

Hepático-yeyunoduodenostomía latero-lateral paliativa en el cáncer de páncreas irresecable con riesgo de oclusión duodenal

Dres. Raúl Praderi¹, Nelson Juambeltz², Andrés Colet², Raúl Mori², Fernando Lago², Alejandro Hernández³

Resumen

Para conseguir una buena paliación del cáncer pancreático, conviene realizar una anastomosis hepático-yeyunal bien alta, después de seccionar y abandonar el cabo inferior del colédoco sobre el tumor.

Se evita así la progresión ascendente del mismo por la vaina coledociana, la invasión de la anastomosis, y su obstrucción.

Como el píloro y la primera porción del duodeno no son invadidas por los tumores pancreáticos, se propone efectuar una anastomosis latero-lateral del asa yeyunal con el bulbo duodenal para drenar el contenido gástrico si se produce la obstrucción neoplásica del duodeno en segunda o tercera porción.

Esta técnica pretende sustituir la gastroenterostomía derivativa que se asociaba en los casos en que se prevía la oclusión duodenal

Se ilustra el procedimiento con dos observaciones clínicas de cánceres irresecables cefalopancreáticos.

Un paciente falleció a los 25 días y el otro lleva dos meses de operado.

Palabras clave: Tumores de páncreas
Técnicas quirúrgicas

Summary

In order to achieve good palliation of pancreatic cancer, it is convenient to make a high hepatic-jejunal anastomosis, after sectioning and abandoning the lower end of the choledochus over the tumor.

In this way its ascending progression through the

choledochal sheath, anastomosis invasion and obstruction are avoided.

As the pylorus and first portion of the duodenum are not invaded by pancreatic tumors, authors suggest a latero-lateral anastomosis with the duodenal bulb in order to drain gastric contents if neoplastic occlusion of the second and third portion of the duodenum should occur.

This technique tries to substitute derivative gastroenterostomy, which was associated in cases where duodenal occlusion was expected.

The procedure is explained by means of two clinical cases of non-resectable cephalopancreatic cancer. One patient died 25 days later and the other was operated on two months ago.

Introducción

En los últimos años han mejorado muy poco los resultados de la pancreatoduodenectomía cefálica aunque ha disminuido la mortalidad operatoria⁽¹⁾.

En los tumores de páncreas pocas veces se puede hacer cirugía oncológica pero el tratamiento paliativo de los tumores cefálicos debe ser realizado siempre para tratar la ictericia obstructiva y también la obstrucción duodenal. Este fenómeno puede ser inicial en pocos casos, simultáneo con la ictericia o puede aparecer después de una operación paliativa de derivación biliar si no fue previsto en la operación inicial.

En la Clínica Quirúrgica «3»^(2,3) se ha sistematizado el tratamiento paliativo de estos cánceres, efectuando hepaticoyeyunostomía y gastroenterostomía en caso, todos los pacientes. Obtenemos así sobrevividas más confortables sin prurito y no tenemos que reoperarlos en el breve lapso de vida aceptable que les queda. Con todo hemos conseguido sobrevividas de hasta un año o más; mejores de lo que se obtenían antes con operaciones más simples: coledocoduodenostomías o colecistoyeyunostomías.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3» (Director Prof. Dr. Raúl Praderi). Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo.

1. Profesor de Clínica Quirúrgica. 2. Asistentes. 3. Residente de Cirugía.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de agosto de 1991.

Correspondencia: Dr. Raúl Praderi. Luis P. Ponce 1337 (502). CP

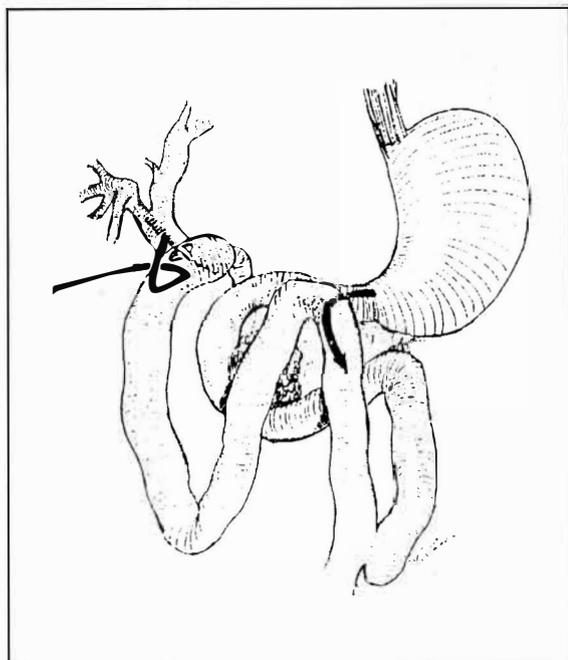


Figura 1. Esquema del caso I.

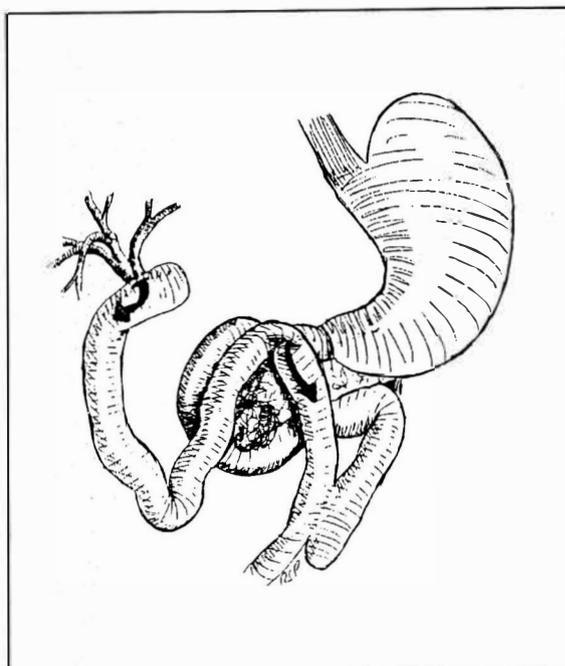


Figura 2. Esquema del caso II.

En un comentario sobre este tema que publicamos el año pasado en la edición española del Tratado Italiano de Oncología ⁽⁴⁾, señalamos que la buena cirugía paliativa del cáncer de páncreas permite prolongar la sobrevida hasta un año o más siempre que se trate de tumores irreseccables aproximándose así a la de los duodenopancreatectomizados con recidiva tumoral.

En la técnica descrita anteriormente por nosotros ⁽⁵⁾ establece una derivación digestiva sin utilizar el estómago aplicando las ideas de Traverso y Longmire ⁽⁶⁾ de preservar el píloro en la pancreatoduodenectomía. Utilizamos este procedimiento porque en varios centenares de cánceres cefalopancreáticos operados por nosotros no hemos visto nunca infiltración neoplásica por encima de la primera rodilla del duodeno. La técnica descrita antes ⁽⁵⁾ requiere la sección del duodeno en D1, ésta puede quedar muy cerca de la llanta pancreática invadida por el tumor. En esos casos hemos realizado esta segunda operación que pasamos a describir.

Técnica

Consiste en efectuar la anastomosis biliodigestiva como ya señalamos; hepaticoyeyunostomía término-lateral sobre un asa diverticular de confección rápida como la que utilizamos para cirugía paliativa desde

1973 ⁽⁷⁾. Se corta y abandona el colédoco y se reseca la vesícula biliar.

A un poco más de 30 cm de esta anastomosis se realiza otra latero-lateral sobre la primera rodilla duodenal, para ello se secciona longitudinalmente el bulbo duodenal hasta la primera rodilla y el asa diverticular en el mismo sentido. Se efectúa luego la sutura en dos planos entre ambos órganos muy cómodamente.

Casuística

Se operaron solamente dos enfermos con esta técnica.

Caso I: I.B. Reg. 75130, Hospital Maciel.

Paciente de 60 años, sexo masculino que ingresa por ictericia fría progresiva con altos valores de bilirrubina directa, signo de Bard y Pic. La ecografía lo confirma y no muestra litiasis, en ella se ven metástasis hepáticas y un grueso tumor pancreático; anemia importante.

En la operación (27/9/90) se confirmó la existencia de metástasis hepáticas y un gran tumor de cabeza de páncreas que amenazaba ocluir el duodeno en la tercera porción. Por esa razón se efectuó solamente una hepático-yeyunostomía latero-lateral, sin sección del colédoco, se dejó un tubo de Kehr para calibrar y efectuar colangiografías y se efectuó luego la anastomosis duodeno yeyunal con la técnica descrita.

La figura 1 muestra la disposición de las anastomosis calcada y la colangiografía posoperatoria.

El paciente aclaró la ictericia casi totalmente, requirió transfusiones por su anemia, no hizo complicaciones quirúrgicas pero falleció súbitamente a los 25 días de operado. No se hizo necropsia. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de adenocarcinoma pancreático.

Caso II: V.A. Reg. 124646. Hospital Maciel.

Paciente de 81 años, sexo masculino que ingresa por ictericia universal fría de un mes de evolución y repercusión general. Delgado con ictericia franca y vesícula tensa palpable, bilirrubina directa de 12.23 mg%, fosfatasa alcalina de 1288 Ul. La ecografía mostró vía biliar intrahepática dilatada, vesícula muy distendida, colédoco 19 mm sin litiasis.

Se opera el día 5/6/91 encontrando un cáncer de páncreas de 5 cm con adenopatías celíacas e invasión portal. Se decide realizar el procedimiento paliativo ya descrito; hepaticoyeyunostomía con nuestra asa y duodenoyeyunostomía latero-lateral sobre la primera porción duodenal. Buena evolución posoperatoria, alta el décimo día. Lleva dos meses de operado, está sin ictericia ni trastornos digestivos.

Comentario

Las operaciones realizadas demostraron que la técnica indicada no plantea dificultades. Una posible complicación ulterior sería la invasión de la anastomosis

por el tumor. El procedimiento descrito antes por Colet y col. es más perfecto, pues el tumor queda desconectado del estómago y la anastomosis duodenoyeyunal.

Con esta segunda técnica no se ocluye el duodeno y es necesario montar un asa diverticular.

La única dificultad del otro procedimiento es el cierre del duodeno distal, lo cual no es posible si el tumor está demasiado cerca de D1. Es decir que esta segunda operación sin sección duodenal se debería realizar en casos de tumores pancreáticos muy altos.

Bibliografía

1. Hess W, Rohner A, Cirenei A, Akovbiantz A. Malattia delle vie biliari e del pancreas. Padova: Piccin 1987: 90.
2. Estefan A, Pomi J, Baldizan J, Pignata D, Praderi R. La hepático-yeyunostomía como procedimiento paliativo en las obstrucciones biliares por cáncer céfalo-pancreático. Cir Uruguay 1981; 51: 131.
3. Praderi R, Estefan A. Tumores y quistes de la vía biliar. Aspectos quirúrgicos. In: Villardell F, Rodés J, Malagelada J et al. Enfermedades digestivas. Madrid: CEA, 1990.
4. Praderi R. Neoplasias de páncreas: papel de la cirugía. En: Veronesi H, Salvadori B. Manual de Oncología Quirúrgica. Buenos Aires: Ateneo, 1991 (20): 382.
5. Colet A, Berhouet H, Juambeltz N, Segura D, Rodríguez G, Praderi R. Un nuevo procedimiento de doble derivación paliativa en el cáncer periampular. Aplicación de la Técnica de Traverso Longmire. Cir Uruguay 1992; 62 (4,5,6): 159-61.
6. Traverso LW, Longmire WP. Preservation of the Pylorus in Pancreatic-Duodenectomy. Surg Gynecol Obstet 1978; 146: 959.
7. Praderi R, Estefan A, Gómez Fossatti C, Mazza M. Dérivations bilio-jéjunales sur anses exclus. Modifications techniques du procédé de Hivet-Warren. Lyon Chir 1973; 69: 459.