

Resección mesentéricoportal en la pancreatometomía por cáncer periampular

Dres. Gustavo Rodríguez^(*), Adriana Gatti^(**), Gerardo Bruno^(***), Oscar Balboa^(****).

Resumen

La duodenopancreatometomía cefálica ha demostrado ser único tratamiento que ofrece la posibilidad de curación frente a los cánceres periampulares.

Los resultados en los últimos años son alentadores, con cifras de mortalidad menores del 5 %, si bien mantiene una morbilidad elevada.

La invasión venosa mesentéricoportal ha sido considerada clásicamente como un factor de irreseccabilidad. Sin embargo este aspecto es actualmente motivo de controversia y son numerosos los autores que defienden la resección venosa portal en el curso de la pancreatometomía si este es el único obstáculo para la resección tumoral. Los autores presentan el caso clínico de un paciente portador de un cáncer periampular con infiltración mesentéricoportal, a quien, se realizó una duodenopancreatometomía total con resección del sector venoso comprometido y un puente venovenoso con prótesis de politetrafluoetileno (PTFE).

A los 16 meses de operado se encuentra con enfermedad controlada.

Palabras clave: páncreas, adenocarcinoma, vena porta, pancreaticoduodenectomía.

Clínica Quirúrgica "3". Facultad de Medicina.
Hospital Maciel.
Departamento de Cirugía del C.A.S.M.U.

Resection in pancreatometry due to periampular cancer

Abstract:

Cephalic duodenopancreatometry has proven to be the sole treatment offering the possibility of cure vis-à-vis periampular cancers.

The results obtained within the last few years are encouraging, with mortality figures under 5%, even though there still exists a high morbidity.

Mesentericoportal venous invasion has classically been considered as an irresectable factor. Nonetheless this aspect is currently a topic of controversy and many are the authors that defend portal venous resection during the course of pancreatometry when this is the sole obstacle preventing tumoral resection.

The authors publish the clinical case of patient suffering from periampular cancer coupled with mesentericoportal infiltration. Total duodenopancreatometry was performed, involving the compromised resection of venous sector and a veno-venous bridge coupled with politetrafluoethylene (PTFE) prosthesis.

After 16 months the patient's disease has been controlled.

Key Words: pancreas, adenocarcinoma, portal vein, pancreaticoduodenectomy.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de setiembre de 1998.

^{*} Profesor Adjunto de Cirugía.

^{**} Asistentes de Clínica Quirúrgica.

^{***} Profesor de Clínica Quirúrgica.

Correspondencia: Dr. Gustavo Rodríguez.
Brunereau 444. Canelones. CP. 90000.

Introducción

En los últimos años, la duodenopancreatectomía ha demostrado ser una operación segura y con cifras de mortalidad operatoria por debajo del 5%, en el tratamiento de los cánceres periamplares^(1,2,3).

La invasión venosa mesentéricoportal ha sido considerada clásicamente como un criterio de irrecesabilidad.

Actualmente este concepto es objeto de debate y son varias las publicaciones^(4, 5, 6, 7) que defienden la resección venosa en el curso de la pancreatomectomía por cáncer cuando hay infiltración vascular, basados en que la morbimortalidad no se incrementa en forma significativa y porque no se ha demostrado que se trata "per se" de un factor pronóstico adverso.

Presentamos un caso en el que se realizó la pancreatomectomía total con resección mesentericoportal a un paciente portador de un cáncer periamplares, que se encuentra con enfermedad controlada luego de 16 meses de operado.

Caso clínico

Hombre de 62 años. Comienza hace un mes con anorexia y adelgazamiento de 4 kg. Hace 15 días agrega ictericia de piel y mucosas, coluria e hipocolia. Prurito moderado. No dolor abdominal ni fiebre.

Examen físico: ictericia de piel y mucosas. Estado general conservado.

Abdomen : hepatomegalia regular, con borde anterior a 3 cm del reborde costal.

Vesícula biliar distendida, tensa e indolora. No esplenomegalia. No ascitis.

Tacto rectal: no hay nódulos en el Douglas; materias acólicas al guante.

Exámenes paraclínicos:

Funcional y enzimograma hepático: hiperbilirrubinemia de 15,20 mg %;

Bilirrubina directa 7,30, indirecta 7,90 mg %.

Fosfatasa alcalina 859 U, gama glutamil transpeptidasa 630 U. Transaminasa glutámico pirúvica (TGP) 450 U. y tansaminasa glutamicooxalacética (TGO) 161 U.

Ecografía abdominal (18/3/97): Dilatación de vía biliar intrahepática; colédoco dilatado, de 16 mm de diámetro. Hígado sin nódulos metastásicos.

En el sector cefalopancreático hay una masa sólida de 2,3 por 2,1 cm.

Tomografía computada abdominal (19/3/97): Vía biliar intrahepática dilatada al igual que el colédoco hasta el sector intrapancreático. La cabeza del páncreas está aumentada de tamaño, con zonas hipodensas, en íntimo contacto con la vena porta, sin un claro plano de separación entre ambos.

E.R.C.P. (26/3/97): estenosis neoplásica de la vía biliar principal en la unión del tercio medio e inferior del colédoco, por debajo del cístico, el cual está permeable rellenándose la vesícula. El conducto de Wirsung impresiona normal.

El resto de la valoración general es normal.

Con el diagnóstico presuntivo de tumor cefalopancreático: probable cáncer de colédoco o de cabeza de páncreas se realiza laparotomía exploradora de coordinación el 4/4/97.

Incisión mediana supra e infraumbilical. No hay ascitis ni nódulos peritoneales.

Hígado de colestasis.

Vesícula biliar distendida al igual que el hepatocolédoco que mide aproximadamente 2 cm de diámetro.

A nivel cefalopancreático se palpa tumoración dura de unos 3 por 3 cm. que infiltra el eje venoso mesentérico portal en su cara posterior, en una extensión de aproximadamente 1,5 a 2 cm.

No adenopatías palpables peripancreáticas ni en el pedículo hepático. Duodenopancreatectomía total con resección del sector venoso comprometido, que incluye la desembocadura de la vena esplénica, lo que determinó la extensión de la resección pancreática.

Puente venovenoso terminoterminal con prótesis de PTFE (Goretex) de 10 mm.

Reconstrucción del tránsito mediante hepaticoyeyunostomía terminolateral con prolene 3-0 y gastroyeyunostomía distal. Drenaje aspirativo subhepático.

Buena evolución postoperatoria.

Hiperglicemias moderadas (2-3 g/lit) que son bien manejadas con insulino terapia. Alta al décimo día postoperatorio.

Diabetes insulino deficiente absoluta tratada con insulina NPH 14 U.I. por día, con buen control metabólico.

Aporte de enzimas pancreáticas por vía oral, que han evitado la insuficiencia pancreática exócrina.

No se realizó tratamiento coadyuvante postoperatorio.

Anatomía patológica: tumor de 38 por 36 por 20 mm de diámetro, indurada, de color pálido, ubicada en la unión de la pared duodenal y la cabeza del páncreas. Se trata de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado que afecta parcialmente la cabeza de páncreas, sin poder definir con certeza si su origen es coledociano o pancreático.

Presenta perineuroinvasión y compromete la subserosa duodenal. No hay ganglios metastásicos y la resección pasa en su totalidad por tejido sano.

A los tres meses de la operación se realizó duplex color de la vena porta que mostró permeabilidad de la prótesis y buen flujo a su nivel.

Control con tomografía computada a los 10 meses que muestra varias imágenes hipodensas a nivel retroperitoneal, informadas como adenopatías.

No hay metástasis hepáticas y se observa claramente la prótesis de goretex.

Actualmente lleva 16 meses de sobrevida, asintomático y con buena calidad de vida.

Discusión y comentarios

La única opción terapéutica que ofrece la posibilidad de curación frente a un cáncer periampular es la resección quirúrgica mediante duodenopancreatectomía cefálica⁽⁸⁾.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza en forma tardía, presentándose como una enfermedad localmente avanzada o con metástasis a distancia. Los índices de resecabilidad tumoral no superan el 15-20 %⁽⁸⁾.

El límite en la resecabilidad está dado frecuentemente por la invasión vascular del eje venoso mesentéricoportal o de la arteria mesentérica superior.

Muchas veces la infiltración venosa mesentéricoportal es el único obstáculo para llevar a cabo la resección, ya que luego de lograr la separación entre la cara anterior de la vena porta y el páncreas, y luego de la sección de éste, puede encontrarse invasión venosa en el sector lateral derecho o posterior de la porta, como ocurrió en este paciente.

Llegado a este punto de la disección no está justificado dejar un medallón de tumor adherido a la vena porta y realizar igualmente la duodenopancreatectomía cefálica ya que los resultados en términos de sobrevida no son mejores que la simple derivación biliodigestiva paliativa⁽⁹⁾.

Luego de la resección venosa es posible realizar un puente veno-venoso con vena yugular interna, vena safena interna o utilizar material protésico tipo politetra fluoetileno PTFE^(4,5).

Según Roder et al. ⁽¹⁰⁾ la resección de la vena porta en las duodenopancreatectomías por tumores periampulares ofrece una sobrevida máxima de 16 meses, con una sobrevida media de 8 meses.

La sobrevida prolongada en nuestro paciente puede explicarse por varios factores:

- 1- probable origen coledociano del tumor.
- 2- grado de diferenciación histopatológico.
- 3- resección oncológica con márgenes negativos.
- 4- ausencia de ganglios metastásicos.
- 5- buen control metabólico de su diabetes insulino deficiente absoluta.

La resección venosa portal en el curso de una duodenopancreatometomía por cáncer fue reportada por Moore en 1951 ⁽¹¹⁾.

La pancreatometomía regional preconizada por Fortner ⁽¹²⁾, incluyendo la resección vascular se acompañó de una elevada morbimortalidad que la desahacreditó.

Sin embargo actualmente son numerosas las publicaciones ^(4, 5, 6, 7, 13) que reportan buenos resultados con la resección venosa portal, que explican las cifras de 15,4% de resecciones venosas en trabajos americanos y hasta un 53,6% en reportes japoneses.

Furhman et al. ⁽⁵⁾ realiza un estudio comparativo en un total de 59 duodenopancreatometomías: realizó 36 sin resección vascular y 23 con resección en block del confluente venoso mesentéricoportal. No encontrando diferencias en lo que respecta a morbilidad, mortalidad, estadía hospitalaria, márgenes positivos tumorales y ganglios positivos entre ambos grupos.

Harrison et al. ⁽⁴⁾ reúne 332 duodenopancreatometomías cefálicas, 58 de las cuales se asociaron a resección venosa portal, y tampoco encuentra diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a la morbimortalidad de ambos grupos.

Del análisis de la literatura consultada ^(3,4,5,6,7,9,13) se puede concluir que en los casos de tumores periampulares con invasión venosa mesentéricoportal puede realizarse la resección vascular en forma segura con una morbimortalidad aceptable ya que no constituye un factor pronóstico adverso "per se", que traduzca una biología tumoral particularmente agresiva, sino que la infiltración venosa estaría determinada por la topografía tumoral.

En el Uruguay fueron operados dos pacientes con resección de vena porta en pancreatometomías por cáncer. Se hizo un injerto de vena femoral derecha en una de ellas que sobrevivió varios meses. La intervención fue realizada en la Clíni-

ca Quirúrgica 3 por el entonces profesor Dr. Raúl Praderi. El otro paciente falleció en el postoperatorio por un accidente eléctrico en el CTI, además se le había resecado la arteria hepática y colocado un injerto.

Bibliografía

1. Trede M.;Schwallg. ; Saeger H.D. Survival after pancreatoduodenectomy:118 consecutive resections without an operative mortality. Ann. Surg. 1990, 211:447-558.
2. Cameron J.L. ; Pill H.A.; Yeo C.J. et al One hundred and forty five consecutive pancreaticoduodenectomies without motality. Ann. Surg. 1993,217: 430- 8.
3. Geer R.J. ; Brennan M.F. Prognostic indicators for survival after resection of pancreatic adenocarcinoma. Am. J. Surg. 1993, 165: 68-73.
4. Harrison L.E.; Klimstra D.S. ; Brennan M.F. Isolated portal vein involvement in pancreatic adenocarcinoma. Ann. Surg. 1996, 224: 342 -9.
5. Fuhrman G.M. ; Leach S.D. ; Staley Ch. et al Rationale for en bloc vein resection in the tretment of pancreatic adenocarcinoma adherent to the superior mesenteric-portal vein confluence. Ann.Surg. 1996, 223 : 154 - 62.
6. Satake K. ; Nishiwaki H.; Yokomatsu H. et al *Surgical curability and prognosis for standard versus extended resection for T carcinoma of the pancreas. Surg. Gynecol Obstet. 1992; 175: 259 - 65.*
7. Manabe T. ; Ohsio G. ; Baba N. Radical pancreatometomy for ductal cell carcinoma of the head of the pancreas.Cancer. 1989; 64: 1132-7
8. Pitt HA. Curative treatment for pancreatic neoplasms. Standard resection. Surg. Clin. North Am. 1995, 75: 891 - 904.
9. Allema J.H. ; Reinders M.E.; Van Gullik et al. Prognosis factors for survival after pancreaticoduodenectomy for patients with carcinoma of the pancreatic head region. Cancer 1995; 75: 2069-76.
10. Roder J.D. ; Stein H.J. ; Siewert J.R. Carcinoma of the periampullary region: who benefits from portal vein resection? Am. J. Surg. 1996; 171:170-4.
11. Moore G.E. ; Sako V.; Thomas L.B. Radical pancreaticoduodenectomy with resection and reanastomosis of the superior mesenteric vein. Surgery 1951; 30: 550-3.
12. Fortner J. G. ; Kim D.K. ; Cubila A. et al Regional pancreatometomy Ann. Surg. 1977; 186:42-50.
13. Ogata V. ; Hishinuma S.; Takahashi S. et al. Indication an results of pancreatometomy with combined resection of vessels for adenocarcinoma of the pancreas. Nippon Geka Gakkai Zasshi 1997; 98: 615-21.