

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES

DE LA REGION AMPULAR

Dr. Juan Ignacio Monge E.

La encrucijada constituída por el duodeno, cabeza de páncreas, colédoco terminal y conducto de Wirsung, y la desembocadura conjunta de éstos en la ampolla de Vater, es asiento de lesiones de diversa naturaleza. Por desarrollarse éstas en un espacio pequeño, que aloja una diversidad de estructuras, dan lugar a síntomas similares, presentan dificultades para un diagnóstico preciso y plantean a menudo una difícil decisión terapéutica. El tratamiento quirúrgico de estas lesiones constituye uno de los procedimientos más complejos de la cirugía abdominal, requiriendo del cirujano un acabado dominio de la técnica operatoria. Las complicaciones y mortalidad derivadas de la terapia resectiva se relacionan en gran medida con la experiencia del cirujano; tratándose de lesiones poco frecuentes es difícil por otra parte reunir casuísticas individuales de significación.

En esta oportunidad se revisará el tema sobre la base de la experiencia en lesiones periampulares resecables, reunida en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, en un período de 15 años, y de la información bibliográfica pertinente.

DIAGNOSTICO

Idealmente el diagnóstico de las lesiones benignas o malignas de la región ampular debe realizarse con anterioridad al acto quirúrgico, lo que no sucede en la mayoría de los casos. Lo más frecuente es que se trata de hallazgos operatorios, planteando difíciles problemas de decisión y de terapéutica. Una actitud sistemática de sospecha ante todo cuadro icterico permitiría esclarecer oportunamente el diagnóstico y prever con anticipación al acto operatorio las posibilidades de resecabilidad si se emplearan los recursos diagnósticos disponibles hoy.

CUADRO CLINICO

En la casuística de la Clínica Lahey (1) las lesiones neoplásicas presentan una historia de pérdida de peso e ictericia en 90 % de los casos, dolor abdominal en 73 %, diarrea en 33 %, vesícula palpable e ictericia indolora en 26 % y diabetes en el 10 %. El cuadro clínico varía ligeramente entre los diferentes tipos de lesión. Los carcinomas desarrollados en los conductos pancreáticos tienen un crecimiento insidioso, con síntomas iniciales vagos, tales como malestar epigástrico, anorexia, constipación o diarrea, pérdida de peso y fatiga creciente. Los síntomas progresan lentamente por semanas o meses, hasta que aparece ictericia, de intensidad creciente. En los carcinomas que se desarrollan en la ampolla hay menor incidencia de dolor, el que aparece una vez que se establece la obstruccióncoledociana. Aparecen leves molestias epigástricas postprandiales y la ictericia, que se hace presente en el 95 % de los casos, lleva al paciente al cirujano fre -

cuentemente antes que se produzca invasión local o metástasis. En los carcinomas del colédoco intrapancreático los síntomas son muy similares y la ictericia, presente en el 100 % de los casos, es progresiva una vez que se completa la obstrucción. En los cánceres de la mucosa duodenal el cuadro clínico es más variable, con una historia más prolongada, que simula a menudo un síndrome ulceroso duodenal, con anemia de significación, secundaria a ulceración y hemorragia. La ictericia sólo se presenta en un 25 % de los casos. En las neoplasias benignas y en procesos pseudoneoplásicos de la región ampular predominan las manifestaciones de ictericia obstructiva, con vaga sintomatología digestiva y sin compromiso del estado general. En los procesos de pancreatitis crónica localizados en la cabeza de la glándula el dolor puede revestir un carácter intratable, como se analizará posteriormente. Habitualmente se presenta un compromiso importante del estado general, con diarrea por esteatorrea y diabetes. La ictericia se presenta cuando el proceso inflamatorio determina una compresión del colédoco intrapancreático. Ocasionalmente la compresión del bulbo duodenal puede dar lugar a un síndrome de retención gástrica (2).

MEDIOS DE DIAGNOSTICO

Ante la sospecha clínica, apoyada en el estudio de laboratorio, se puede emplear una variedad de medios de diagnóstico en forma complementaria:

a) Duodenografía hipotónica

La supresión de la actividad peristáltica y relajación farmacológica del duodeno permiten estudiar la región ampular con mejor definición que la radiología convencional.

b) Duodenoscopia

El panendoscopio de fibra óptica permite la vi sión directa de la ampolla de Vater y la toma de biopsia en las lesiones que protruyen al lu men duodenal.

c) Colangiopancreatografía endoscópica

De acuerdo a Hall (3), el método se pudo reali zar con éxito en el 79 % de los pacientes con sospecha de tumor periampular, rindiendo infor mación positiva en 94 % de los casos con tumo res periampulares. El método puede complemen tarse con la citología obtenida por aspirado de conductos pancreáticos bloqueados o de lava do de la ampolla.

d) Ecografía

Este método es útil para definir aumentos de volumen de la cabeza del páncreas y precisar su naturaleza sólida o quística. No es de uti lidad en la definición de masas pequeñas den tro de la glándula.

e) Tomografía axial computarizada

Constituye un método altamente sensible en la definición de masas de pequeño tamaño (1/2 cm) dentro de la glándula pancreática. Su elevado costo no permite por ahora su empleo rutinario.

f) Colangiografía transparieto-hepática

Procedimiento de alto rendimiento diagnóstico y de relativamente poca complejidad. Sato (4)

establece correlaciones entre la distancia de la confluencia de los conductos hepáticos y el nivel de obstrucción coledociana. Cuando esta distancia es menor de 5 cm, el 100 % de los casos resulta irresecable. Si la distancia es mayor de 5 cm, las lesiones son resecables en el 50 % de los casos. La realización de este procedimiento obliga a proceder con la laparotomía, por el riesgo de hemoperitoneo. En la secuencia de procedimientos de exploración es recomendable programar la para después de la ejecución de la colangiopancreatografía retrógrada y realizarla solamente si ésta ha fracasado.

g) Esplenoportografía

Su indicación reside en la utilidad de conocer el estado de la vena porta, lo que es un indicador del grado de invasión lesional. Sato y cols (4) encuentran que 100 % de los casos con compromiso portal son irresecables, mientras que de los casos con indemnidad de la vena porta, 66 % resultan resecables. Los mismos autores emplean este método en combinación con la colangiografía transparietohepática (colangio-portografía), señalando que a una distancia de 2 cm o más entre la obstrucción coledociana y la vena porta corresponde una resecabilidad de 66 %, mientras que una distancia inferior a 1 cm significa que la lesión es irresecable.

h) Arteriografía selectiva celiaca

Susuki y cols (5) practican la arteriografía selectiva celiaca y superselectiva del páncreas, describiendo un pattern arteriográfico, en el que distinguen 3 grupos, a saber :

1. Arterias limitadas al páncreas
2. Arterias adyacentes, y
3. Arterias de órganos vecinos.

Dentro de cada grupo describen subgrupos, pudiendo precisar con exactitud la ubicación y extensión de la lesión y estableciendo correlaciones entre los respectivos subgrupos y la resecabilidad.

DIAGNOSTICO OPERATORIO

En la gran mayoría de los casos el diagnóstico de tumor periampular es la consecuencia de un hallazgo operatorio en el curso de una exploración quirúrgica en un paciente con ictericia obstructiva. En esta circunstancia el cirujano se enfrenta a una serie de disyuntivas :

- a) naturaleza del tumor
- b) resecabilidad
- c) oportunidad de la resección, y
- d) tipo de operación a practicar

NATURALEZA DE LA LESION

En relación a este aspecto algunos elementos semiológicos pueden contribuir al diagnóstico diferencial. La palpación cuidadosa de la región ampular requiere de la ejecución de la maniobra de Kocher. Con el duodeno y cabeza del páncreas movilizado debe descartarse la posibilidad de tratarse de una úlcera post-bulbar penetrante al páncreas o de una litiasis coledociana con cálculo enclavado en la ampolla. En este último

caso la exploración del colédoco a través de una coledocotomía y la colangiografía intraoperatoria podrán ser de utilidad. La pancreatitis crónica puede identificarse por algunos signos, como la existencia de placas calcificadas de esteatonecrosis, pseudoquistes y aumento de volumen y consistencia difusa o localizada a la cabeza de la glándula. Algunos casos de pancreatitis crónica localizada a la cabeza pueden ser indistinguibles de una neoplasia. En los casos de cáncer periampular de la cabeza del páncreas el tumor se palpa en la región periampular. La glándula está aumentada de consistencia y de color pálido. El cuerpo aparece aumentado de volumen y de contornos redondeados. La cola se palpa roma y separada del hilio esplénico. En 90 % de los casos podrá encontrarse dilatación del conducto de Wirsung ; el límite del tumor se palpa como una cornisa en el lugar en que se inicia la dilatación del conducto. La vesícula y el colédoco se presentan dilatados, habitualmente sin cálculos, de paredes delgadas y de color azulado. En los cánceres de la ampolla el tumor se palpa como una bolita que se proyecta en el lumen duodenal ; en ocasiones puede ser de consistencia blanda y aparecer ulcerado. Sólo en un 20 % de los casos resecables se presenta dilatación del conducto de Wirsung. Los signos de dilatación de la vía biliar son similares a los ya expuestos para el cáncer de la cabeza del páncreas. En el cáncer del colédoco distal el tumor se palpa por encima del área de la papila y no proyectándose al lumen duodenal, con iguales signos de dilatación de la vía biliar que los ya descritos (1).

Las características semiológicas pueden, no obstante, inducir a errores de apreciación respecto a la naturaleza del tumor. 10 % de 198 cánceres ampulares, duodenales y coledocianos fueron interpretados como cánceres de la cabeza del páncreas en una serie actualizada de la Lahey Clinic (6).

BIOPSIA

Para esclarecer la naturaleza de la lesión surge el problema de la conveniencia de practicar o no una biopsia intraoperatoria. Al respecto existe una prolongada controversia, siendo las principales objeciones :

- a) Insuficiencia de la muestra (a menudo por no ser precisos los límites de la lesión se incluye sólo tejido inflamatorio)
- b) Dificultad en la interpretación de la muestra (en la biopsia por congelación un adenocarcinoma bien diferenciado puede ser indistinguible de una pancreatitis crónica)
- c) Demora en el informe de la biopsia, en una operación de por sí muy prolongada
- d) Riesgo de hemorragia, fístula o peritonitis, y
- e) Riesgo de diseminación tumoral.

Por estas razones se recomienda reservar la biopsia para casos con ictericia leve, lesiones impalpables, con obstrucción colangiográfica a nivel de la papila o fuerte presunción de tratarse de una lesión benigna. El mejor acceso a la lesión es a través de una duodenotomía ; para los cánceres de colédoco es más adecuado el empleo de una cucharilla por vía de una coledocostomía. La posibilidad de extirpar una lesión benigna mediante pancreatoduodenectomía, al omitir la biopsia, es un riesgo calculado, que representa menos del 3 % en la experiencia de la Lahey Clinic (1).

RESECABILIDAD

La extirpación de una neoplasia periampular mediante la pancreatoduodenectomía es recomendada sólo si reviste carácter potencialmente curativo ; esto es si la lesión está limitada al páncreas. Debe establecerse la indemnidad de la arteria mesentérica superior y de la vena porta. Deberá evaluarse acuciosamente la posibilidad de invasión linfática, explorando los grupos ganglionares alrededor de la arteria hepática, raíz del mesenterio, arteria gastroepiploica derecha, vasos cólicos medios y ganglios de la cara posterior del hepato-colédoco.

OPORTUNIDAD DE LA RESECCION

Una vez decidida la resecabilidad, deberán considerarse las condiciones del paciente, estado cardiovascular, función respiratoria, protrombinemia, disponibilidad de sangre, etc. La presencia de ictericia con valores de bilirrubinemia sobre 30 mg % hace aconsejable descomprimir la vía biliar mediante sonda Kherr y diferir la resección hasta normalizar la ictericia. Ello redundará en una significativa disminución de la morbilidad y mortalidad operatoria (7, 8). Una espera de tres a cuatro semanas no modificará el pronóstico de la enfermedad neoplásica. Otros autores en cambio estiman que el segundo tiempo se verá dificultado por el desarrollo de adherencias en la zona explorada y mayor tendencia al sangramiento, o por la contaminación peritoneal a partir de la coledocostomía previa, que repercutiría en una mayor incidencia de infección post-operatoria, por lo que recomiendan la resección en un tiempo (26).

En la decisión de proseguir con la resección, la cuestión de la capacidad técnica del cirujano cobra la mayor importancia. Si el cirujano no domina la técnica de la pancreatoduodenectomía deberá limitarse a drenar la vía biliar mediante una sonda Kherr y remitir al paciente a un centro con cirujanos de experiencia. Si están dadas todas las condiciones se proseguirá con la resección.

TIPO DE OPERACION

La resección local de lesiones periampulares malignas sólo conduce al fracaso. Miller (9) ha demostrado en una serie de 15 resecciones locales en tumores de la ampolla que en 75 % de los casos existía invasión en el sitio de sección ; 50 % de los pacientes fallecieron en el post-operatorio y la supervivencia de los que sobrepasaron la operación tuvo un promedio de 16 meses.

La pancreatoduodenectomía, conocida también como duodenopancreatectomía cefálica u operación de Whipple, permite la extirpación en bloque del tumor, con la cabeza del páncreas, duodeno y colédoco, las vías de drenaje linfático y sección en tejido distante a la lesión. En la reconstitución del tránsito digestivo pueden utilizarse diversas alternativas. En general se acepta la anastomosis del páncreas al yeyuno, ya sea mediante la técnica de Chiled, telescopando el cuerpo del páncreas dentro del asa yeyunal, o mediante la técnica de Warren, con anastomosis de la mucosa del conducto de Wirsung a la mucosa yeyunal. Algunos autores (11) recomiendan la simple ligadura del conducto de Wirsung para prevenir la complicación de la fístula por dehiscencia de la anastomosis pancreato-yeyunal, aún a

riesgo de una insuficiencia pancreática endocrina y exocrina. El colédoco se anastomosa al yeyuno y la gastroenteroanastomosis deberá construirse distalmente a las anastomosis biliar y pancreática : esto prevendría la aparición de úlcera péptica de la boca anastomótica gastroyeyunal, al proteger la mucosa yeyunal con secreciones alcalinas. Esta complicación apareció en el 16 % de los casos, a pesar de practicarse gastrectomía subtotal en la serie de la Lahey Clinic (1). Por ello se recomienda practicar la vaguectomía troncal con hemigastrectomía (10).

ANALISIS DE CASUISTICA

La experiencia reunida en un período de 15 años en el Hospital de la Universidad Católica corresponde a 25 pancreatoduodenectomías (Tabla N° 1). La etiología y localización de las lesiones se detallan en la Tabla N° 2.

T A B L A N° 1

CAUSA DE RESECCION EN PANCREATODUODENECTOMIA

	Neoplásicas	No neoplásicas	Total
Benignas	2	4	6
Malignas	19	-	19

T A B L A N° 2

DISTRIBUCION POR LOCALIZACION Y TIPO HISTOLOGICO EN 25 PANCREATODUODENECTOMIAS

	Ampolla	Colédoco intrapan- creático	Pán- creas	Peri- ampu- lar	Total
Adenocarcinoma	11	1	5	2	19
Adenoma	1				1
Carcinoide	1				1
Hiperplasia fibro adenomatosa	2				2
Pancreatitis			2		2
T O T A L	15	1	7	2	25

LESIONES BENIGNAS NO NEOPLASICAS

En dos casos, la lesión periampular correspondió a un proceso de pancreatitis crónica localizada a la cabeza de la glándula. En un paciente (hombre, 57 años) sólo existían antecedentes de ingesta alcohólica moderada. En la operación se encontró una pancreatitis localizada a la cabeza, con pseudoquiste y litiasis múltiple, no existiendo patología biliar. El segundo caso (hombre, 36 años) correspondió a un paciente gastrectomizado previamente con úlcera duodenal, bebedor exagerado, en que en el examen histológico se describió lesiones de pancreatitis crónica y de pancreatitis aguda localizadas a la cabeza de la glándula.

Un tercer paciente (hombre, 47 años), con antecedentes de ingesta alcohólica exagerada por espacio de 20 años, presentó una doble lesión, pues además de los signos anatomopatológicos de pancreatitis crónica de la cabeza se encontró un adenoma de la ampolla de Vater. Todos estos pacientes evolucionaron sin complicaciones y se hicieron asintomáticos.

La sintomatología de la pancreatitis crónica intratable se caracteriza por crisis de intenso dolor epigástrico, en un principio de carácter paroxísmico, que tiende a transformarse en un dolor continuo que obliga al paciente a adoptar posiciones antiálgicas. Con frecuencia los pacientes llegan a la adicción a los opiáceos (2). Ocasionalmente el proceso inflamatorio afecta principalmente la cabeza de la glándula, dando lugar a una formación tumoral que obstruye la vía biliar principal desencadenando un síndrome de ictericia obstructiva. Eventualmente el proceso inflamatorio puede ocasionar un síndrome de obstrucción píloro-duodenal. Otros síntomas propios de este tipo de pacientes son el enflaquecimiento, diarrea con esteatorrea y diabetes.

En los tres pacientes presentados predominó la sintomatología dolorosa y baja de peso. Uno de ellos manifestó intenciones de suicidarse si no era operado, por la intensidad y persistencia del dolor. Ninguno de ellos presentó ictericia clínica. Sólo en el paciente portador de un adenoma ampular se detectó una hiperbilirrubinemia de 1.7 mg %.

La indicación de resección en la pancreatitis crónica debe reservarse a aquellos pacientes con dolor intratable (12, 13). En ausencia de dolor, el síndrome de ictericia obstructiva se resuelve con menos riesgo mediante una derivación biliodigestiva, y la obstrucción píloro-duodenal con una gastroenterostomía

y vaguectomía.

Como ha sido comentado, cabe hacer notar las dificultades para el diagnóstico diferencial tanto desde un punto de vista clínico, como en el examen operatorio e histológico, entre lesiones de pancreatitis crónica y procesos neoplásicos periampulares; ello justifica la decisión de resección basada en la impresión del cirujano, viniendo a precisarse la etiología sólo mediante el estudio histopatológico diferido. Esta dificultad queda ilustrada con el siguiente caso, que no fue sometido a resección. Se trataba de un hombre de 29 años, con un dolor epigástrico vago de 45 días de evolución, al que se agregó ictericia y coluria fluctuante. Con una colangiografía endovenosa compatible con el diagnóstico de colédocolitiasis fue sometido a una intervención quirúrgica. Se encontró un tumor de la cabeza del páncreas que comprometía el colédoco y que aparentemente invadía el duodeno. Considerando que se trataba de un cáncer irreseccable se practicó coledocotomía, colecistoyeyunostomía y gastroenterostomía. Una biopsia de ganglio retropancreático fue negativa para neoplasia. La evolución post-operatoria fue sorprendentemente favorable y controles colangiográficos sucesivos mostraron normalización de la vía biliar. Dos años después fue reintervenido para resecar la anastomosis biliodigestiva, comprobándose una cabeza de páncreas normal.

HIPERPLASIA FIBROADENOMATOSA

En dos pacientes la lesión periampular que decidió la resección fue una hiperplasia fibroadenomatosa. En el primer caso (mujer, 65 años) la historia se inició con un episodio de dolor abdominal alto de tres

días de duración, seguido de una ictericia obstructiva completa de 15 días de evolución. La exploración diagnóstica, que incluyó duodenografía hipotónica y laparoscopia, no contribuyó a aclarar la etiología. La exploración quirúrgica reveló una vesícula no inflamada, con un cálculo, un colédoco dilatado y un tumor periampular, que fue interpretado como un cáncer. El segundo caso (hombre, 68 años) inicia su sintomatología con un episodio de dolor epigástrico de 30 minutos de duración, que se repite poco después con mayor intensidad e irradiándose en faja a ambos hipocondrios y dorso, con sudoración y lipotimia, seguido de ictericia, fiebre y calofríos. En el examen físico se pesquisa vesícula palpable. Con el diagnóstico de colecistitis aguda y colédocolitiasis se interviene, comprobándose la presencia de una vesícula distendida y con cálculos, dilatación coledociana y un tumor de 8 mm de diámetro en la región ampular. Interpretado como cáncer de la ampolla, se practica pancreatoduodenectomía. El examen histológico reveló una hiperplasia fibroadenomatosa de la ampolla y un páncreas aberrante submucoso vecino a la ampolla. Ambos pacientes evolucionaron sin complicaciones.

La histología de la lesión descrita en ambos casos corresponde a un aumento de conductillos pancreáticos aberrantes o accesorios, por lo que se la ha denominado hiperplasia de conductos pancreáticos (14). Ocasionalmente al aumento de conductillos pancreáticos pueden asociarse signos inflamatorios, como infiltración redondocelular y edema. La infiltración del tejido conjuntivo hace que la papila sea redonda y prominente, confiriéndole un aspecto tumoral (hiperplasia fibroadenomatosa). Es discutible la indicación de pancreatoduodenectomía en una lesión de esta naturaleza, ya que una derivación biliodigestiva sería suficiente. Al no disponer de diagnóstico histológico pre-operatorio, el

cirujano carece de elementos de juicio para diferenciarlo de un carcinoma.

LESIONES NEOPLASICAS BENIGNAS DE LA REGION PERIAMPULAR

Un paciente (hombre, 47 años), ya comentado, presentó un adenoma de la ampolla de Vater, además de una pancreatitis crónica. Otro paciente (hombre, 51 años), que fue sometido a una colecistectomía por colelitiasis en otro hospital, presentó como hallazgo operatorio un tumor periampular, siendo referido al Hospital Clínico de la Universidad Católica para su tratamiento definitivo. Se practicó 16 días después una pancreatoduodenectomía, comprobándose al examen histológico que la lesión correspondía a un carcinóide de la ampolla de Vater. Ambos pacientes evolucionaron sin complicaciones.

Los adenomas de la ampolla, conocidos también como adenofibromas, pólipos adenomatosos, pólipos benignos o papilomas son tumores muy poco frecuentes y se manifiestan por molestias abdominales vagas, ictericia obstructiva y a veces hemorragia digestiva (15-17). En este caso la sintomatología correspondió probablemente a la pancreatitis crónica asociada. Se cree que su origen pueda ser el epitelio de las válvulas o el epitelio de las glándulas del colédoco terminal. Han sido considerados como lesiones precancerosas y algunos carcinomas de la ampolla se habrían originado en adenomas (18). Se ha recomendado su extirpación local, cuando se haya descartado su carácter canceroso (19).

Los carcinoides de la ampolla de Vater son extremadamente raros, representando aproximadamente el 0.3 % de los carcinoides gastrointestinales. Hasta 1976 se habían comunicado sólo 13 casos en la literatura (20).

Son tumores cuyo origen embriológico es ectodérmico, de la cresta neural, y que forman parte del sistema APUD (Amine Precursor Uptake and Decarboxylating), que se caracterizan por ser capaces de producir aminas con efectos biológicos. Así el carcinóide es capaz de producir serotonina, y como producto de su excreción aparece en la orina el ácido 5 hidroxindol acético. Esta característica puede faltar en los carcinoides de ubicación duodenal. La mayoría de estos casos se ha manifestado por ictericia obstructiva. Se acepta en general que los carcinoides del intestino primitivo anterior (estómago y duodeno) son menos agresivos y funcionalmente menos activos que aquéllos originados en el intestino primitivo medio (íleon y apéndice) (20-21). Aunque la mayoría de los casos han sido tratados mediante resección local, la tendencia de estos tumores a recidivar localmente y dar metástasis hace recomendable tratarlos mediante pancreatoduodenectomía (22).

LESIONES NEOPLASICAS MALIGNAS

La localización de la lesión en 19 casos sometidos a pancreatoduodenectomía por carcinomas periampulares se indica en la Tabla N° 3. En dos casos el patólogo no pudo precisar el lugar de origen, rotulándolos de carcinomas periampulares.

T A B L A N° 3

DISTRIBUCION POR LOCALIZACION DE LOS CANCERES AMPULARES

Adenocarcinoma ampolla de Vater	11
Adenocarcinoma colédoco intrapancreático	1
Adenocarcinoma cabeza del páncreas	5
Adenocarcinoma periampular	2
<hr/>	
T O T A L	19

La distribución por sexo fue aproximadamente igual, con 9 hombres y 10 mujeres. La distribución por edad mostró predominio por la 6a. y 7a. década de vida, con un promedio de edad de 65 años. Cabe señalar la significativa morbilidad concomitante : 40 % de los casos presentaron patología asociada de importancia, como cirrosis (2), hepatitis crónica activa (1), diabetes (4) y colangitis (1).

En todos los pacientes se practicó pancreatoduodenectomía. En 2 casos ésta se realizó en dos tiempos. Un caso (P.U.F. hombre, 43 años) operado en otro hospital, fue referido para tratamiento definitivo ante el hallazgo de un tumor periampular. En otro caso (V.C. E. hombre, 45 años) operado por colelitiasis en nuestro hospital, se demostró dilatación coledociana y estenosis de papila, sin tumor palpable, de la cual se tomó biopsia. El estudio histopatológico diferido informó adenocarcinoma de la ampolla de Vater.

El tipo de operación practicada correspondió a resección tipo Child en 13 casos, tipo Warren en 3 ca

sos, y de otros tipos en 3 casos.

Se observó una importante morbilidad operatoria para este grupo de resecciones, a diferencia de los anteriores. El 100 % de los pacientes operados por cáncer de la cabeza del páncreas y el 66 % de los pacientes operados por otros carcinomas periampulares presentaron complicaciones serias. Cuatro pacientes debieron ser reintervenidos en el post-operatorio y en cuatro la complicación fue la causa de muerte. La mortalidad operatoria para este grupo fue de 21 %. La morbilidad operatoria se resume en la Tabla N° 4.

En la Tabla N° 5 se compara la mortalidad operatoria por pancreatoduodenectomía por cáncer en tre diversas series publicadas.

En relación al tipo histológico cabe comentar que la serie presentada no incluye cánceres del dodeno. En el primer período se ha identificado dos casos de cánceres avanzados del duodeno, en los cuales sólo se realizó operaciones paliativas.

Las características de los pacientes de nuestra serie no difieren de las de otras casuísticas, siendo la mayoría de edad avanzada y con importante patología concomitante. La morbilidad operatoria es cualitativamente similar a la de otras series de la literatura, si bien llama la atención que la totalidad de las resecciones por cáncer de la cabeza del páncreas presentó morbilidad post-operatoria importante. La mortalidad post-operatoria correspondió a un caso de carcinoma de la ampolla de Vater y tres casos de cáncer de cabeza de páncreas, con una mortalidad global de 20 %, la que se sitúa en una posición intermedia entre 7 % y 34 % de diversas series publicadas (Tabla N° 5) (6, 9, 11, 24, 25, 26, 27, 28, 33).

T A B L A N° 4

MORBILIDAD POST-OPERATORIA Y CAUSAS DE FALLECIMIENTO EN
PANCREATODUODENECTOMIA

1 caso	Necrosis de colon transverso Peritonitis, Sepsis	Reoperado	Fallece
1 caso	Filtración de anastomosis co- lédocoyeyunal y pancreático- yeyunal	Reoperado	Fallece
1 caso	Shock		Fallece
1 caso	Ileo, Sepsis, Neumonía		Fallece
1 caso	Laceración hepática, Hemope- ritoneo	Reoperado	
1 caso	Hemorragia digestiva	Reoperado	
1 caso	Filtración anastomosis colé- docoyeyunal		
1 caso	Pancreatitis aguda		
1 caso	Insuficiencia vascular cere- bral transitoria		
1 caso	Hematoma inguinal infectado		
1 caso	Infección herida operatoria		

- 1 caso Neumopatía aguda
- 1 caso Flebitis por catéter
- 3 casos Infección urinaria
- 2 casos Ileo
- 1 caso Obstrucción gástrica prolongada

T A B L A N° 5

MORTALIDAD OPERATORIA EN PANCREATODUODENECTOMIA POR
CANCER EN DIVERSAS SERIES PUBLICADAS

	CASOS	FALLECIDOS %
Child-Fry	28	17.2
Warren	348	10.7
Rhoads	27	26.0
Akwari	323	(1 T) 11.5
Hines	28	7.0
Hertzberg	31	21.0
Balasegaram	12	33.3
Gilsdorf	88	23.0
Porter	32	18.7
Logan	123	22.7
Cousoftides	35	12.0
Monge-Tocornal	19	21.0

En lo que se refiere al pronóstico, cabe señalar que los carcinomas desarrollados en los conductos pancreáticos tienen un mal pronóstico. 15 % de estos tumores se extienden en forma difusa a lo largo de la glándula o se presentan como tumores multicéntricos. Tienen gran tendencia a invadir estructuras vecinas, vasos sanguíneos y linfáticos. Los carcinomas desarrollados a partir de los acinos, islotes de Langerhans o cistoadenocarcinomas tienen menos tendencia a invadir. Los tumores del colédoco tienen mal pronóstico si se extienden por encima del duodeno, siendo éste mejor si están localizados en la porción intrapancreática. Los carcinomas de la ampolla tienen menor tendencia invasora si son de tipo papilar y bien diferenciados (26, 27).

SOBREVIDA

Cuatro pacientes fallecen en el post-operatorio. Un paciente fallece tres meses después de operado por otra causa y siete pacientes fallecen por progresión del cáncer. Un paciente vivía con signos de recidiva cuatro meses después de operado. Si se agrega este paciente a los fallecidos por progresión de la enfermedad neoplásica, asignándole seis meses de sobrevida adicional, estos ocho pacientes sobrevivieron un promedio de 15.4 meses. Viven sin síntomas de enfermedad, cinco pacientes con un promedio de 12.8 meses de observación (rango de 2 meses a 6 años). Se desconoce la evolución en un caso (Tabla N° 6).

En la Tabla N° 7 se comparan los resultados alejados de la pancreatoduodenectomía en diversas series publicadas.

T A B L A N° 6

EVOLUCION ALEJADA EN 15 CASOS DE RESECCION POR CARCI-

NOMA PERIAMPULAR

	N° CASOS	SOBREVIDA (PROMEDIO MESES)
Fallecen por progresión del cáncer	8	15.4
Fallecen por otras causas	1	4.0
Viven sin síntomas	5	12.8
Sin información	1	

T A B L A N° 7

COMPARACION DE SOBREVIDA A 5 AÑOS ENTRE DIFERENTES SERIES EN RESECCION POR CARCINOMA PERIAMPULAR

	%
Child-Fry	11.1
Cattel-Warren	13.5
Porter	18.7
Rhoads	25.0
Akwari	34.0
Gilsdorf	13.0

En la Tabla N° 8 se resume la mortalidad operatoria por pancreatoduodenectomía en la experiencia del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

T A B L A N° 8

MORTALIDAD OPERATORIA EN 25 PANCREATODUODENECTOMIAS SEGUN CAUSA DE OPERACION

	CASOS	FALLECIDOS	% MORTALIDAD
Cáncer	19	4	21.6
Neoplasias benignas	4	0	0.0
Lesiones no neoplásicas	2	0	0.0
T O T A L	25	4	16.0

CONCLUSIONES

Las lesiones periampulares constituyen una patología infrecuente en nuestro medio.

La pancreatoduodenectomía cefálica es la técnica indicada para el tratamiento de neoplasias benignas y malignas localizadas y para algunas patologías de naturaleza no neoplásica.

La morbilidad y mortalidad post-operatoria de la pancreatoduodenectomía cefálica observada en la serie analizada es comparable a los resultados de la mayoría de las series publicadas. No obstante, por su magnitud, esta operación debe indicarse en casos muy seleccionados.

Los resultados alejados en los pacientes operados por carcinoma periampular son desalentadores, no pudiéndose sacar conclusiones por la limitación de la serie y escaso tiempo de observación de los pacientes.

REVISTA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

B I B L I O G R A F I A

=====

1. CATTEL R.B., WARREN K.: A long-term appraisal of pancreatoduodenectomy for periampullary carcinomas. Ann. Surg. 155 : 652 ; 1962
2. LEURIOF J.P.: Duodenopancreatectomie pour pancreatite chronique ou pour litiase pancreatique. J. Chir. 97 : 281 ; 1969
3. HALL T.J., BLACKSTONE M.O., COOPER M.J., HUGHES R.G., MOOSA A.P.: Prospective evaluation of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the diagnosis of periampullary cancers. Ann. Surg. 187 : 313-317 ; 1978
4. SATO T., SAITOH Y., KOYAMA K., WATANABE K.: Preoperative determination of operability in carcinoma of the pancreas and the periampullary region. Ann. Surg. 168 : 876-886 ; 1968
5. SUSUKI T., TANI T., HONJO I.: Appraisal of arteriography for assesement of operability in periampullary cancer. Ann. Surg. 182 : 66-71 ; 1975
6. WARREN W.K., CHOE D.S., PLAZA J., RELIHAN M.: Results of radical resection for periampullary cancer. Ann. Surg. 181 : 534-539 ; 1975
7. NAKI y SATO. Cit. por Mc Cleland R.N.: One stage versus two stage pancreatoduodenectomies for periampullary tumors (Ed.) Surg. Gynec. Obstet. : 1268-1269 ; 1969

8. BRAASCH J.W., CAMER S.J.: Periapillary carcinoma.
Med. Clin. N.A. 59 : 309-313 ; 1975
9. MILLER E.M., DOCKERTY M.B.: Carcinoma in the region
of the ampulla of Vater.
Surg. Gynec. Obstet. 92 : 172 ; 1952
10. GILSDORF R.B., SPANOS P.: Factors influencing morbi-
dity and mortality in pancreatoduodenectomy.
Ann. Surg. 177 : 332-227 ; 1973
11. HINES L.H., BURNS R.P.: Ten years experience treat-
ing pancreatic and periampullary cancer.
Am. Surg. 42 : 441-447 ; 1976
12. GAMBILL E.: Pancreatitis.
The C.V. Mosby Co., St. Louis : 242 ; 1973
13. RE MINE W.A., GAMBILL E., PRIESTLY J.T. et al :
Chronic pancreatitis.
Post Grad. Med. 40 : 721 ; 1966
14. EDMONDSON A.A.: Tumors of the gallbladder and extra
hepatic bile ducts.
Armed Forces Institute of Pathology. Atlas of tumor
pathology.
Section VII : 26 ; 1967
15. ARCHIE J.P., MURRAY A.M.: Benign polypoid adenoma of
the ampulla of Vater.
Arch. Surg. 113 : 180 ; 1978
16. OH C., JEREMIN E.E.: Benign adenomatous polyps of the
papilla of Vater.
Surgery 57 : 495 ; 1965

17. GRIFFEN W.O., SCHAEFER J.W., SCHENDLER S. et al : Ampullary obstruction via benign duodenal polyps. Arch. Surg. 97 : 444 ; 1968
18. CATTELL R.B., PYRTEK L.J.: Premalignant lesions of the ampulla of Vater. Surg. Gynec. Obstet. 90 : 21 ; 1950
19. ANDERSON M.C., GREGOR W.A.: Papilloma of the ampulla of Vater. Am. J. Surg. 102 : 865 ; 1961
20. GOULD V.A., MEMOLI V., CHEJFEC G., JOHANSEN J.V.: The APUD cell system and its neoplasms. Surg. Clin. N.A. 59 : 99 ; 1979
21. Visser P.A., FREISEN S.A.: Uncommon tumors of the APUD system. Surg. Clin. N.A. 59 : 143 ; 1979
22. BARBER P.V.: Carcinoid tumor of the ampulla of Vater associated with cutaneous neurofibromatosis. Post Grad. Med. J. 52 : 514 ; 1976
23. CHILD Ch. G., FRY W.J.: Surg. Clin. N.A. 42 : 1354 ; 1962
24. PORTER M.: Carcinoma of the pancreatoduodenal area. Ann. Surg. 148 : 711 ; 1958
25. MOYER C. et al : Surgery, principles and practice, 2nd. ed. J.B. Lippincott C. ; 1962
26. AKWARI O.E., VAN HERDEN J.A., ADSON M.A., BAGGENSTOSS M.D.: Radical pancreatoduodenectomy for cancer of the papilla of Valter. Arch. Surg. 112 : 451-456 ; 1977

27. BALASEGARAM M.: Carcinoma of the periampullary regions ; a review of a personal series of 87 patients.
Br. J. Surg. 63 : 532-537 ; 1976
28. COUTSOFTIDES T., MC DONALD R.N., SHIBATA H.R.: Carcinoma of the pancreas and periampullary region : a 41 years experience.
Ann. Surg. 186 : 730-733 ; 1977