

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

56
26

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

"MANEJO QUIRURGICO DE LA ICTERICIA MALIGNA"

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. FELIPE LOERA VAQUERO

ASESOR: DR. FELIPE ROBLEDO OGAZON



MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

U.N.A.M.

Hospital de Especialidades.

"Dr. Bernardo Sepulveda".

C.M.N. Siglo XXI.

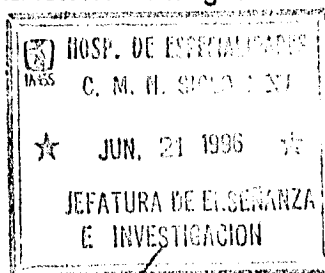
I.M.S.S.

"Manejo quirurgico de
la Ictericia Maligna.

VoBo.

Dr. Niels Wachter Rodarte.-

Jefe de Enseñanza e Investigacion.
Hospital de Especialidades.
"Dr. Bernardo Sepulveda".
C.M.N. Siglo XXI I.M.S.S.



VoBo.

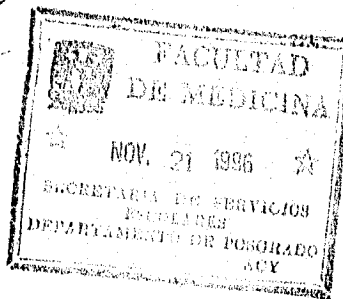
Dr. Roberto Blanco Benavides.

Jefe y titular del curso de la
especialidad en Cirugia General.
Hospital de Especialidades.
"Dr. Bernardo Sepulveda".
C.M.N. Siglo XXI I.M.S.S.

VoBo.

Dr. Felipe Robledo Ogazon

Asesor de Tesis.
Medico Adscrito.
Hospital de Especialidades.
"Dr. Bernardo Sepulveda".
C.M.N. Siglo XXI I.M.S.S.



INDICE

INTRODUCCION.....	1
HISTORIA.....	2
ETIOLOGIA.....	4
ANATOMIA PATOLOGICA.....	8
FRECUENCIA.....	10
PRESENTACION CLINICA.....	11
LABORATORIOS.....	13
RAYOS X Y GABINETE T X CON ENDOPROTESIS.....	14
TRATAMIENTO CURATIVO Y PALIATIVO CON INTERVENCION QUIRURGICA.....	18
RESULTADOS.....	27
DISCUSION.....	32
CONCLUSIONES.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	41

MANEJO QUIRURGICO DE LA ICTERICIA MALIGNA EXPERIENCIA EN CMN SIGLO XXI

En Estados Unidos se diagnostican cada año cerca de 15,000 casos nuevos de cáncer de hígado y vías biliares. En su mayor parte, estos tumores son cánceres de vesícula biliar o hepatocelulares, en tanto que 15 a 25% son tumores de los conductos biliares.(1)

A pesar de que ocurren con poca frecuencia, el diagnóstico de colangiocarcinoma debe considerarse en todos los casos de ictericia obstructiva. En teoría y es uno de los puntos que discutiremos, y analizaremos en esta tesis, el colangiocarcinoma tiene la posibilidad de diagnosticarse con prontitud, cuando es pequeño, localizado y accesible al tratamiento quirúrgico enérgico.

Respecto al Ca de vesícula biliar debe recordarse en particular que originará ictericia, en casos avanzados pero también es un tipo de tumor que cuando se encuentra debe tratarse quirúrgicamente agresivo. Se encontrará cáncer de la vesícula biliar durante 1 a 2% de todas las operaciones de las vías biliares.(2)

Inclusive en reportes de artículos recientes se han realizado resecciones extensas de los conductos biliares combinadas con resecciones del hígado y se ha dicho, que este tipo de operación puede tener buen resultado en la mortalidad, supervivencia, y morbilidad.(14)

Sin embargo otras corrientes prefieren realizar cirugías derivativas, sobre todo para el CA de cabeza de páncreas que tienen la ventaja de mejor calidad de vida (28). Inclusive se han llegado a paliar colangiocarcinomas, y cánceres de vesícula con prótesis, o con cateteres (24).

En si uno de los objetivos principales de esta tesis es tratar de dilucidar que es lo que le conviene más al paciente que tiene cuadro de ictericia maligna - Cirugía Radical ???, Cirugía Derivativa ???, siempre tratando de mejorar sobrevida y disminuir mortalidad y morbilidad.

En nuestra revisión clasificamos a la ictericia maligna en base a los tipos de cánceres que dan ictericia obstructiva:

- * Adenocarcinoma de la porción media e inferior del coledoco
- * Adenocarcinoma de la Carina.
- * Adenocarcinoma de la Vesícula Biliar.
- * Adenocarcinoma de Ampula de Vater.
- * Carcinoma de la Cabeza de Páncreas.
- * Tumores duodenales, y tumores metastasicos de la Vía biliar.

Esta clasificación basada en la revisión de Kiyaki y Susuki, en la que solo encontraron adenocarcinomas en vía biliar.

Morfológicamente se pueden clasificar en papilar, nodular e infiltrativo.(21).

HISTORIA

Se ha reconocido al Carcinoma del árbol biliar extrahepático desde hace mas de un siglo. En 1889 Musser recopiló 18 casos de cáncer primario de los conductos biliares extrahepaticos a partir del material publicado.

Stewart y colaboradores revisaron las publicaciones efectuadas desde 1935 hasta 1954 y encontraron 570 caso adicionales de cáncer de los conductos biliares extrahepaticos.

Hace poco se describieron las lesiones malignas de los conductos biliares intrahepaticos, y peribiliares. En 1957 Altemeier y col informaron tres caso de adenocarcinoma primario de los conductos biliares intrahepaticos principales y en 1965 Klastskin estudió 13 pacientes de cánceres de la bifurcación del conducto hepático.

Este ultimo informe despertó interés por esta alteración maligna poco común situada a nivel de la bifurcación del conducto hepático, denominada a menudo "Tumor de Klastskin".(1)

La primera resección de un cáncer primario originado en la confluencia de los hepáticos fue reportada por Brówn y Meyers en 1954.

Pronto en reportes posteriores se comentaba que este tipo de tumores era particularmente irresecable por encontrarlo en autopsias, muy pequeño, y ya muy diseminado.

Solamente 25 años después en 1979, Launois y Cols reportaron la primera serie de resecciones hepáticas, y actualmente es lo que se esta tratando de difundir, al parecer hay buenos resultados, realizando resecciones hepáticas amplias, se reporta por ejemplo resecciones para la confluencia de los hepáticos, con cuadrantectomia sobrevida de 8%, y a 5

años el 7%,; pero si se agrega, resección hepática amplia de sobrevivida se eleva hasta 17% a 5 años. (10)

Además nuevas técnicas se han desarrollado con la radiología diagnóstica e intervencionista para estos pacientes; inclusive es de gran importancia la habilidad para intubar un sistema biliar ocluido ya sea con técnica radiológica o endoscópica. (12).

ETIOLOGIA

Sigue sin dilucidarse la causa del CA de vías biliares, no así para el CA de vesícula biliar. Pruebas experimentales recientes obtenidas de análisis morfológicos, y fenotípicos en un modelo de rata se inclinaron a favor de la hipótesis de que los hepatocarcinógenos pueden inducir diferenciación neoplástica de las células madre hepáticas pluripotenciales, con lo que el proceso culmina en colangiocarcinoma.

En el ser humano el colangiocarcinoma se ha relacionado con diversos factores causales. Se han encontrado relaciones firmes entre colangiocarcinoma y cálculos biliares, colangitis esclerosante, colitis ulcerosa, anomalías quísticas de los conductos biliares, agente de contraste radiológico de óxido de torio y duela hepática. Se han informado posibles relaciones entre colangiocarcinoma y los fármacos, anticonceptivos orales metildopa e isoniasida. Se han relacionado también agentes tóxicos, como difenilos, clorados, y asbesto.(1)(9).

Se encuentran cálculos biliares en cerca de la tercera parte de los pacientes que tienen cánceres de los conductos biliares. En contraste los

cálculos coexisten con carcinoma de la vesícula biliar en las tres cuartas partes de todos los casos. Sin embargo el hecho de que la cuarta parte de los pacientes carezca de cálculos se opone a esta afirmación. Los sujetos pueden tener cálculos biliares asintomáticos durante 10 a 25 años sin desarrollar cáncer de vesícula. Los que tienen vesículas calcificadas experimentan también una incidencia elevada de cáncer vesicular acompañante. (2).

Los pacientes de colitis ulcerosa y colangiocarcinoma reciben el diagnóstico de cáncer a una edad promedio de 40 a 45 a cerca de dos decenios antes que los individuos que no tienen colitis ulcerosa. Los que experimentan esta última enfermedad y colangiocarcinoma suelen tener colitis de larga evolución (17 a 20 años aprox.), lo mismo que afección pancrónica de la enfermedad. El tratamiento médico y quirúrgico de la colitis no parece influir en el desarrollo subsecuente del cáncer (1);(9).

Sigue sin aclararse la función de las neoplasias benignas respecto al CA de vesícula biliar. Aunque se produce carcinoma in situ en los pólipos vesiculares benignos, aun es incierta la función importante de los pólipos benignos en el desarrollo del CA de vesícula biliar.

Se sugiere que puede ser importante la secuencia desde metaplasia intestinal hacia displasia y, por último carcinoma, en la génesis del cáncer de la vesícula biliar, sobre todo en aquellos que tienen cálculos biliares(2).

Diversos autores se preguntaron hace poco si la unión ductal pancreatobiliar anómala se acompaña de desarrollo de cáncer de vesícula biliar o desempeña una función de este fenómeno (2)

Kimura y otros estudiaron 75 individuos con una unión anómala de estos dos sistemas de conductos a una distancia mayor de 15 mm. A partir de la ampulla de Vater. Esta unión ductal anómala ocurrió en 16.7% de las personas con carcinoma de vesícula biliar en comparación con 2.8% de 641 pacientes consecutivos con diversas enfermedades hepatobiliares y pancreáticas estudiados mediante colangiopancreatografía endoscópica retrograda que no tenían carcinoma de la vesícula (2),(3).

En 1944, Irwin y Morrison informaron que un carcinoma que se había originado en un quiste de coledoco. En informes subsecuentes se indica una incidencia de 2.5 a 28% en los pacientes que experimentan anomalías quísticas de los conductos biliares (1).

Existe una relación entre la incidencia de carcinoma y la edad de los iniciales a partir de un quiste de coledoco: los niños cuyos síntomas aparecen antes de los 10 años de edad tienen un riesgo de experimentar carcinoma de 7%, y los pacientes que se vuelven sintomáticos durante el segundo decenio de la vida tienen un riesgo de 6.8%, en tanto que aquellos en los que los síntomas se inician después de los 20 años lo tienen de 14.3% . Por tanto aunque 75% los quistes de coledoco se manifiestan durante la lactancia y la infancia, mas de tres cuantas partes de los colangiocarcinomas relacionados se han encontrado en aquellos que manifiestan sus síntomas como adultos.(1),(27).

Los cambios malignos en los quistes de coledoco han sido sobre todo descritos, en el tipo I de la clasificación de Alonso Lej. (27). Los datos de entrada alta anómala del conducto pancreático en el sistema de conductos biliares en pacientes de quiste de coledoco permiten especular sobre la posible función causal del reflujo de las secreciones exocrinas pancreáticas en la producción de la transformación maligna del epitelio de los conductos biliares.(1),(3).

Todani y Cols especularon, sobre la degeneración de la mucosa del quiste es un riesgo para contraer el carcinoma, por la irritación crónica, ulceración y consecuente regeneración del epitelio del quiste. La malignidad no solo es limitada al quiste sino también a otros lados del tracto biliar en especial a la vesícula biliar (27).

Por lo tanto la transformación maligna estaría dada por estasis biliar formación de cálculos e inflamación crónica dentro del quiste (1).

Inclusive se ha sugerido que a manera de detección o prevención se intervenga quirúrgicamente a todo paciente con colelitiasis que además que pueden desarrollar datos de inflamación, y llegar a hidrocolecisto o piocolecisto o pueden llegar inclusive hasta cáncer de vesícula biliar. (29).

Desde hace mas de tres decenios se reconoce la relación entre la infestación por la duela hepática *Clonorchis sinensis* y el colangiocarcinoma. La clonorchiasis es común en Asia, continente en el cual la ingestión de peces crudos propicia que el parásito logre entrar al huésped por el duodeno. Los habitantes preferidos en el huésped son los conductos biliares intrahepáticos y, menos a menudo, el árbol biliar extrahepático.

Los trematodos, obstruyen el flujo biliar y producen fibrosis periductal, hiperplasia y, posiblemente colangiocarcinoma (1).

Cabe mencionar también que ha encontrado CA en vías biliares en pacientes intervenidos en vías biliares, se ha reportado hasta un 40% de frecuencia. (9).

Respecto al CA de páncreas ya se ha reportado en la literatura que el tabaquismo aumenta el doble de riesgo de contraer la enfermedad; el carcinogeno actúa alterando el metabolismo de los lípidos en la sangre. Se ha relacionado también con la dieta rica en grasas y en proteínas, café y, o té. (Maingot).

ANATOMIA PATOLOGICA

Ampliando un poco lo mencionado en la introducción el 95% de los cánceres de los conductos biliares son adenocarcinomas con variaciones en tres tipos bien diferenciados y mal diferenciados. Los tumores papilares a la microscopia de luz, y los tumores difusos nodulares suelen manifestar aspectos fibroticos.

Se han informado otros diversos tipos histologicos de cánceres de los conductos biliares: escamoso mucoepidermoide, leiomioma, rabdiomioma, cistadenocarcinoma y de células granulosas.(1).

Igualmente se ha reportado linfoma en la vía biliar, en una serie se encontró la misma forma de presentación, diagnostico por colangiografia retrograda, y la biopsia, con linfoma tipo linfocitico histiocitico, y linfoma no Hodgkin. (7).

El carcinoma de la vesícula biliar suele producir engrasamiento difuso de la pared del órgano por lo general en el fondo, y el proceso tiende a infiltrar los tejidos circundantes.

Los tipos histológicos de cáncer de vesícula biliar son, en orden decreciente de frecuencia adenocarcinoma, carcinoma indiferenciado, carcinoma escamoso, adenoacantoma y carcinoma in situ.

Otras lesiones malignas que ocurren rara vez en la vesícula biliar son tumores carcinoides y melanomas malignos.(2).

Los medios de diseminación del CA de vesícula biliar son linfático vascular, neural, intraperitoneal, intraductal y por extensión directa; es importante hacer mención de esta afirmación ya que muchas veces la forma de presentación del CA de vesícula biliar ya es como colangiocarcinoma; la linfa que drena desde la vesícula biliar pasa principalmente por una región situada a lo largo del lado derecho del coledoco; aparecen metastasis ganglionares tempranas desde la vesícula biliar en el ganglio del conducto cístico y los ganglios pericoledocales y mas tarde aparecen metastasis en los ganglios periaroticos. La incidencia de metastasis en ganglios linfaticos por cáncer de la vesícula biliar en el momento de la valoración varia entre 25 a 75% (2).

Respecto a colangiocarcinoma.- Los resultados de las necropsias de pacientes que murieron de esta enfermedad, indican la presencia de enfermedad metastasica en 75 a 80% de los casos.

Cerca del 50% sujetos tienen enfermedad metastasica en ganglios linfaticos regionales. Son comunes del mismo modo las metástasis hepáticas y peritoneales que se encuentran en la mitad de los casos. La

frecuencia de enfermedad metastasica diseminada en el momento del diagnostico clinico inicial es menos y varia entre el 15 a 30% (1).

FRECUENCIA

Hay mucha variación reportada en la literatura, acerca de cual CA de la encrucijada biliar es el mas frecuente, hay artículos que reportan según la forma de presentación clínica, al carcinoma de páncreas como el mas frecuente, carcinoma de vesícula biliar en tercer lugar, y enfermedad metastasica en segundo lugar. (18).

Es importante señalar aquí, la forma de presentación, ya que el CA vesícula biliar en la mayoría de las veces se encontrara como cuadro de colecistitis crónica litiasica, o alitiasica y a la hora de reporte de patología, se encuentra el resultado de CA de vesicula biliar. (29).

Se han reportado en otras series, el colangiocarcinoma el mas frecuente hasta un 75%, y seguido de 60% del Carcinoma de Páncreas. Respecto Carcinoma de Vías biliares se reporta en otra serie el mas frecuente el de la Carina hasta un 58%, del tercio medio de un 17%, y tercio inferior en un 18% (incluyendo ampula de Vater). (12, 28).

En la literatura se reporta en unas series de 1011 y 985 cánceres primarios de los conductos biliares extrahepaticos, el sitio mas común de tumor fue el coledoco (33 a 40%) seguido por el conducto hepático común (30-32%), la bifurcación del conducto hepático (Carina) (20%) y el conducto cístico (4%). (1). Cabe mencionar que el carcinoma del conducto cístico, únicamente puede realizarse el diagnostico si el tumor no esta confinado a la vesicula biliar y, o a los conductos biliares. En este caso la vesicula biliar es palpable en el 40% de los casos y la cotelitis esta presente en la

mitad; en este cáncer hay mas relación con la colelitiasis. Si el tumor desplaza y o comprime el conducto común, el colangiograma sugerirá diagnostico de Sx de Mirizzi. El Diagnostico de CA de cistico se considerará especialmente cuando hay evidencia de obstrucción de este, y ausencia de cálculos en la vía biliar. (6).

En la serie de Savader Cols, comparan, todos los tipos de cánceres de vía biliar incluyendo CA Páncreas, Vesícula biliar encontrando colangiocarcinoma en 28% carcinoma pancreático en el 16%, metástasis en via biliar en el 6%, carcinoma ampular en el 4%, carcinoma duodenal en el 4%, de la vesícula biliar en el 2%; esto demuestra y lo volvemos a repetir la forma de presentación es lo mas importante para la frecuencia en este tipo de cánceres. (15).

La edad promedio de los pacientes en el momento del diagnostico de colangiocarcinoma varía entre 60 y 65 años y dos terceras partes de los mismos tienen 50 a 70 años de edad.

Se ha informado un pequeño predominio masculino con una proporción entre varones y mujeres de 1.3 : 1.0.

Aunque hay otras series que reportan mayor frecuencia en las mujeres y la edad promedio a los 58 años. (11).

Un dato irrelevante pero interesante es que se reporta mayor frecuencia para la raza blanca en un 83%, Hispanos 7%, orientales 6% y otras razas el 4%.

PRESENTACION CLINICA

La ictericia suele ser el aspecto clínico de presentación del colangiocarcinoma y la hay en mas de 90% de los pacientes.

No siendo así para el CA de vesícula biliar en donde se presenta dolor, náuseas vómitos (síntomas de colecistitis crónica litiasica) y posteriormente pérdida de peso e ictericia.

Piehler y Crichlow han organizado, en su revisión a los síntomas relativamente inespecíficos del cáncer de vesícula biliar en 5 síndromes clínicos:

1.- **Colecistitis Aguda.**- Cerca del 1 a 3% de los pacientes operados por colecistitis aguda tendrá CA vesícula biliar. Los individuos con este síndrome suelen experimentar una etapa más temprana del carcinoma con mayor incidencia de resecabilidad y supervivencia más prolongada.

2.- **Colecistitis Crónica.**- Muchos pacientes de cáncer de vesícula biliar tienen un síndrome indistinguible de la colecistitis crónica.

3.- **Enfermedad biliar.**- Los pacientes de otro grupo tienen síntomas de enfermedad maligna de las vías biliares, como ictericia pérdida de peso, debilidad generalizada y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. Estos pacientes suelen tener una enfermedad muy extendida.

4.- **Signos de tumor maligno fuera de las vías biliares.**- En los pacientes de otro grupo se encuentran síntomas inespecíficos como anorexia, pérdida de peso, debilidad y formación interna de fistulas o invasión de los órganos adyacentes. Estos pacientes experimentan una enfermedad que ya es intratable.

5.- **Manifestaciones benignas fuera de las vías biliares.**- Los pocos pacientes restantes experimentan un síndrome de que sugiere otra enfermedad, como hemorragia gastrointestinal u obstrucción de la parte alta de las vías digestivas. Muchos pacientes de este tipo experimentan ictericia. (2, 29).

Respecto al colangiocarcinoma, algunos otros autores, también reportan a la ictericia como el signo más frecuente, luego en orden decreciente, pérdida de peso, dolor abdominal que se reporta de varios meses de evolución, inclusive hasta años, náuseas, vómito, acolia y coluria, fatiga, prurito, anorexia y fiebre. (1,11,12,13,19).

Se han reportado en recientes artículos la presencia de hemobiliar, y con la consiguiente sangrado de tubo digestivo bajo, o también se puede confirmar con la toma de endoscopia con sangrado en la 2a. porción del duodeno. Se reporta como uno de los signos iniciales en el Carcinoma de vías biliares. (20).

Se puede llegar a encontrar sangre oculta en "S" hasta el 37% de los casos, así mismo hepatomegalia en un 52% y masa abdominal en un 17% (19).

En los pacientes cuyos tumores están localizados por arriba de la bifurcación del conducto hepático, el árbol biliar puede estar obstruido inicialmente en el lado izquierdo o en el derecho nada más; en estos casos habrá hepatomegalia unilobular y dolor abdominal leve, e inclusive sin ictericia clínica. (1).

LABORATORIO

Sigue siendo de máxima importancia el demostrar obstrucción de la vía biliar estos se confirma con toma de bilirrubinas y con resultado de hiperbilirrubinemia directa, además de niveles elevados de fosfatasa alcalina.

Después de cualquier cirugía en la vía biliar, derivaciones hepatoenterales, o inclusive cirugías derivativas, el índice o el nivel

postoperatorio de la fosfatasa alcalina es un buen control para la evolución de la cirugía hepatoenteral. (23).

Aunque también puede traducir atrofia hepática, unilobular o unisegmentaria. (23).

Hay que recordar que en el paciente icterico, la función renal se afecta cuando hay 20 mg./dl de bilirrubina en el plasma y esta es la razón, que el paciente inicie con falla renal, o sea una de las primeras manifestaciones de la falla orgánica múltiple; inclusive la hiponatremia fue causada o es causada por una natriuresis severa, que ocasiona hipotensión que es potenciada, por la hipoalbuminemia que se encuentran en este tipo de pacientes. (26).

La hipotensión además en los pacientes con ictericia obstructiva es atribuirle a la PGE 2 con descenso de las resistencias periféricas vasculares (26).

Por lo que se resume que son importantes siempre tener en vigilancia función renal, función hepática (que en la mayoría de las ocasiones estará ya afectada) con toma de transaminasas bilirrubinas, y fosfatasa alcalina. (12).

Rayos X y Estudios de Gabinete. Y tratamiento con Endoprotesis
Respecto al CA de Vesícula Biliar: 75% de los casos malignos se diagnostican con estudio ultrasónico. Son diversos los patrones ultrasónicos que ayudan al diagnóstico del carcinoma.

- 1).- Tumoración compleja que llena la luz vesicular.
- 2).- Engrosamiento notable de la pared.

3).- Un tumor polipoide de CA de vesícula biliar, en pacientes que tienen masa palpable y se desea confirmar el diagnóstico.

La angiografía selectiva tiene un grado más elevado de precisión diagnóstica y suele revelar el encerramiento de los vasos sanguíneos, o la neovascularización, fenómenos ambos sugieren el diagnóstico (2).

Durante los últimos años, ha crecido el interés por la aspiración percutánea con aguja para el citodiagnóstico preoperatorio; en un estudio de cánceres identificados de manera sonográfica, fueron positivas 100% de las biopsias con aguja fina. (2)

Respecto al colangiocarcinoma: los datos de USG o TAC que sugieren C. Hiliar, o en su caso CA de páncreas (cabeza), ampulla de Vater, consiste en árbol biliar intrahepático dilatado vesícula biliar y vía biliar normal, dilatada o enjutasada y cabeza de páncreas aumentada de tamaño o normal.

Se observa tumor primario solo en el 20% de los pacientes mediante USG y, en 40% mediante TAC. La experiencia inicial sugiere que la iconografía de resonancia magnética es más sensible para identificar estos tumores pequeños(1).

La conlangiografía percutánea debe realizarse con tiempos de coagulación normales, y así mismo siempre con dilatación de la vía biliar intrahepática siempre que se pueda realizar, hará el diagnóstico hasta el 96% de los casos ; es el procedimiento de elección cuando se sospechan lesiones proximales, pueden revelarnos el sitio exacto de la lesión.

Cuando el USG o la TAC nos hace sospechar que la lesión es por una vesícula dilatada o por dilatación de la vía biliar extrahepática o la posibilidad de lesión en ampulla o periampular o en pacientes con ascitis severa, o coagulopatía la colangiografía endoscópica retrograda será el procedimiento de elección (19)

La CPRE tiene la ventaja que se pueden obtener muestras de tejido con citología por cepillado o una biopsia, cuando se desee etapificar la lesión; además posee el beneficio de la esfinterotomía y la descompresión endoscópica del conducto biliar (19), (8).

La clasificación por etapas de los pacientes con colangiocarcinoma suele lograrse mediante TAC, colangiografía y angiografía visceral.

Los datos de TAC poco comunes de las metástasis hepáticas periféricas bilobares o de la enfermedad extrahepática impiden la resección curativa. El descubrimiento mediante colangiografía de afección parenquimatosa hepática bilobar extensa señala irresecabilidad y sucede lo mismo con el descubrimiento angiográfico de encerramiento o oclusión de la arteria hepática primitiva o de la vena porta principal por el tumor (1).

la clasificación por etapas preoperatoria permite clasificar de manera global como operables a cerca del 75% de los pacientes los que se consideran inoperables se someten a descompresión biliar no operatoria mediante sondas de drenaje colocadas de manera percutánea por vía endoscópica. puede recurrirse a la colocación percutánea de sonda en la lesiones que se encuentran en cualquier sitio en tanto que lo mejor es reservar el acceso endoscópico para los colangiocarcinomas distales inoperables (1).

Por lo que se resume que estos tres estudios son de suma importancia para realizar una cirugía curativa o paliativa, tanto TAC colangiografía (más la percutánea) y la arteriografía selectiva 1.

La pregunta obligada será, cuando realizar una cirugía curativa: cuando el tumor se extienda a los conductos intrahepáticos o a los lóbulos derecho o izquierdo sin afectación de los conductos de los segmentos, siempre y cuando no haya invasión a la porta o hepática común; cuando la extensión del tumor esta por arriba de la porción pancreática, y por supuesto cuando hay ausencia de METS (19), (17),

Es importante comentar respecto a la TAC, para un mejor diagnostico, radiologico, cuando la masa invade al hígado esta suele ser de alta densidad, y cuando esta confinada al conducto es de baja densidad; además con medio de contraste o sin el carcinoma siempre se ha reportado como masa de baja densidad y puede aparecer como masa hipervascular. (22).

Otro uso mas de la CPRE en este tipo de pacientes es la colocación de sondas o catéteres transhepático preoperatorios y estos tienen la ventaja en la asistencia de los aspectos técnicos de la disección hiliar al permitir la palpación de la sonda dentro del árbol biliar cuando se esta explorando, y en facilita la colocación de sonda transhepática de silastic (1) (9).

Cuando el tumor es de Cabeza de Páncreas, o de ampula de vater, origina un problema en particular al realizar una CPRE según Boender y Cois se recomienda drenaje percutáneo biliar cuando el tamaño del tumor esta restringido a la región no uncinada del páncreas o es mayor la lesión de 5 cm., es decir que imposibilite la canalización del ampula de vater, o cuando el diagnostico duodenoscópico revela invasión de la papila de vater o estenosis duodenal severa.

En los casos de tumores malignos del lóbulo uncinado sobre todo los caudales a la cabeza páncreas la papila permanece normal aunque estos estén muy extensos (18)

Si se encuentra invasión duodenal amplia se prefiere cirugía derivativa o paliativa. (18)

En caso de tumores de Klatskin se recomienda la inserción del catéter percutáneo transhepático cono o endoprotesis ya que el catéter endoscópico lleva mucho riesgo de colangitis hasta el 40% de los casos(18).

En resumen entonces podemos dar algunas indicaciones para la aplicación de endoprotesis, o catéteres en forma paliativa, la primera sería metástasis demostrables; 2) invasión vascular mayor; 3) edad avanzada; 4) enfermedades coexistentes que aumentarán el riesgo quirúrgico.(17)

La morbilidad se reporta de hasta un 36%, la resolución de la ictericia de hasta el 84%. (17).

Como veremos mas adelante, algunos autores, han demostrado mejor morbimortalidad solo con la instalación de endoprotesis y o cateteres en comparación con la cirugía curativa.

TRATAMIENTO CURATIVO Y PALIATIVO CON INTERVENCION QUIRURGICA ¿QUE TIPO DE INTERVENCIONES PUEDEN REALIZARSE?

¿ES RECOMENDABLE PALIAR CON CATETERES O ENDOPROTESIS?

Todas las vesículas biliares resecaadas durante la colecistectomia planeada por enfermedad supuestamente benigna deben abrirse en la sala de operaciones para inspeccionar la mucosa si es sospechosa deberán de mandarse a examen transoperatorio si se establece el diagnostico de carcinoma debe valorarse la profundidad de su penetración. Si la lesión se

encuentra confinada a la mucosa, será bastante buena la posibilidad de lograr la curación mediante colecistectomía simple. Sin embargo al haber penetrado la lesión en la pared de la vesícula biliar en particular sobre el lado hepático, será mala la probabilidad de haber erradicado el tumor con la colecistectomía simple. En estos casos, el tratamiento recomendado, además de la colesistectomía, es la resección hepática en cuña adyacente a la fosa de la vesícula biliar con límites de 3 a 5 cm. Además de disección de los ganglios linfáticos regionales consistente en extirpación de todos los ganglios a lo largo del coledoco en la región pancreatoduodenal. Si el examen de patología después de colecistectomía simple descubre carcinoma de la VB no reconocido durante la operación, y hay pruebas de invasión tumoral mas allá de la mucosa se recomienda reoperar para terminar la colecistectomía extendida con disección de ganglio linfáticos. (2).

Aunque se ha informado la ejecución de lobectomía hepática derecha para tratar el carcinoma de la vesícula biliar, no se recomienda por lo general este procedimiento .(2).

Respecto al colangiocarcinoma se recurre a diversas opciones quirúrgicas según lo extensa que la lesión neoplásica.

Lo mas recomendado y sobre todo para el carcinoma de carina es la resección extensa de los conductos biliares combinado con una resección hepática, lo que es una controversia, es como descomprimir la vía biliar (14).

Si el tumor se extiende dentro de los lóbulos del hígado, o envuelve la porta, o la arteria hepática, la lesión es irreseccable ; en contraste si el tumor es confinado a la bifurcación o se extiende al parenquima, únicamente a un lóbulo o envuelve la porta izquierda, o derecha, y así mismo la hepática

izquierda o derecha la lesión puede ser resecable, por medio de una lobectomía (9).

Boerma y Cols, comprobaron que realizando la resección de la confluencia, y cuadrantectomía tienen mejores resultados que realizando hepatectomías reporta sobrevivida a un año de 65% y a 5 años del 15%, sin embargo también reporta resección de la confluencia con resección hepática mayor, con sobrevivida de 1 año del 49%, y a 5 años del 7%. (10)

Todos los tipos de resección hepática tienen una sobrevivida de 50% a 18 meses (9,10).

La extensión de la resección puede ser dirigida hacia los tejidos retroduodenales, y el ligamento hepatoduodenal (10).

Boerma concluye, que la resección más satisfactoria es la hepatectomía, derecha que incluye el caudado, si el tumor está en lado izquierdo (conducto) lo adecuado es realizar la hepatectomía izquierda (10).

En los pacientes que tienen criterios de irreseccabilidad se recomienda dejar sondas de Ring para paliar la obstrucción biliar; después de la operación pueden intercambiarse bajo control fluoroscópico las sondas de ring sobre alambre de guía para poner sondas transhepáticas y de mayor diámetro, que emplearan para paliar la obstrucción biliar.(1).

Se ha recomendado, la paliación, con catéteres, ya que ofrece menor morbilidad, y menor mortalidad, se ha reportado morbilidad del 10% en comparación con morbilidad postquirúrgica de hasta un 28%; y mortalidad postoperatoria de 7% para los catéteres en comparación de 17% con la intervención quirúrgica. (24).

Tompkins y Cols realizaron estudio comparativo de procedimientos curativos con paliativos, y comprobaron a 1 año 80% de sobrevivida en

procedimientos paliativos, y 57% de sobrevida en procedimientos curativos. (12).

Otros autores también corroboran y comprueban que es mejor ofrecer al paciente tratamientos paliativos pero con catéteres por medio de colangiografías o en su caso cirugía; el tratamiento no quirúrgico tiene la ventaja de menos morbilidad y mortalidad inicial, y ellos resumen que el tratamiento quirúrgico tiene la ventaja de menos complicaciones tardías. En este estudio se incluye carcinoma de páncreas inclusive el realizar esfinterotomía como método paliativo (16).

Respecto a CA de cabeza de Páncreas.- Hace 54 años se logró la primera resección de la cabeza de páncreas con buenos resultados. La lesión tratada fue carcinoma de la ampolla de Vater, pero poco después se efectuaron operaciones satisfactorias por adencarcinoma de páncreas. Hoy se ha tratado a cientos de enfermos mediante esta técnica por diversas lesiones benignas y malignas y ahora esta bien aceptada para cáncer de ampolla, del duodeno, y de la parte distal del coledoco. Sin embargo, hay debates continuos respecto a su lugar exacto para el tratamiento de Adenocarcinoma de páncreas.

La disminución progresiva actual en la mortalidad ha fomentado el interés de la intervención, y hace poco se ha sugerido la pancreatectomía como procedimiento paliativo adecuado, aun cuando no se ha alcanzado la curación.

La operación casi siempre se realiza por carcinoma ó masa comprobados en el páncreas, con manifestaciones clínicas de carcinoma.

A veces se habrá logrado el diagnóstico en el preoperatorio, pero en muchos sujetos que tienen lesiones resecables, no es posible lograr un diagnóstico histológico preoperatorio. A veces el diagnóstico se confirma en

el preoperatorio mediante aspiración percutánea con aguja; empero, la mayoría de los cirujanos con experiencia en el páncreas no usa este procedimiento ante lesiones pequeñas. (30).

Después de abrir el abdomen se busca enfermedad metastásica. Los sitios más frecuentes de diseminación son: hígado, ganglios linfáticos peripancreáticos, epiplon, y peritoneo. Se obtienen biopsias de las lesiones sospechosas. Cuando se encuentra cáncer, se confirma el diagnóstico y esta contraindicada la resección extensa.

En el pasado se efectuaban biopsias al azar de tejido peripancreático normal a simple vista, para buscar posibles depósitos metastásicos microscópicos, puesto que se creía que incluso las neoplasias microscópicas de un ganglio linfático peripancreático único contra indicarían la resección. Con todo, las biopsias al azar no están justificadas. Si bien la enfermedad metastásica es un ganglio linfático es un signo ominoso, no es un dato pronóstico absoluto.(30).

Si no hay diseminación a distancia, se dirige la atención hacia el daño pancreático. Lo más importante es asegurarse de que esta es una lesión en el páncreas. Así es necesario excluir enfermedad calculosa de las vías biliares. En 25% de los individuos con cáncer en el páncreas hay colelitiasis concomitante, y la coledocolitiasis puede semejar lesión pancreática. Es posible que un cálculo en esta zona cause ictericia obstructiva al comprimir el coledoco y que no se reconozca a la exploración simple; la masa palpable puede simular carcinoma.

Quizás una úlcera benigna del antro o duodeno origine tumefacción inflamatoria de la cabeza del páncreas, lo que sugiere neoplasia.

Así una vez que se confirma masa en la cabeza del páncreas, debe tomarse la decisión de resecar. En años pasados, sólo algunos cirujanos

procedían a resecar sin confirmación histológica de cáncer, pero hoy, muchos lo harán no solo con base en el mero examen macroscópico, sino que creen que no debe efectuarse biopsia. Hay controversias sobre la necesidad de pruebas histológicas; hay quienes aun creen que se precisan antes de resecar (30).

Es posible que la muestra obtenida para examen histológico no contenga al cáncer como resultado de la técnica de obtención de la muestra y a veces el diagnóstico mediante corte congelado se dificulta por áreas fibroticas de cáncer pancreático. Si hay una masa definida en la cabeza del páncreas que provoca ictericia obstructiva, el mejor tratamiento a menudo es la pancreatoduodenectomía, aun si la enfermedad es pancreatitis localizada o una neoplasia benigna. (30).

Un segundo factor a establecer es la resectabilidad técnica, no hay consenso respecto a los criterios a usar. En general se concuerda en que esta indicada la resección cuando hay una masa pequeña sin pruebas en lo absoluto de invasión de los tejidos circundantes, Sin embargo, algunos consideran que la invasión directa del duodeno sola es una contraindicación; la mayoría no esta de acuerdo al respecto. El criterio mas controvertido es la adherencia a estructuras vasculares o la invasión real de las mismas. Algunos cirujanos a menudo, o incluso en forma sistemática resecan las venas porta y mesentérica superior sin determinación de adherencias, aunque la mayoría de los cirujanos consideran la invasión de esas estructuras como contraindicaciones para la resección.

Fortner ha adoptado el método mas enérgico, reseca cualesquier neoplasia que parezca estar confinada al páncreas y las estructuras adyacentes, las vasculares importantes inclusive; ha denominado a este procedimiento pancreatectomía regional (30).

Establecer la resectabilidad técnica, requiere un examen extenso y detallado del páncreas y las estructuras circundantes.

1.-Complicaciones de la pancreatododenectomía.- Hemorragia.

Es la complicación intraoperatoria más frecuente, que generalmente proviene de los vasos importantes en yuxtaposición con la glándula. Quienes efectúan pancreatectomía deben conocer bien los fundamentos de la cirugía vascular. (30).

La hemorragia puede ocurrir durante el postoperatorio. Puede atribuirse a erosión vascular si aparece fístula que drena a través del muñón de la arteria gastroduodenal. Si la operación es usualmente prolongada o lenta, y en particular si la pérdida de sangre durante la operación hace indispensables transfusiones múltiples, puede agotarse los factores necesarios para la coagulación normal, y ocurrir coagulación intravascular diseminada. La hemorragia, intraoperatoria, y postoperatoria inclusive ha sido la causa mas frecuente de muerte; origina más del 20% de los decesos por esta operación. (30).

Fístulas.- En el pasado la segunda causa de muerte eran las fístulas pancreáticas. Con la protección de los vasos contra drenaje fistuloso y con el drenaje adecuado, puede tratarse con buenos resultados a la mayoría de los enfermos aunque aparezca fístula. Casi todas las fístulas cierran sin intervención Qx.

Otras complicaciones son en orden de importancia, trombosis vascular, problemas cardiovasculares, infección, insuficiencia renal, hepática, Pancreatitis.

Respecto a la paliación Qx del CA pancreático.- En la experiencia de la mayoría de los cirujanos especializados en páncreas para cuando se

diagnostica, solo en 10 a 15% de los individuos con cáncer pancreático el padecimiento es adecuado para resección y posible curación.

En los procedimientos de derivación interna se utiliza el coledoco la vesícula biliar y el estomago, el duodeno o el yeyuno. 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 a vivir al enfermo el resto de su vida con fístula biliar externa; además cuando se pierden grandes volúmenes de bilis, puede sobrevenir desequilibrio hidroelectrolítico grave (31)

El duodeno no debe usarse para evitar el paso por una obstrucción biliar consecutiva a enfermedad maligna periampollar puesto que la incidencia de ictericia recurrente es demasiado alta. Las anastomosis con el yeyuno casi siempre pueden efectuarse con seguridad y facilidad y es menos probable que haya reobstrucción (31).

La colecistoyeyuno anastomosis se prefiere para el alivio de la ictericia obstructiva cuando hay enfermedad maligna periampollar, siempre y cuando

La vesícula este sana y que el cístico tenga una permeabilidad efectiva y que siempre llegue al coledoco. Siempre se debe realizar colangiograma (4).

Se puede realizar coledocoenteroanastomosis, pero se ha corroborado, que tiene mas morbilidad a comparación de la colecistoenteroanastomosis; 37 y 15% respectivamente. (28).

Estos últimos autores, también están de acuerdo en realizar colecistoenteroanastomosis, descomprime el tracto biliar en el 90% de los casos en CA de páncreas. (28).

Respecto a la Y de Roux no debe recurrirse a ella en forma sistémica ya que es más difícil de efectuar, toma más tiempo, y se agrega una anastomosis más al procedimiento; sin embargo puede ser preferible tanto en quienes se espera una supervivencia prolongada como en los que tienen neoplasia pequeña y buena salud (31).

PALIACION MEDIANTE RESECCION.- EN EL CA DE PANCREAS.-

La pancreatoduodenectomía es intentar la curación de cáncer pancreático. Aun así, los afectados en quienes se lleva a cabo el procedimiento sólo para que mueran con enfermedad recurrente suelen experimentar muy buena paliación en el intervalo y por lo general viven más aquellos con operaciones de derivación solas. Este hecho ha orillado a que a veces se recomiende el procedimiento de Whipple más a menudo en situaciones en la que no es posible la curación, por la cualidad de la paliación que produce. Los cirujanos experimentados que se han especializado en el páncreas no han adoptado ese método por varias razones. En primer lugar, las estadísticas de supervivencia son desorientadoras, porque los enfermos en quienes se llevan a cabo procedimientos de derivación paliativos en lugar de resección, tienen enfermedad más avanzada y se esperaba que murieran más pronto. Además el procedimiento de Whipple es una cirugía mayor que se ha relacionado con morbilidad y mortalidad importantes; a últimas fechas el tema está de nuevo en discusión debido a la disminución en la mortalidad (7%) informada en diversos centros (31).

RESULTADOS

En el periodo comprendido de 1985 a 1990 fueron admitidos en el hospital de especialidades del Centro Medico Nacional un total de 50 pacientes, con lesiones malignas de la via biliar a saber la siguientes:

- Adenocarcinoma de la porción media e inferior del coledoco. (colangiocarcinoma medio o inferior.). PMI
- Adenocarcinoma de carina (Ilear, o colangiocarcinoma de la unión de los hepáticos.). AC.
- Adenocarcinoma de la vesícula biliar. AVB
- Adenocarcinoma de la Ampula de Vater. AAV
- Carcinoma de la cabeza de páncreas. ACP
- Se incluyeron tumores duodenales, y tumores metastasicos a la via biliar. TM

Con predominio del sexo femenino en 33 casos.

Con edades desde los 38 años hasta los 87 años con una media a los 65 años.

Existieron en la revisión 6 pacientes con antecedentes de cirugía en la via biliar.

El tumor maligno mas frecuente fue el colangiocarcinoma de la porción media e inferior, con 17 casos siguiendolo el carcinoma de vesícula biliar (adenocarcinoma) con 16 casos y en tercer lugar el carcinoma de la cabeza del páncreas 7 casos.

El resto, de carina tres casos, de ampula de vater 3 casos tumor duodenal 1 caso, y tres metastasis a la vía biliar entre ellos , 1 linfoma, y dos indeterminados, o primario desconocido (gráfica 1).

Respecto al cuadro clínico el 75% de los pacientes se presentaron con ictericia; la hiperbilirrubinemia directa fue la dominante, 16 pacientes de adenocarcinoma de la porción media e inferior tuvieron ictericia y de estos 15 tuvieron hiperbilirrubinemia directa; así mismo 6 de adenocarcinoma de vesícula biliar y de estos 5 con hiperbilirrubinemia directa.

Así mismo 3 de 3 de carina, 3 de 3 ampula vater, 4 de 4 de cabeza de páncreas y 1 de 1 del tumor duodenal. De los casos de metástasis a la vía biliar 2 casos con ictericia y los dos con hiperbilirrubinemia directa. (Gráfica 2.).

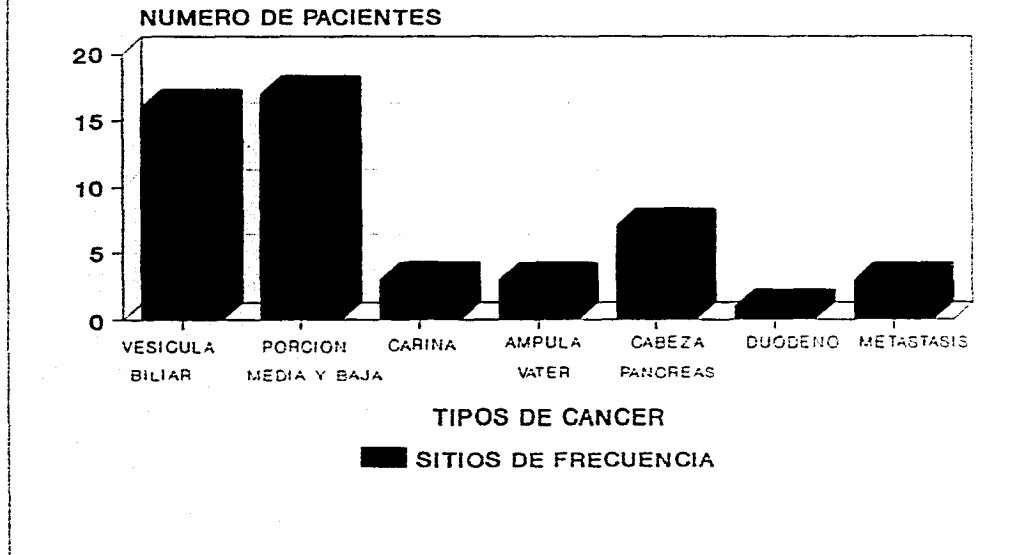
La bilirrubina directa predomino en el 66% de los casos y la indirecta en el 4% de los pacientes; el 30% de los pacientes presentaron bilirrubinas normales.

Los casos con bilirrubinemia indirecta fueron; 1 caso de carcinoma de vesícula, y un caso de colangiocarcinoma de la porción media e inferior.

La nausea el vomito se presentaron en el 60% de los pacientes; 14 casos en vesícula biliar presentaron nausea y vomito seguidos por 5 casas de la porción media e inferior; 3 de carina, 3 de cabeza de páncreas, y los tres casos de mets a la vía biliar. (gráfica 3).

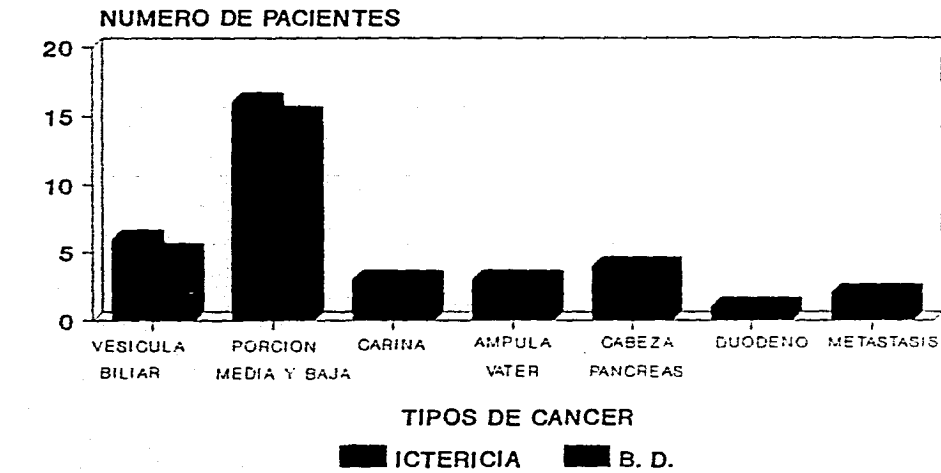
El dolor se presento en el 54% de los pacientes; 12 casos de vesícula biliar se presentaron con dolor; 8 de la porción media e inferior, y tres de la cabeza del páncreas. (gráfica 4).

FRECUENCIA DEL CANCER



(Gráfica 1)

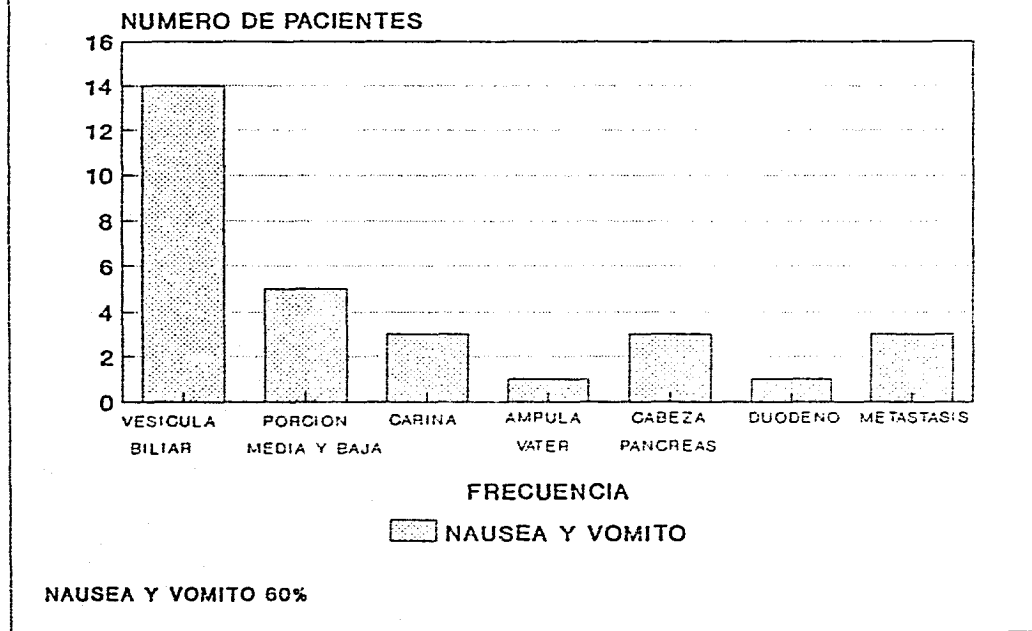
FRECUENCIA CUADRO CLINICO



FRECUENCIA ICTERICIA 75%

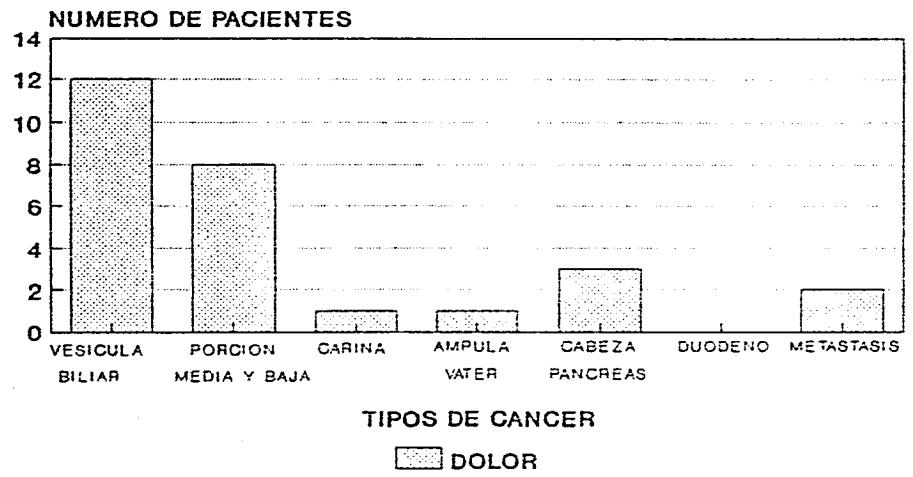
(Gráfica 2)

NAUSEA Y VOMITO



(Gráfica 3)

FRECUENCIA CUADRO CLINICO



DOLOR : 54%

(Gráfica 4)

El 26% de los pacientes se presentaron con pérdida de peso, 6 casos de vesícula biliar, y 5 de la porción media e inferior; respecto a la fiebre se presento en el 20% de los casos, 4 de los pacientes con CA de cabeza de páncreas tuvieron fiebre 3 y 3 de los pacientes con CA de Vesícula Biliar, y colangiocarcinoma de la porción, media e inferior. (gráfica 5).

La tumoracion en el hipocondrio derecho se presento en el 12% de los pacientes, 3 casos correspondían al de la vesícula biliar, y 2 al carcinoma de la cabeza del páncreas. (gráfica 6).

El 12% de los pacientes tenían antecedentes quirúrgicos en la vía biliar, de estos 4 casos correspondían al colangiocarcinoma de la porción media e inferior y 1 a la vesícula biliar.

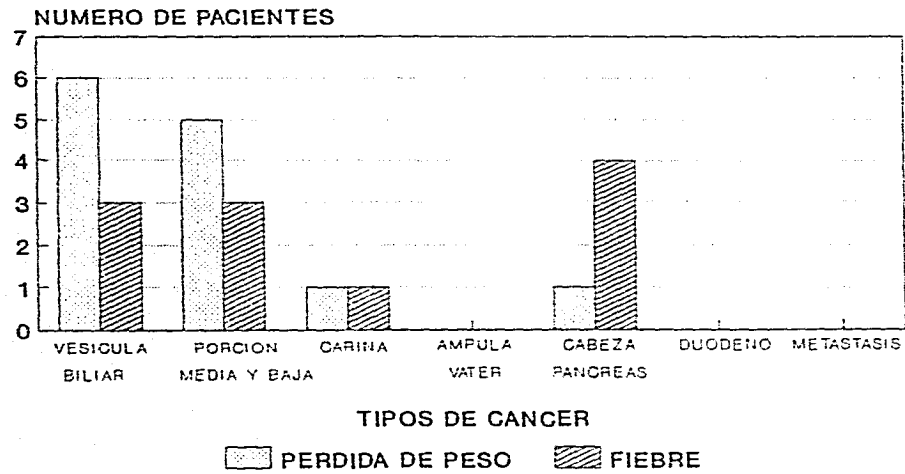
El 10% de los pacientes tenían antecedentes quirúrgicos pero sin relación a la vía biliar (gráfica 7).

Se realizaron 43 USGS de los cuales el 58% mostraron colelitiasis y se confirmaron quirúrgicamente el 88%.

El porcentaje de litiasis en CA de vías biliares fue del 44%. 56% correspondía al CA de vesícula biliar , y el 35% para la porción media y baja del coledoco.

11 casos de CA de vesícula biliar tuvieron USG con litos y 9 se confirmaron quirúrgicamente. Asi mismo 7 casos de colangiocarcinoma de la porción media y baja tuvieron USG con litos y 6 se confirmaron quirúrgicamente. (gráfica 8)

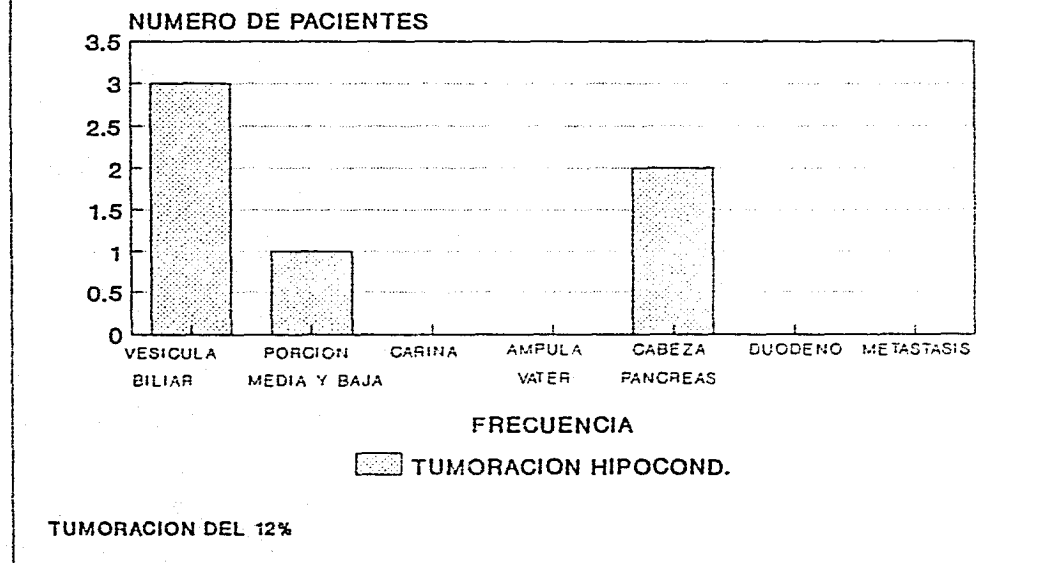
FRECUENCIA CUADRO CLINICO



PERDIDA PESO: 26% FIEBRE: 20%

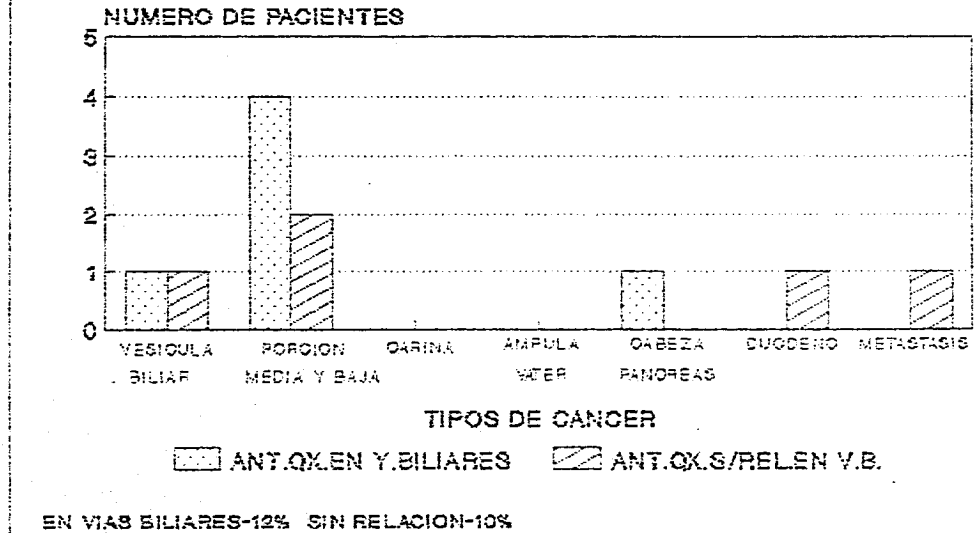
(Gráfica 5)

TUMORACION EN HIPOCONDRIOS DER.



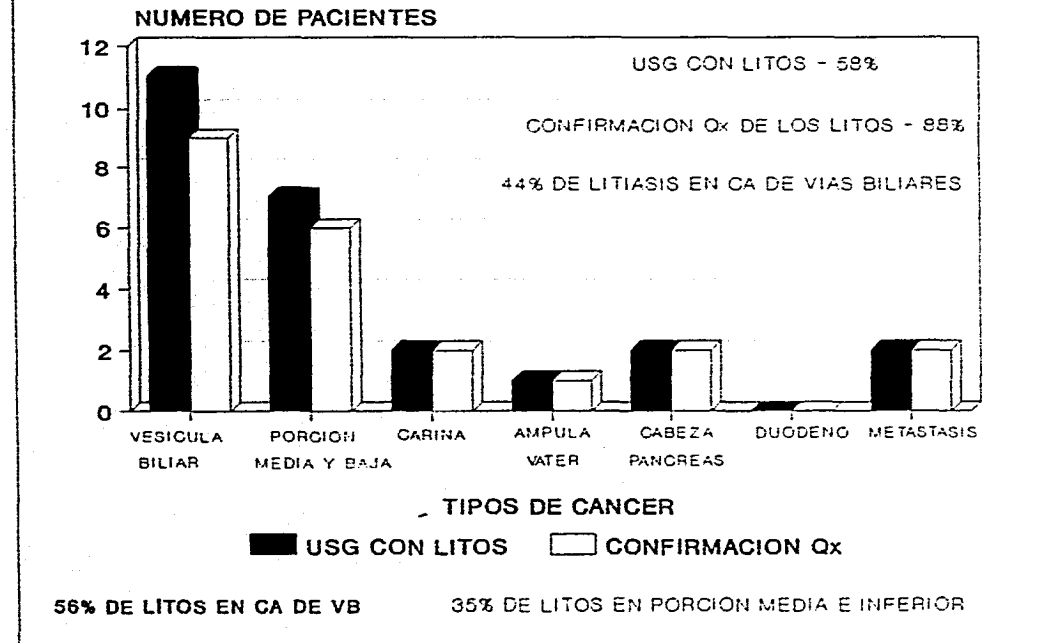
(Gráfica 6)

FRECUENCIA CUADRO CLINICO



(Gráfica 7)

FRECUENCIA DE ULTRASONIDOS



(Gráfica 8)

Se realizaron 10 colangiografías percutáneas; de las cuales 4 sirvieron como tratamiento paliativo. 6 casos de colangiocarcinoma de la porción media y baja se confirmaron con la percutánea y dos casos de carcinoma de la vesícula biliar.

Así mismo se realizaron 16 colangiografías retrogradas endoscópicas; 6 casos de adenocarcinoma de la porción media y baja se confirmaron con la endoscópica y 5 de adenocarcinoma de vesícula biliar; dos casos de CA de cabeza de páncreas. (gráfica 9).

RESULTADOS MANEJO QUIRURGICO.

Para el adenocarcinoma de la porción media y baja del coledoco se realizaron 4 CCT y exploración de vías biliares, 4 hepatoyeyunoanastomosis, 2 drenajes percutáneos, 1 colocación de ST, 1 pancreatoduodenectomía, 1 gastroyeyunoanastomosis 1 coledocoduodenoanastomosis, y dos biopsias hepáticas, 2 resecciones de ligamento redondo y una omentectomía. (gráfica 10).

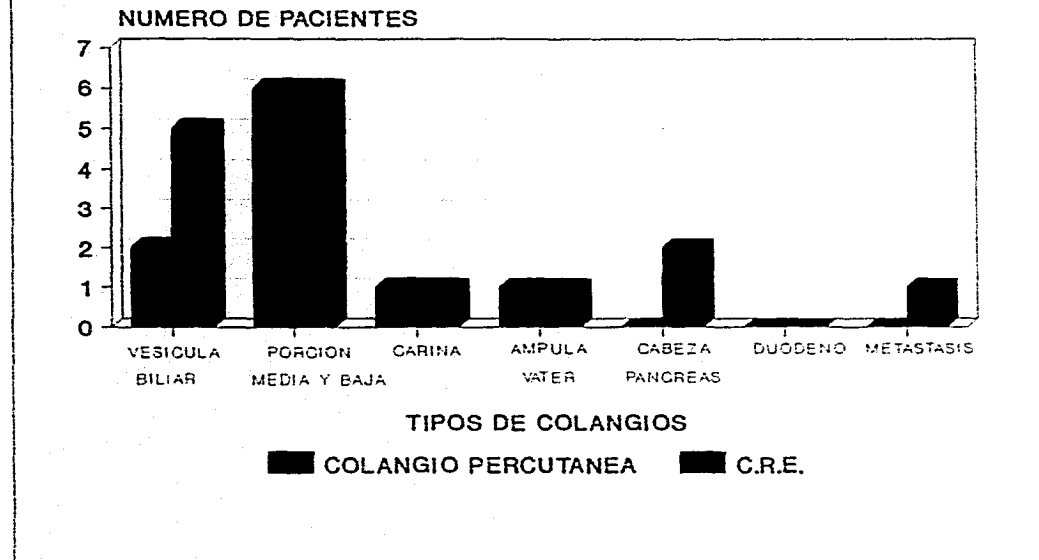
Para el CA de vesícula biliar se realizaron 4 colecistectomías simples, 3 colecistectomías con exploración de vías biliares dos gastroyeyunoanastomosis, 1 colecistostomía, dos drenajes percutáneos; así mismo 12 biopsias hepáticas, 2 resecciones de ligamento redondo y una omentectomía (gráfica 11).

Para el carcinoma de cabeza de páncreas dos hepaticoyeyunoanastomosis, 1 colecistectomía simple, 1 colecistectomía con exploración de vías biliares, 1 colocación de ST, 1 colecistoyeyunoanastomosis, y una colecistostomía con 1 biopsia hepática.(gráfica 12).

El adenocarcinoma de carina se manejo con tres colocaciones de ST con dos biopsias hepáticas; el carcinoma de ampulla de vater se manejo con dos colocaciones de ST y 1 pancreatoduodenectomía (Gráfica 13).

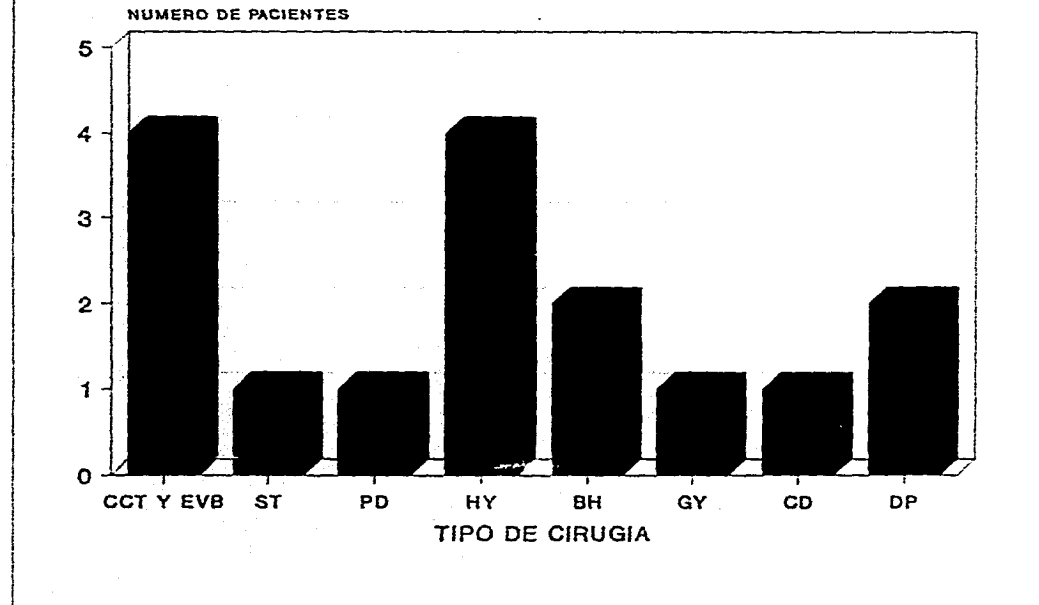
Los tumores metastásicos a encrucijada se manejaron con dos colecistectomías, 3 biopsias hepáticas, una omentectomía, y una resección

FRECUENCIA COLANGIOGRAFIAS



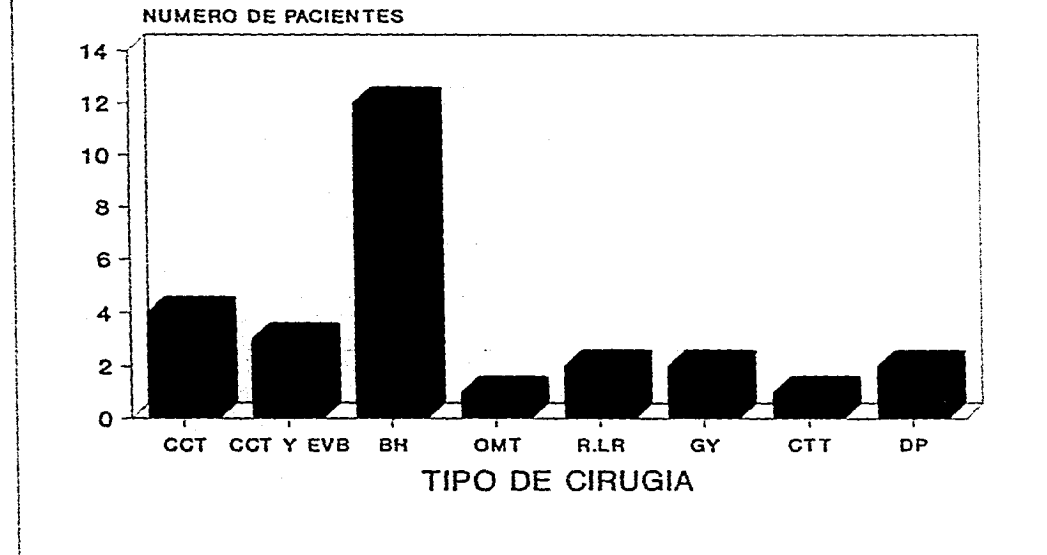
(Gráfica 9)

MANEJO DEL CANCER DE LA PORCION MEDIA E INFERIOR DEL COLEDOCO



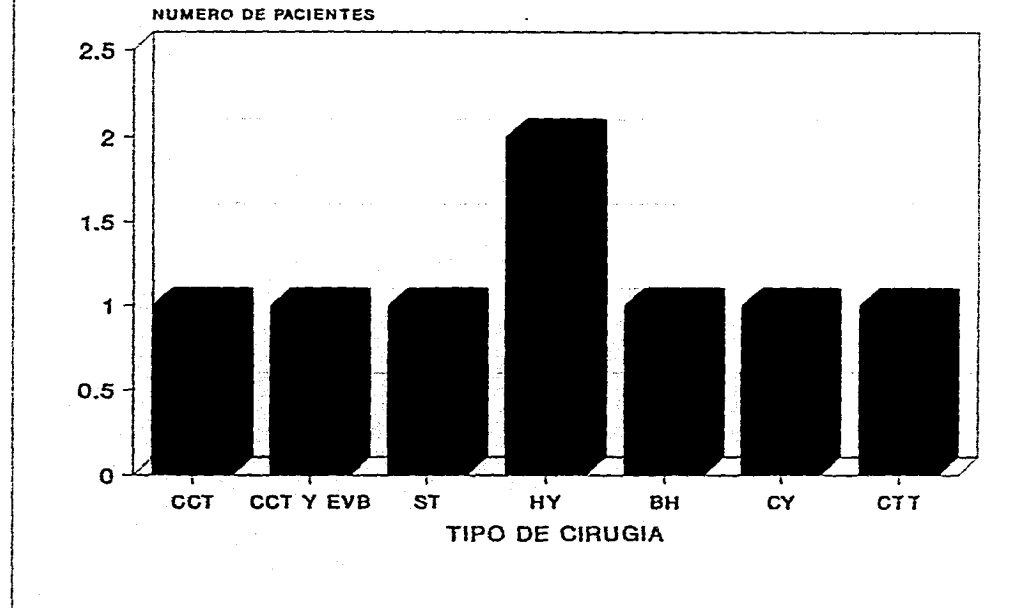
(Gráfica 10)

MANEJO DEL CANCER DE VESICULA BILIAR



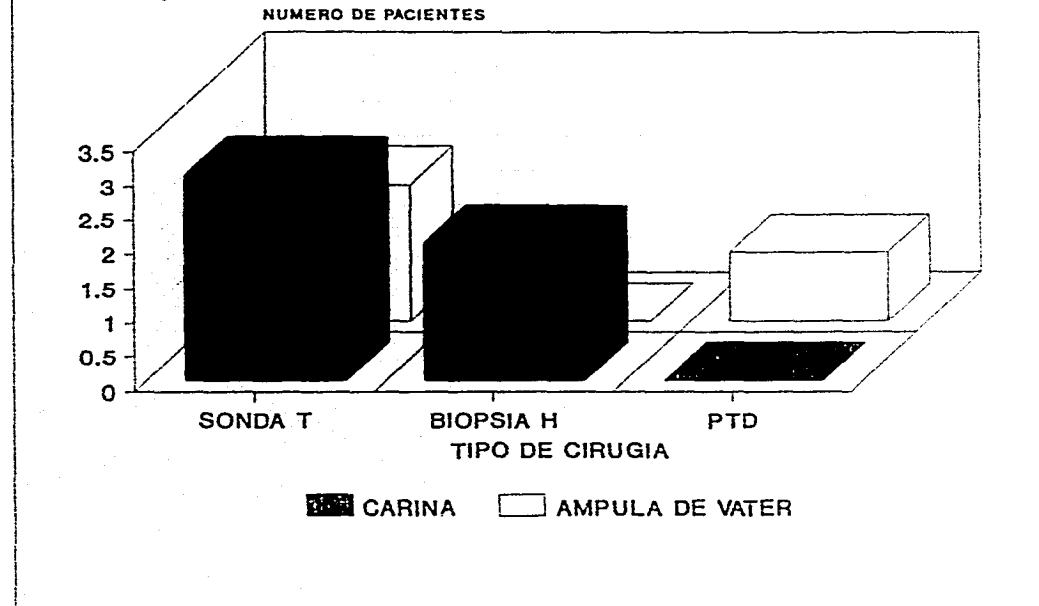
(Gráfica 11)

MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER DE CABEZA DE PANCREAS



(Gráfica 12)

MANEJO DEL CA DE CARINA Y AMPULA DE VATER



(Gráfica 13)

de ligamento redondo. El tumor duodenal se manejo con colecistoyeyuncanastomosis (Gráfica 14).

4 casos de CA de vesícula biliar mostraron carcinomatosis 1 caso de la porción media y baja, 1 caso de ampula de vater y un caso de ,METS a encrucijada. (Gráfica 15).

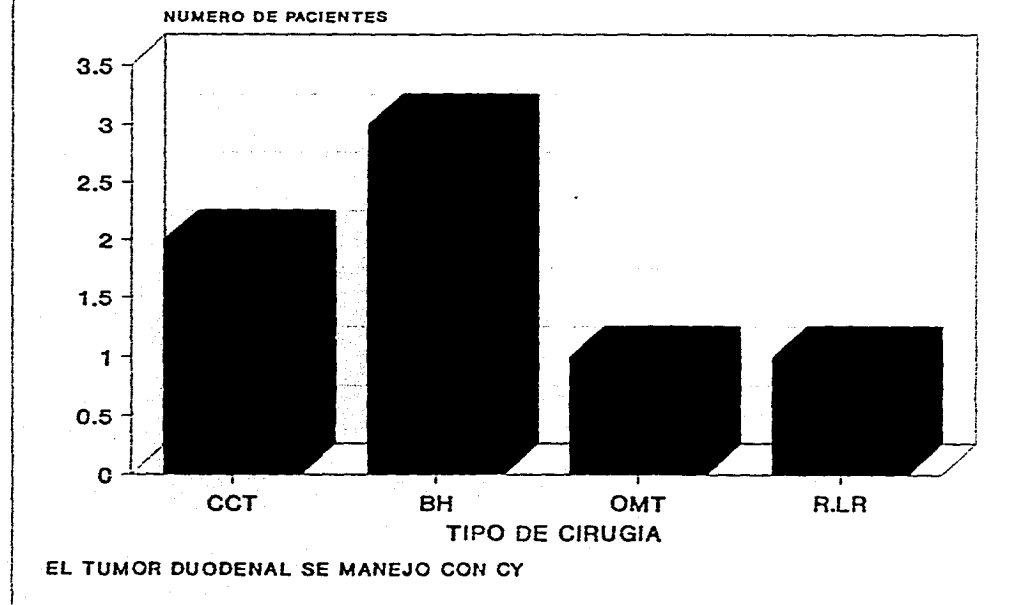
Se hicieron un total de 30 cirugías paliativas para el colangiocarcinoma de la porción media y baja del coledoco, 7 cirugías paliativas para el CA de cabeza de páncreas y 6 paliativas para el CA de vesícula biliar; 6 curativas para la porción media e inferior de la vía biliar, y 6 para el carcinoma de vesícula biliar (Gráfica 16).

El 50% de los pacientes se les realizo el dlagnostico de cáncer en un periodo de 1 a 3 meses después de iniciado los síntomas, el 5% de pacientes no se realizo el diagnostico hasta 7 meses después de haber iniciado los síntomas. (Gráfica 17).

Se tuvo una morbilidad postquirurgica del 44% siendo lo mas frecuente la persistencia de ictericia, en tres casos de colangiocarcinoma de la porción media y baja, 1 caso de carcinoma de la cabeza de páncreas. En segundo lugar la insuficiencia renal aguda que se presento en tres casos de colangiocarcinoma de la porción media y baja y un caso de carcinoma de la cabeza de páncreas.

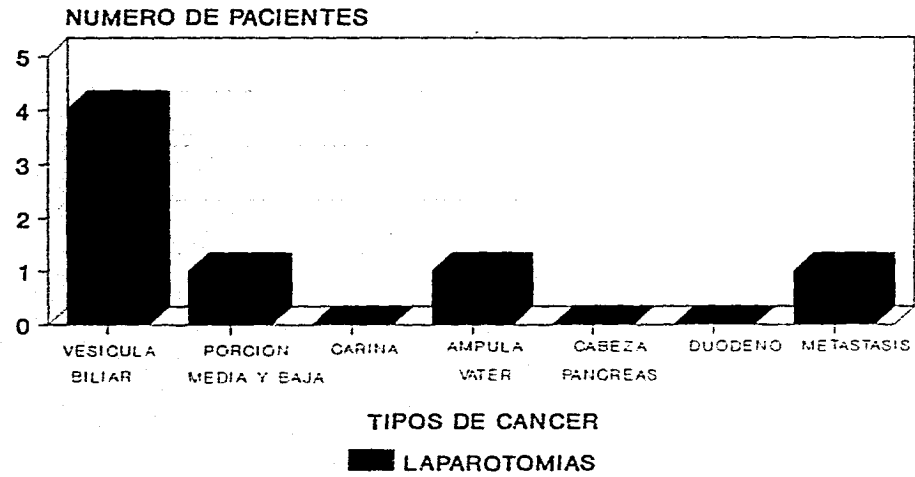
La hemorragia postoperatoria, se presento en 3 casos de carcinoma de vesícula biliar, 1 de carina, y 1 de tumor duodenal respectivamente. La colangitis se presento en 1 caso de ampula de vater. Tres casos de Choque séptico, 1 en el colangiocarcinoma de la porción media y baja, 1 en ampula de vater, 1 en metástasis a la encrucijada. Dos casos de fistula biliar, uno en ampula de vater, y en carcinoma de cabeza de páncreas dos casos con

MANEJO DE METASTASIS A VIA BILIAR

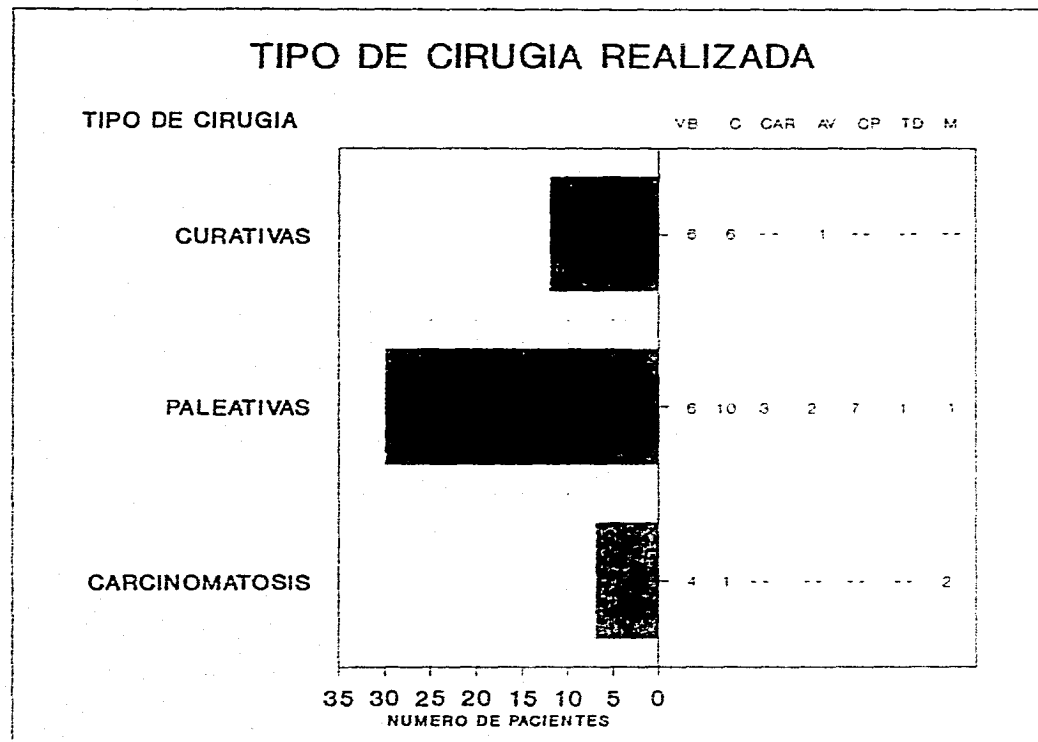


(Gráfica 14)

LAPAROTOMIAS CON CARCINOMATOSIS

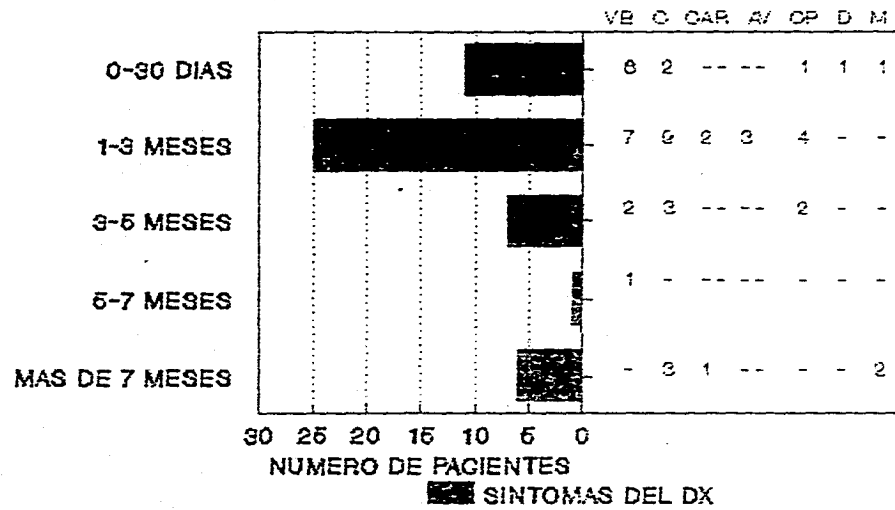


(Gráfica 15)



(Gráfica 16)

INICIO DE SINTOMAS AL MOMENTO DEL DX



(Gráfica 17)

FOM (falla orgánica múltiple) uno de la porción media y baja, y otro caso en carcinoma de cabeza de páncreas y dos casos de sangrado de tubo digestivo alto, 1 de ellos en carcinoma de la vesícula biliar, y el otro caso en colangiocarcinoma de la porción media y baja del coledoco. (gráfica 18).

La mortalidad postquirurgica fue del 28%, la causa mas frecuente de muerte fue la Falla Orgánica Múltiple y Choque séptico desencadenada por Insuficiencia renal y Sx icterico.

Solo 1 paciente con CA de ampula de vater que se manejo con ST vivió hasta 6 meses después de la cirugía.

Dos pacientes con CA de la porción media e inferior del coledoco manejados con drenaje percutaneo vivieron hasta 6 meses.

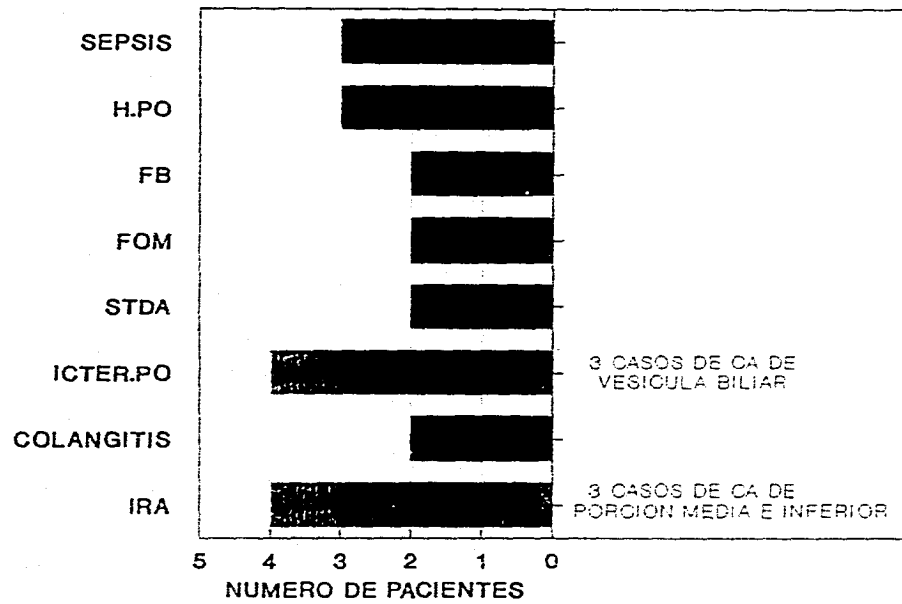
La mortalidad de todo el grupo de pacientes oscilo entre 3 y 6 meses.

DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

En las series de 50 pacientes, el carcinoma que con mas frecuencia se presento fue el carcinoma de la porción media y baja del coledoco, con un porcentaje de 36%, y luego de vesicula biliar con un 32% y posteriormente el CA de cabeza de páncreas en un 14% de los casos.

Diversos estudios han demostrado que el cáncer Hepático como el causante de la mayoría de los Sx icterlicos, y en segundo lugar al CA de vesicula biliar; sin embargo a ullimas fechas el colangiocarcinoma va en aumento; no hay que descartar y tenerlo en cuenta al CA de cabeza de Páncreas.

MORBILIDAD POSTQUIRURGICA - 44%



(Gráfica 18)

Aunque en otras series reportan aumento de frecuencia en el CA de ampula de vater probablemente en nuestro estudio hubo varios casos de la porción baja del coledoco que pudieron haber sido de ampula de vater.

El cáncer duodenal es extremadamente raro en lo personal no se encontraron reportes recientes respecto a este tumor.

No hay predominio respecto a sexos, aunque se reporta que en la mayoría de los casos corresponden al sexo masculino, en nuestra serie predominó el sexo femenino, este hecho se confirma por la relación de litiasis vesicular con cáncer de vesícula; como veremos más adelante la litiasis se presenta en el 44% en casos de CA de vías biliares y respecto a cáncer de vesícula biliar hasta el 56%, dicho sea de paso esto nos obliga a pensar que a toda paciente que le encontremos litiasis vesicular es candidata a colecistectomía simple.

La ictericia sigue siendo el signo pivote para sospechar y llegar a diagnóstico y por supuesto la hiperbilirrubinemia directa, todos los sitios de tumor tuvieron predominio de hiperbilirrubinemia directa; la ictericia se presentó en el 75% de los casos.

En orden de frecuencia, se presentó la náusea y vómito junto con el dolor abdominal en porcentajes parecidos que son síntomas digestivos comunes. Hay que recalcar que la tumoración en hipocondrio derecho se presentó únicamente en el 12% de los pacientes, la tumoración en hipocondrio derecho va en relación con la mortalidad; si de inicio en una exploración se encuentra tumoración en esta región, el paciente tendrá muy mal pronóstico y pronóstico desfavorable a muy corto plazo.

Es importante mencionar que en la revisión hubo 6 pacientes con antecedentes de cirugía en la vía biliar, de estos 4 tenían cáncer de la porción media y baja del coledoco y a los cuatro se les había realizado colecistectomía simple. No se ha encontrado una relación precisa en este hecho, pero hay que tenerlo en cuenta, se menciona, por movilizar o disecar muchas veces la vía biliar en el transoperatorio.

El USG sigue siendo el estudio de gabinete mas efectivo para diagnosticar colelitiasis.

Así mismo con el USG se encontraron 35% de litos en CA de la vía biliar - porción media y baja.

Se realizaron 10 colangiografías percutáneas de las cuales 4 sirvieron como tratamiento paliativo; respecto a este punto algunos autores corroboran y comprueban que muchas veces es mejor ofrecer al paciente tratamientos paliativos pero con catéteres, por medio de colangiografías; el tratamiento no quirúrgico tiene la ventaja de menor complicación tardía. Se ha llegado a usar esfinterotomías como método paliativo.

Es importante mencionar que el grupo de pacientes a los cuales se les realizó la colangiografía percutánea fue necesario los tiempos de coagulación normales y dilatación de la vía biliar intrahepática producida por la tumoración en la vía biliar extrahepática.

Los dos tipos de colangiografías siguen siendo estudios muy útiles para encontrar el sitio exacto de la lesión; en el grupo de pacientes a los cuales se les realizó se llegó al diagnóstico en el 100% de los casos.

En el estudio no se realizaron biopsias por cepillado para etapificación de la lesión; la colangiografía retrograda endoscópica, tiene la ventaja que estas biopsias se pueden realizar por medio de ella y así poder etapificar; aunque muchas veces esta clasificación no es adecuada para estos tipos de tumoraciones ya que en la mayoría de las veces ya están muy avanzados - por ejemplo T3, M3, N2. (19), (8).

Respecto al manejo quirúrgico, en individual de cada uno de los tumores ninguno se etapifico o se clasifico adecuadamente, muchas veces la decisión quirúrgica consistió en observar macroscópicamente la lesión y de ahí tener una decisión quirúrgica; este grupo de paciente en su mayoría se presentaron en el servicio de urgencias o trasladados de otros hospitales a nuestro servicio de urgencias por cuadro de colangitis y la forma de intervenir fué en forma urgente.

De esta forma el resto de pacientes se les realizaron 26 colangiografías; 10 percutáneas, y 16 retrogradas endoscópicas y se tomaron 15 TACS con la idea de etapificar la lesión, a la mayoría de estos pacientes se les realizo cirugías curativas.

Por estas mismas razones se tuvo una tendencia hacia la cirugía paliativa sobre todo en CA de la porción media y baja del coledoco; aunque es de llamar la atención que para el carcinoma de cabeza de páncreas, que hubo 7 casos, todas la cirugías que se realizaron fueron en forma paliativa.

Hubo una alta incidencia de toma de biopsias hepáticas, hay que recordar que siempre hay que tomarlas con la ligera sospecha de cáncer en cualquier parte de la cavidad abdominal; en nuestro caso en particular se

encontraron en la mayoría de los casos mets hepáticas, hay que recordar, que hubo 7 pacientes con carcinomatosis.

Respecto al CA de ampula de Vater se realizó una pancreatoduodenectomía, los otros dos casos tenían ya criterios de irresecabilidad, aunque como comentaremos mas adelante, los criterios de irresecabilidad en ampula de vater y en CA de cabeza siguen en discusión.

Respecto al CA de la unión de los conductos tampoco se realizó ninguna cirugía curativa; hay que recordar que si la lesión envuelve a un lóbulo, la vena porta izquierda, porta derecha hepática derecha o izquierda, la lesión puede ser resecable.

Se ha comprobado que se debe realizar la resección de la confluencia con cuadrantectomía; inclusive tiene mejor resultado que la hepatectomía; aunque también se puede realizar. Todos los tipos de hepatectomías tienen una sobrevida de 50% a 18 meses. Si la lesión esta del lado derecho, se prefiere realizar hepatectomía derecha, y visceversa hepatectomía izquierda. Es importante mencionar que se realizaron 6 colecistectomías simples en forma curativa a ninguno de ellos se encontró lesión mas allá de la mucosa por que no hubo necesidad de reintervenir a ningún paciente, así mismo no se realizaron cuadrantectomías.

En resumen:

- 1.- Hay que realizar etapificación preoperatoria mediante TAC colangiografías, y angiografía visceral. Esto permite clasificar de manera global como operables acerca del 75% de los

pacientes.

- 2.- Los que se consideran inoperables se someterán a descompresión biliar no quirúrgica mediante sondas de drenaje colocadas de manera percutánea o por vía endoscópica. Se reserva la CPRE para los colangiocarcinomas irresecables distales.
- 3.- La cirugía curativa se realizara cuando no haya invasión a la vena porta, a la arteria hepática común, y cuando la extensión del tumor esta por arriba de la porción pancreática y cuando no haya mets.
- 4.- Cuando aplicar Endoprotesis o catéteres en forma paliativa:
 - a) Metástasis demostrables.
 - b) Invasión vascular mayor.
 - c) Edad avanzada.
 - d) Enfermedad coexistente que aumente el riesgo quirúrgico.
- 5.- En pacientes que llenen criterios de irresecabilidad en el tranoperatorio encontrados en el preoperatorio se recomienda dejar sondas de Ring, sobre alambres de guía para posteriormente poner sondas transhepticas.
- 6.- Respecto al CA de cabeza de Páncreas. La resección es recomendable 100% según varios autores siempre y cuando

también no haya criterios de irresecabilidad; en nuestro estudio se realizó una pancreatodudenectomía y fue para CA de ampulla de Vater; siendo la cirugía de elección para el CA de cabeza de páncreas, no se realizó ninguna. Los criterios de irresecabilidad son: Enf. Metastásica a hígado, ganglios linfáticos, peripancreáticos, epíplon, y peritoneo, siempre se tomarán biopsias de las lesiones sospechosas.

Para fines prácticos lo que se busca con intervenciones paliativas o curativas es disminuir la morbilidad, que en nuestro estudio fue del 44% y la mortalidad postquirúrgica del 28%, a 3-6 meses.

Se ha demostrado que en intervenciones curativas siendo agresivos por ejemplo en CA de carina con resección y hepatectomías izquierda o derecha se reporta una mortalidad de 35% a 1 año, y a 5 años del 85%.

Respecto a la paliación con catéteres se reporta morbilidad del 10% en comparación con la postquirúrgica del 17%.

Tompkins y Cols, realizaron un estudio comparativo de procedimientos curativos con paliativos y comprobaron a 1 año 80% de supervivencia (20% de mortalidad) en procedimientos paliativos y 57% de supervivencia a 1 año (43% de mortalidad) en procedimientos curativos.

Respecto al CA de páncreas el 10 a 15% de los individuos con cáncer pancreático el padecimiento es adecuado para la resección y posible curación.

Actualmente y sigue en discusión el procedimiento de Whipple es una cirugía mayor que se ha relacionado con morbimortalidad importantes a últimas fechas la mortalidad está alrededor de 7% informada en diversos centros.

CONCLUSIONES

- En la serie el cáncer de coledoco en su porción media y baja fue el mas frecuente.
- La ictericia sigue siendo el dato clave para llegar al diagnostico.
- El Ultrasonido sigue siendo el método mas efectivo para el diagnostico de colelitiasis.
- La guía mas útil para encontrar el sitio exacto del CA es el USG junto con los dos tipos de colangiografías.
- Según las condiciones del paciente y cuando se permite deberá de etapificarse adecuadamente agregando a los estudios TAC, y angiografía visceral, sobre todo si se va a intervenir electivamente; para establecer los criterios de resecabilidad.
- El AC de vesícula biliar se acompaña de litos en el 56% de los casos; esto nos obliga a pensar que a toda paciente que le encontremos litiiasis vesicular es candidata a colecistectomia simple.
- En el Hospital de Especialidades de CMN se opta por el manejo paliativo según estos resultados, la mortalidad y morbilidad es elevada; parece ser que vale la pena realizar una resección curativa y amplia; e inclusive si se van a realizar procedimientos paliativos, vale mas la pena realizarlos con catéteres como las endoprotesis insertadas por colangiografías, o dejadas como las sondas de ring en el transoperatorio, para posteriormente aplicar las sondas transhepaticas.
- Los estudios de Tompkins, Boerma, Tzuzuki con llevan a pensar que el drenaje percutaneo es una muy buena opción ya que aporta una sobrevida de 80% a 1 año.

- En la serie las complicaciones mas frecuentes fueron ictericia postoperatoria e insuficiencia renal aguda, en su mayoría de las veces fue secundaria. La mayoría de los pacientes mueren por falla orgánica múltiple.

- Respecto a la ictericia originada por CA de Cabeza de páncreas, en la experiencia de la mayoría de los cirujanos especializados en páncreas para cuando se diagnostica, solo en 10 a 15% de los individuos con cáncer pancreático, el padecimiento es adecuado para rescion y posible curación.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Charles J Yeo MD.
Colangiocarcinoma. Cirugía de Vías Biliares.
Surg. Clin. North. Am. 1990 Vol. 70. No 6. pp 1453-1459.
- 2.- R. Scott Jones MD.
Carcinoma de vesícula biliar y anomalías de la unión del ducto pancreático biliar.
Surg. Clin. North. Am 1990 Vol. 70 No 6. pp 1443-1451.
- 3.- Kumio Kimura. MD. Masao Ohto.
Asociación de carcinoma de vesícula biliar y anomalías de la unión del ducto pancreático biliar.
Gastroent. 1985; 89. pp 1258-1265.
- 4.- H.P. Redmond, R Stuart K.P. Hofmann.
Carcinoma of the head of the páncreas.
SGO March, 1991. Volume 172 No 3. pp 186-190.
- 5.- W. Morris Brown MD. J. Michael Henderson.
Carcinoid Tumor of the Bile Duct. A case report and literature review.
Am. Surg. June 1990 Vol. 56. No 6. pp 343-346.
- 6.- D. Randall Radin, Parakrama Chandrasoma.
Carcinoma of the cistic duct.
Gastrointest. Radiol. 1990 Vol. 15 No. 1 pp 49-52.

- 7.- Feller Edward; Shiffman Fred J.
Extrahepatic Biliary Obstruction by Lymphoma.
Arch. Surg. Nov. 1990. No 11 pp 1507-1509.

- 8.- P.G. Foutch D.O. D.M. Kerr.
Endoscopic retrograde Wire-Guided brush cytology for diagnosis of
patients with malignant obstruction of the bileduct.
Am. J. Gastroent. July. 1990. Vol. 85. No. 7. pp. 791-795.

- 9.- Cameron John. MD. Pitt Henry. M.D.
Management of proximal Cholangiocharcinomas by surgical resection
and radiotherapy.
Am. J. Surg. Jan. 1990 Vol. 159. No. 1. pp. 91-98.

- 10.- Boerma Egge. MD. Ph. D.
Research into the results of resection of hilar bile duct cancer.
Surg. Sept. 1990. Vol. 108. No. 3. pp. 572-580.

- 11.- D. Finch Margaret. MD. Buttler John D.
Palliation for nonpancreatic malignant obstruction of the biliary tract.
SGO. May. 1990. Vol. 170 No. 5 pp 437-440.

- 12.- Tompkins Ronald. MD. Saunders Kimberly. MD.
Changing patterns in diagnosis and management of bile dict cancer.
Ann. Surg. May. 1990 Vol. 211. No. 5. pp 614.621.

- 13.- Hadlis Nicholas. MD. Blendharn Ian MD.
Outcome of radical surgery in Hilar cholangiocarcinoma.
Surg. June 1990. Vol. 107. No 6 pp. 597-604.
- 14.- Toshi Haru Tsuzuki. MD, Masakazu Veda. MD.
Carcinoma of the main hepatica ducto junction: indications operative morbidity and mortality and long term survival.
Surg. Sept. 1990. Vol. 108 No 3. pp 495-501.
- 15.- Savader Scott. MD. Venbrux Anthony. MD.
Pancreatic response to percutaneous biliary drainage: a prospective study.
Radiol. Feb. 1991 Vol. 178 No 2. pp. 343-346.
- 16.- Fletcher David R. Harley Ronald.
The effect of selective therapy on malignant obstructive jaundice.
Med. J. Aust. Nov. 20 1989. Vol. 151 No. 10 pp. 560-564.
- 17.- Hael. RI. Denyer Me.
Percutaneous-endoscopic placement of endoprotheses for relief of jaundice caused by inoperable bile duct strictures.
Surg. Feb. 1990. Vol. 107. No. 2. pp. 224-227.
- 18.- Boender J. Mix J.J.
Malignant common bile duct obstruction: Factors influencing the succes rate of endoscopic drantage.
Endosc. Nov. 1990. Vol. 22. No. 6. 259-262.

- 19.- Joseph. N.T. MD. Dytoc M. MD.
Bile Duct Carcinoma simulatlng choledocholithiasis.
N.Y. St. J. Med. Feb. 1990. Vol. 90 No. 2. pp 62-73.
- 20.- Alapathi Ravindra. MD. Ibrahim Mostafa. MD.
Papillary cystadenocarcinoma of the bile ducts resulting in hemobilia.
Am. J. Gastroent. Dec. 1989. Vol 84. No 12. pp. 1564-1566.
- 21.- Kiyaki Ouchi. MD. Massamori Susuki.
Histologic findings and pronostic factors in carcinoma of the upper bilie duct.
Am. J. Surg. June. 1989. Vol. 157. pp. 1203-6.
- 22.- Takayasu Kenichi. Ikeya Shinichi.
CT o Hilar Cholangiocharcinoma: Late contrast enhacement in six patients.
AJR. June. 1990. Vol. 154. pp. 1203-6
- 23.- Hadlils Nicholas MD. Blenkaharn Ian.
Patterns of serum alkaline phophatase activity in unilateral hepatic duct obstruction: A clinical and experimental study.
Surg. Feb. 1990. Vol. 107. No 2. pp 193-200.
- 24.- Hatfield ARW. MD.
Palliation of malignant obstructive jaundice- Surgery or stent.
GUT. Dec. 1990. Vol. 31. No. 12. pp. 1339-1340.

- 25.- Masatoshi Makvuechi, MD; Bao Lethai.
Preoperative portal embolization to increase safety of mayor
hepatectomy for hilar bilar duct carcinoma: A preliminary report.
Surg. May 1990. Vol. 107. No. 5 pp 521-7.
- 26.- Sitprila Vislth Kasmsant Udomporn.
Renal function in obstructive Jaundice in man: Cholangiocharcinoma
model.
Kid. Int. 1990 Vol. 38. No. 1. pp. 948-955.
- 27.- Yoshida Ideo. MD. Itai Yuli. MD.
Biliary malignancies occurring in choledochal cists.
Radiol. Nov. 1989. Vol. 173. No 2. pp 389-392.
- 28.- Rappaport M. MD. Villalba Mario. MD.
A compararison of cholecysto and choledochoenterostomy for obstructin
pancreatic cancer.
Am. Surg. Jul. 1990. Vol. 56. No 7. pp. 433-5.
- 29.- Potente F. MD. Ghiron V. MD.
Gallbalder carcinoma our experiencie.
Minerva Chir. Sept. 1994. Vol. 49. No. 9 pp 487-90.
- 30.- Jordan George Jr. MD.
Reseccion de pancreas por cancer pancreatico.
El pancreas. Surg. Clin. North. Am. Vol. 69. No. 3 pp 631-659.

31.- Singh Sunlail M. Reber Howard A. MD.

Paliacion quirurgica para el cancer pancreatico.

El pancreas. Surg. Clin. North. Am. Vol. 69 No. 3 pp 661-674.