APOYO.

A ANDRES:

QUE INICIA SUS PASOS EN LA VIDA.

INDICE

Introducción	1
Antecedentes	2
1.- Definición	2
2.- Historia	2
3.- Indicaciones Quirúrgicas	3
4.- Paliación Quirúrgica para Cáncer Pancreático	4
Hipótesis	8
Objetivo	8
Material y Métodos	9
Resultados	11
Discusión	17
Conclusiones	19
Bibliografía	20

INTRODUCCION

La Coledocoduodenoanastomosis como metodo quirurgico para derivar en forma satisfactoria la bilis hacia el intestino, ha ido ganado aceptación, desde su aparición a finales del siglo-pasado, con cirujanos como Riedel, Sprengel, Sasse, Allen, Sanders y Madden entre otros.(2) Actualmente son múltiples situaciones en las cuáles esta cirugía permite resolver problemas obstructivos a nivel de la via biliar.(2) Esto incluye patologia biliar benigna, como alternativa en el manejo temprano de algunas lesiones de la via biliar asi como una forma de derivación en neoplasias de la encrucijada pancreatobiliar.

En pacientes con cáncer de la cabeza de páncreas, la ictericia obstructiva está presente cerca de un 90 % de los casos. Sorpresivamente por más de 20 años, las opiniones han estado divididas, por cuál es el procedimiento óptimo para una derivación biliar. Potts y cols. concluyen que la coledocoduodeno---anastomosis es el mejor método. Sin embargo Sarr y Cameron no recomiendan el procedimiento como descompresión biliar paliativa en el cáncer de la cabeza de páncreas.(1)

En el presente trabajo se realiza una revisión del papel de la coledocoduodenoanastomosis como descompresión biliar paliativa en el cáncer de cabeza de páncreas. Se analizan su definición, aspectos históricos, su indicación en la patologia maligna de la encrucijada de la via biliar, su efectividad como alternativa quirurgica en la ictericia obstructiva maligna, complicaciones y morbilidad asociada.

ANTECEDENTES.

Definición.

La coledocoduodenoanastomosis es una operación en la --
cuál mediante la construcción de un nuevo estoma entre el colé
doco y el duodeno, se reestablece el drenaje adecuado de bilis.

(2)

Historia.

La primera coledocoduodenoanastomosis fue realizada en --
1888 por Riedel, en una mujer de 40 años con colangitis des---
pués de colecistectomía. Esta cirugía no fue reportada sino has
ta 1892 y la paciente falleció nueve horas después de operada,
encontrándose en la autopsia dehiscencia de la anastomosis. Ko-
cher en 1890 reportó la realización de una coledocoduodenoanas
tomosis, y después de suturar la serosa del duodeno al conducto
colédoco se encontró que no se estableció una comunicación en-
tre ambas estructuras por lo que la operación fué abandonada.

Sprengel en 1981 realizó la primera coledocoduodenoanasto
mosis satisfactoria y le dió al procedimiento su nombre actual.
Fu'e Sasse. en 1913, quién reportó una serie de 10 casos exi-
tosos y recomendó el uso rutinario de dicho procedimiento en -
pacientes con coledocolitiasis a fin de evitar los problemas a
sociados a calculos retenidos.

Posteriormente el procedim~~to~~nto fué adquiriendo buena a--

ceptación entre la mayoría de cirujanos, especialmente en Europa. En 1945 Allen, publicó que algunos pacientes pueden presentar colangitis posterior a la realización de esta derivación biliodigestiva, principalmente cuando el estoma es menor de 2.5 cm. de diametro con lo cual se creó cierto excepticismo en algunos circulos médicos con relación a la efectividad del procedimiento.

En estados Unidos, su realización fué popularizada entre otros por Sanders quien en 1944 reporto 44 casos con solo dos muertes postoperatorias y demostró que la incidencia de colangitis posterior al procedimiento es baja. Mediante un trabajo experimental utilizando perros, anastomosó el conducto hepático común con el colón transverso y a pesar del reflujo de bilis, no encontró casos de colangitis. Madden, también en estados Unidos, realizó una revisión de 1255 casos publicados entre 1945 y 1968, encontró que la incidencia global de colangitis posterior al procedimiento es de 0.4 % con mortalidad global del 8 %.(1, 2)

Indicaciones Quirúrgicas.

Las principales indicaciones para la realización de una coledocoduodenoanastomosis se pueden subdividir en aquellas asociadas a patología biliar benigna, como método de descompresión biliar en neoplasias malignas de la encrucijada pancreatobiliar y un tercer grupo formado por lesiones tempranas de la vía biliar susceptibles de reparar por este método quirúrgi

co. (2)

Paliacion Quirurgica Para Cáncer Páncreatico

La incidencia global de cáncer páncreatico se ha elevado en los últimos decenios pero al parecer ahora se ha nivelado. En la experiencia de la mayoría de los cirujanos especializados en páncreas, para cuando se diagnóstica, solo en 10 a 15 % de los individuos con cáncer páncreatico el padecimiento es adecuado para resección y posible curación. Estas cifras no difieren de las de hace algunos años aún cuando quizá se diagnóstica con mayor rapidez hoy que en el pasado. De hecho el -- tiempo promedio entre el primer sintoma y el diagnóstico fué menor de 14 semanas en los últimos cinco años. Así el diagnóstico más temprano no ha tenido impacto sobre curabilidad, y en 85 a 90 % de quienes sufren esta enfermedad aún requiere alguna forma de paliación. Los síntomas y signos que requieren más a menudo alivio en esos enfermos son ictericia, obstrucción de la salida gástrica y dolor. (1, 3, 4, 9, 10)

La paliación óptima de los síntomas, para maximizar la calidad de vida, es una situación primaria en muchos pacientes. (1)

En alrededor del 70 % de los individuos con cáncer pán--creatico sobreviene ictericia obstructiva en algún momento. Se encuentra en el momento del diagnóstico en hasta 90 % de los sujetos con carcinoma de la cabeza de páncreas, con mayor frecuencia cuando la neoplasia comprime el colédoco en la trayec--toria de éste último a través del tejido páncreatico. La icte-

tericia es menos frecuente en los cánceres del cuerpo y colá-sólo ocurre en el 6 % de esos pacientes. En esas circunstan--cias suele depender de compresión del colédoco por ganglios - afectados en porta hepatis o por alteraciones en la función - hepática, a consecuencia de metástasis. (1,3,11)

La ictericia indolora, a menudo considerada en el pasado como el síntoma cardinal de cáncer páncreatico, en realidad ocurre alrededor del 33 % de los afectados. En más del 60 % de los pacientes atendidos en la UCLA, la ictericia se acompañó de dolor. (1,3,11)

Hay diversas razones por las cuáles debe de aliviarse la ictericia. En primer lugar, cuando es prolongada, altera la función del hígado, y esto puede culminar en insuficiencia h^epati-ca. En segundo lugar, aparece colangitis en alrededor del 10 % de los pacientes con obstrucción biliar no aliviada por enfermedad maligna. Es posible que sobrevengan anorexia y absorción intestinal deficiente, lo que origina desnutrición. En tercer - lugar alrededor del 25 % de los ictericos presenta prurito, a menudo imposible de tratar con eficacia mediante fármacos. Por último, la ictericia recuerda de modo constante al enfermo y - su familia el padecimiento no controlado que sufre. En la expe-riencia obtenida en la UCLA, alrededor del 33 % de los enfer-ros con ictericia no aliviada presentó empeoramiento de esta-última, prurito, colangitis recurrente e insuficiencia h^epática (2)

También hay pruebas sugerentes de que el alivio de la ic-tericia prolonga la supervivencia, aunque esto no se ha compro

bado. Sarr y colaboradores revisaron a 10,000 enfermos en quienes se efectuaron operaciones paliativas para cáncer pancreático y encontraron que la supervivencia media en quienes se practicó derivación biliar fué de 5.4 meses, en comparación -- con 3.5 meses en quienes no se llevó a cabo. Por supuesto, es -- posible que en quienes no se procedió a operar, tuvieron enfermedad más avanzada. (1,4,5)

En los diversos procedimientos de derivación interna se utiliza ya sea el colédoco o la vesícula del lado biliar y el estómago, el duodeno o el yeyuno del intestinal. El drenaje externo a través de una sonda en T, colocada mediante cirugía, alivia con eficacia la ictericia. Sin embargo, este método es objeto de fuertes críticas porque sentencia al enfermo a vivir el resto de su vida con una fístula biliar externa. Además --- cuando se pierden grandes volúmenes de bilis, puede sobrevenir desequilibrio hidroelectrolítico grave. Aunque este problema -- puede corregirse con la reingesta de la bilis, la mayoría de -- los enfermos considera inaceptable esta medida. (1)

La colecistogastrostomía a la que se recurría a veces no debe efectuarse. Es posible que la anastomosis entre un estómago de pared delgada y una vesícula con las mismas características planteen dificultades técnicas, la gastritis biliar es -- problemática y puede ocurrir hipersecreción de ácido. (1)

En recientes años la paliación no quirúrgica de la ictericia ha sido avalada como una opción para el manejo de estos pacientes. Se han realizado estudios comparativos del manejo -- quirúrgico con el manejo operatorio para ictericia obstructi-

va maligna. Las conclusiones de éstos estudios son similares, -
demostrando que las técnicas son igualmente efectivas en la -
resolución de la ictericia.(1)

HIPOTESIS

La colédocoduodenoanastomosis es útil como procedimiento derivativo de la vía biliar en pacientes con cáncer de cabeza de páncreas.

OBJETIVO

Demostrar la utilidad de la colédocoduodenoanastomosis, - en el tratamiento paliativo de la ictericia, colangitis y prurito en pacientes con cáncer de cabeza de páncreas.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron en forma retrospectiva a 65 pacientes con cáncer de cabeza de páncreas, con obstrucción de la vía biliar por el tumor; quienes entre marzo de 1991 y julio de 1994 fueron intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía general del Hospital General de Zona No.1 "Gabriel Mancera" - del I.M.S.S. de México D.F. de los cuales a 13 (20 %) se les realizó colédocoduodenoanastomosis. Estos pacientes constituyen nuestro universo de estudio.

A los pacientes se les analizó por presentación de síntomas, pruebas de laboratorio, preoperatorios de bilirrubinas, ultrasonido, TAC hallazgos operatorios, tipo histológico, evolución de la colédocoduodenoanastomosis, en base al alivio de síntomas en función de calidad de vida, dividiendo a esta en: Buena si aliviaba totalmente los síntomas, Regular si los aliviaba en forma parcial y mala si no los aliviaba.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los pacientes operados de colédocoduodenoanastomosis en el hospital General de Zona No.1 "Gabriel Mancera" del I.M.S.S. por cáncer de cabeza de páncreas demostrados histopatológicamente, entre marzo de 1991 a julio de 1994.

CRITERIOS DE NO INCLUSION -

pacientes operados de colédocoduodenoanastomosis por patología benigna y aquellos pacientes en los cuales no se demostró histopatológicamente patología maligna.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes que no se obtuvieron sus expedientes o perdidos en su evolución

RESULTADOS.

De los 13 pacientes estudiados, hubo predominio del sexo femenino con una relación mujer:hombre 1:8. CUADRO 1

CUADRO 1 Distribución por sexo

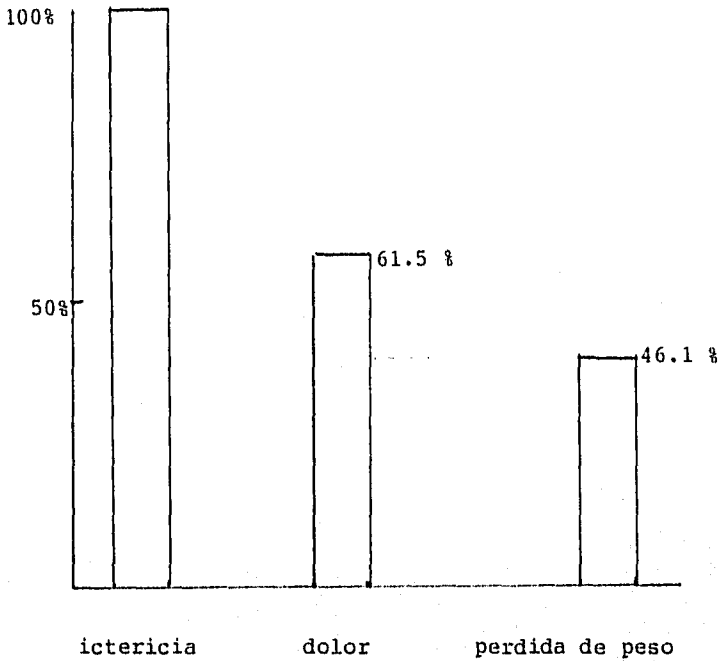
SEXO	NUMERO	%
FEMENINO	7	53.8
MASCULINO	6	47.2
TOTAL	13	100

La edad promedio de los pacientes fué de 74 años con un rango de 52 a 96 años.

CUADRO CLINICO.

Los principales signos y síntomas asociados al momento de su ingreso fueron: ictericia en todos los pacientes. Seguido de dolor en el hipocondrio derecho, pérdida de peso y coluria. GRAFICA 1.

GRAFICA 1. Signos y Sintomas

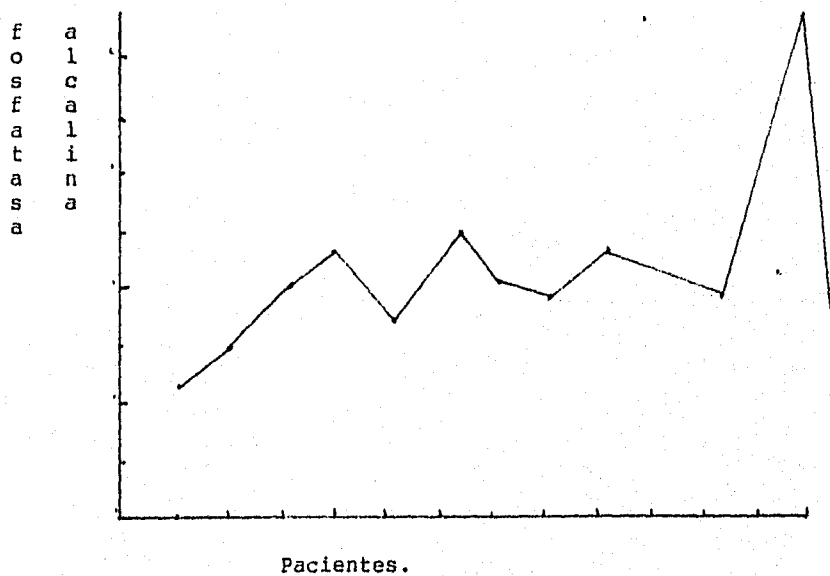
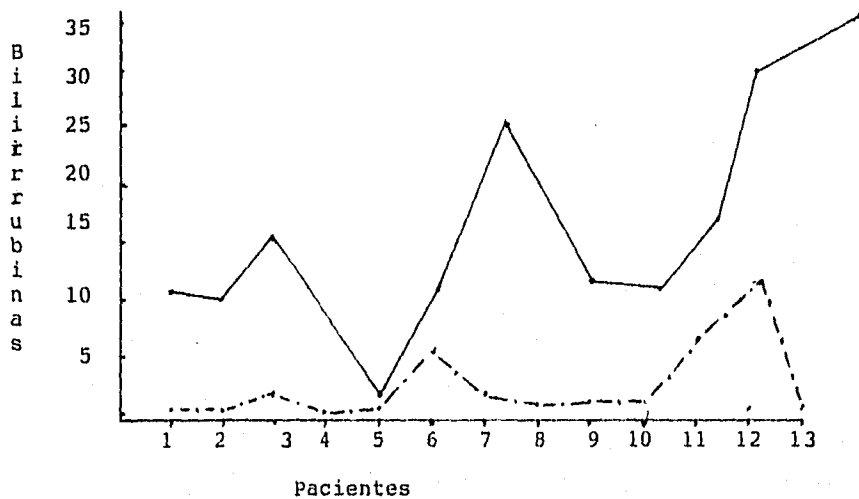


LABORATORIO.

Se realizaron bilirrubinas séricas y fosfatasa alcalina. La bilirrubina directa se encontró elevada en un promedio de 19.1 mgr/lt con rango de 3.2 a 35 mgr/lt. La indirecta en promedio de 4.1 mgr/lt con rango de 1.2 a 7 mgr/lt, y la fosfatasa alcalina con promedio de 552.5 con rango de 243 a 862 mgr/lt.

GRAFICA 2 y 3.

GRAFICA 2 Concentracion Bilirrubinas sericas.



GRAFICA 3 Concentracion de Fosfatasa Alcalina.

ESTUDIOS DE GABINETE.

Los estudios de gabinete se realizaron de acuerdo a cada paciente. El estudio más realizado fué el US en 76.9 % de todos los casos, encontrándose como hallazgos dilatación de las vías biliares intrahepáticas en todos los pacientes. La TAC reportó una dilatación del colédoco en promedio de 30 mm con rangos de 20 a 35 mm. así como dilatación importante de las vías biliares intrahepáticas. La CPRE se realizó en 3 pacientes reportando Ca de cabeza de páncreas, lesión ampular y dilatación de vías biliares intrahepáticas respectivamente.

PATOLOGIA.

El tipo de Cáncer más frecuentemente reportado fué el adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Según se observa en el cuadro 2.

CUADRO 2 REPORTE HISTOPATOLOGICO

<u>GRADO HISTOLOGICO</u>	<u>No</u>	<u>%</u>
<u>INDIFERENCIADO</u>	<u>1</u>	<u>7</u>
<u>MODERADAMENTE</u>		
<u>DIFERENCIADO</u>	<u>11</u>	<u>84</u>
<u>BIEN</u>		
<u>DIFERENCIADO</u>	<u>1</u>	<u>7</u>
<u>TOTAL</u>	<u>13</u>	<u>100</u>

HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS.

La cirugía fué de urgencia en 46.18 % y en forma electiva en 54.82 % de los casos. Intraoperatoriamente se encontró en todos los pacientes tumoración de cabeza de páncreas, en un paciente colecistitis alitiásica y en otro paciente piocolecisto. Se realizó colédocoduodenoanastomosis más colecistectomía con exploración de vías biliares a 3 pacientes. A un paciente se le agregó gastroyeyunoanastomosis debido a obstrucción pilórica.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Hubo una complicación transoperatoria, la cuál fué una laceración de duodeno con inestabilidad hemodinámica y edema agudo pulmonar, falleciendo posteriormente el paciente. Las complicaciones en el postoperatorio temprano fueron: 3, una obstrucción gástrica, 1 fistula y ascitis y 1 dehiscencia de anastomosis. - Siendo una morbilidad del 30.7 % y una mortalidad del 7.6 %.

CUADRO No. 3 Complicaciones Postoperatorias Tempranas.

COMPLICACION	Número	%
Obstrucción Gástrica	1	7.6
Fistula y Ascitis	1	7.6
Dehiscencia de Anastomosis	1	7.6
Total	3	22.8

La sobrevida fué en promedio de 4.5 mese con un rango de 2 a-
7 meses. solamente un paciente se encontraba vivo hasta julio
de 1994.

En base a la calidad de vida fué buena en 38.4 % regular en -
el 61.5 % de los casos.

DISCUSION

En el pasado los cirujanos han tenido tres objetivos a cumplir durante el manejo operatorio de los pacientes con --- cáncer periampular. Primero, establecer el diagnóstico histopatológico, segundo determinar la resecabilidad de la lesión y - desarrollar una pancreaticoduodenectomia, si es apropiada. Tercero en pacientes con tumor irreseccable, el cirujano provee pa liación de los síntomas antes de la muerte. (4)

Después de los diversos procedimientos de derivación biliodigestiva, la ictericia y el prurito por lo general se resuelven; no obstante, es posible que este cambio no se acompañe el regreso de la concentración sérica de la bilirrubina a lo normal. (3)

A través de 15 años la coledocoduodenoanastomosis ha extendido su aceptación como un procedimiento para resolver la obstrucción biliar distal por causas benignas y malignas. (4)

Aranha y cols. reportan un 57 % de éxito de la coledocoduodenoanastomosis en la resolución de la obstrucción biliar por causa maligna, ellos no demostraron la obstrucción por invasión maligna en el seguimiento de los pacientes. (8) En este estudio en relación a la calidad de vida postoperatoria, esta fué buena en 38.46 % y regular en el 61.5 % de los casos. Lo - cuál demuestra que hubo alivio parcial en la mayoría de los - pacientes y no se reporta ninguna mala calidad de vida que de mostrara que no hubo alivio de los síntomas.

La mortalidad postoperatoria para la coledocoduodenoanastomosis

tomosis, la reporta Huguier y cols.(4) del 14 % y con una morbilidad del 26 %. En el presente estudio tuvimos una mortalidad postoperatoria de 7.6 % y una morbilidad del 30 %, los cuales se encuentran en rangos reportados previamente. Cabe recalcar que cerca de la mitad de los pacientes estudiados fueron operados en forma urgente, lo que podría indicar lo avanzado de la enfermedad y como consecuencia el alto riesgo intra y postoperatorio. En el 64.2 % de los pacientes el diagnóstico histopatológico fue adenocarcinoma de páncreas moderadamente diferenciado y los hallazgos intraoperatorios fueron tumoración de cabeza de páncreas, no se reporto las metástasis hepáticas, esto podría ser un indicador de la estadificación del cáncer con implicaciones en su pronóstico.

La sobrevida reportada en este estudio, no vario a los reportes de autores previos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

- 1.-En la actualidad,continua la controversia en cuál es el mejor procedimiento paliativo para la obstrucción maligna de la via biliar.Sin embargo la coledocoduodenoanastomosis es útil en el alivio de los síntomas de los pacientes con obstrucción maligna de la via biliar.

- 2.-La morbimortalidad de la coledocoduodenoanastomosis es similar a otros procedimientos quirurgicos paliativos, pero técnicamente es más fácil y requiere menor tiempo en realizarla.

- 3.- La coledocoduodenoanastomosis es una técnica,útil y eficaz en el tratamiento paliativo del cáncer de la cabeza del páncreas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Singh S.M., Ruber H.A. Surgical Palliation For Pancreatic Cancer . Surg. Clin. North. Am. 1989 69 599-611.
- 2.- Gliedman M. Gold M. Maingot Abdominal Operations Ed. appleton- and Lange 9 edition: 1451-62.
- 3.- Potts J.R. Broughan T.A. herman R.E. Palliative Operations -- for Pancreatic carcinoma . Am. J. Surg. 1990 Jan 159 (1) 72-77 discussion 77-8
- 4.- Huguier M. Baumel H. ,Manderscheid, J.C.;Houry, S. Fabre,J.M. Surgical Palliation for Unresected cancer of the exocrine -- Pancreas. Eur. J. Surg. Oncol. 1993 Aug.;19(4) 342-7
- 5.- De vega D.S. Diaz M.J. Martinez C. Tamame S. Extrahepatic bili-iodigestive anastomosis .Analysis de 227 cases.Rev Esp. En--ferm. apar. Dig. 1989 Apr. 75 (4) ;367-73
- 6.- Redmond H.P. Stuart,R. Hofman,K.P. Collins P.G. Gorey T.F. Carcinoma of the Head of the Pancreas. Surg. Gynecol Obstet. 1991 Mar. 172 (3) 188-90
- 7.- Birkenfeld S. Serour F. Levi S. Abulafia A. Balassiano M. Krig pin M. Choledochoduodenostomy For Benign and Malignant Biliary Tract Diseases. Surgery 1988 Apr. 408-10
- 8.- Aranha G.V. Prinz R.A Greenlee H.B. Biliary Enteric Bypass For Benign and Malignant Disease. Am.Surg. 1987 Jul 53 (7) 403-6
- 9.- Wade T.P. Neuberger T.J. Swope T.J. Virgo K.S. Johnson F.E.-- Pancreatic Cancer Palliation ;Using stage to select Appropia- te Operation. Am. J. Surg. 1994 Jan. 167 (1) 208-12 discussion 212-3
- 10.-Lillemoe K.D. Sanfer P.K. Pitt H.A. Yeo L.J. Cameron J.L. Cu--rrent Status of Surgical Palliation of periampular Carcinoma. Surg. Gynecol. Obstet. 1993 Jan. 176(1) 1-10
- 11.-De rooy P.D. Brennan M.J. Evaluation of Palliative Surgical - Procedures in unresected Pancreatic Cancer. Br, J. Surg. 1991- Sep. 78 (9) 1053-8.