

# Cirugía paliativa del cáncer de cabeza de páncreas

Dres. Gustavo Rodríguez <sup>1</sup>, Gerardo Bruno <sup>1</sup>, Luis Ruso <sup>2</sup>,  
Martín Odriozola <sup>1</sup>, Raúl Praderi <sup>3</sup>

## Resumen

Los autores analizan una serie retrospectiva de doce pacientes portadores de cáncer de cabeza de páncreas, operados en forma sucesiva en el Departamento de Cirugía del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en un período de 26 meses. La edad promedio fue 75,3 años.

En todos los casos se realizó una derivación biliodigestiva; en once pacientes mediante hepaticoyeyunostomía terminolateral sobre asa diverticular tipo Hivet–Warren–Praderi, diez casos con calibrado de la anastomosis y el restante una colecistohepatoyeyunostomía calibrada con tubo de Kehr. En seis pacientes se asoció una gastroyeyunostomía; tres en la primera intervención y tres en diferido por oclusión duodenal.

La sobrevida fue de 12,6 meses. En todos los casos se logró la remisión total y permanente de la ictericia, sin mortalidad operatoria ni colangitis ulterior. Tampoco se constataron trastornos funcionales ni hemorragia digestiva vinculados a la gastroenterostomía.

Se concluye que la hepaticoyeyunostomía terminolateral sobre un asa desfuncionalizada, asociada a una derivación gastroentérica realizada en los pacientes con cáncer

cefalopancreático irresecable, cumple ampliamente con los principios de paliación oncológica, con escasa morbimortalidad y con tiempo de hospitalización breve; constituyendo una excelente opción en los pacientes con expectativa de vida prolongada.

## Summary

The authors analyse a retrospective series of twelve patients with cancer of the head of the pancreas, successively operated on at the Departamento de Cirugía at CASMU during a period of 26 months. Average age was 75,3 years.

Biliodigestive derivation was performed in all cases; eleven patients underwent termino-lateral hepaticojejunostomy on diverticular ansa of the Hivet-Warren-Praderi type, ten underwent anastomosis calibration with Kehr tube. In six patients gastrojejunostomy was associated; during the first operation in three cases and in subsequent ones in three cases due to duodenal occlusion.

Survival was of 12,6 months. Permanent and total remission of jaundice was obtained in all cases, without operative mortality or ulterior cholangitis. Functional disorders or digestive hemorrhage connected to gastroenterostomy were not found.

Authors conclude that terminolateral hepaticojejunostomy on defunctionalized ansa, associated to gastroenterical derivation carried out in patients with unresectable cephalopancreatic cancer, amply covers the principles of oncological palliation therapy, with low morbimortality and brief hospital stay; it

1. Asistentes de Clínica Quirúrgica.

2. Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

3. Ex Profesor Titular de Cirugía General

Jefe del Departamento de Cirugía del CASMU.

Depto. de Cirugía del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

Presentado en la Sesión de Temas libres del 46° Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, 11 de diciembre de 1995.

Correspondencia: Dr. Gustavo Rodríguez. Maldonado 814/502. CP 11.100. Montevideo, Uruguay.

**Tabla 1.** Hepaticoyeyunostomías paliativas por cáncer de páncreas.

Caso	Sexo	Edad	Operación	Sobrevida (meses)
1	Femenino	70	HY y GE Diferidas	24
2	Femenino	79	Prótesis con estenosis a los 7 meses. HY	16
3	Femenino	70	HY y GE Diferidas	11
4	Masculino	69	HY y GE Simultáneas	6
5	Femenino	79	HY y GE Simultáneas	7
6	Masculino	74	HY con TTH	15
7	Femenino	75	HY y GE Diferidas	10
8	Femenino	79	HY Estenosis. TTH	17
9	Masculino	77	HY	5
10	Femenino	82	HY y GE Simultáneas	25
11	Femenino	89	HCY	3
12	Femenino	61	HY	13

HY: hepaticoyeyunostomía; GE: gastroenterostomía; HCY: hepatocolecistoyeyunostomía; TTH: tubo transhepático

*becomes an excellent option for those patients with long life expectation.*

**Palabras clave:** Neoplasmas pancreáticos  
Atención paliativa

## Introducción

El cáncer cefalopancreático es en la mayoría de los casos una enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico<sup>(1)</sup>.

Sólo 15 a 30% serán posibles de un tratamiento resectivo<sup>(2,3)</sup>.

En la mayoría de los casos sólo es posible brindar un tratamiento paliativo que permita mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Los tres síntomas fundamentales a paliar son la ictericia (prurito); la oclusión duodenal y el dolor.

El tratamiento quirúrgico de la obstrucción biliar y digestiva continúa teniendo un papel fundamental en el enfoque terapéutico de los pacientes cuando tienen buen estado general, enfermedad menos avanzada y mejores esperanzas de vida<sup>(1)</sup>.

## Material y método

En el período comprendido entre agosto de 1992 y noviembre de 1994 se realizaron doce hepaticoyeyunostomías paliativas por cáncer cefalopancreático en el Departamento de Cirugía del CASMU (tabla 1).

Nueve pacientes de sexo femenino y tres masculino. El rango etario fue entre 61 y 89 años (promedio 75,3 años). En todos los casos la biopsia del tumor o de adenopatías regionales confirmó el diagnóstico de cáncer pancreático.

En once pacientes se realizó una hepaticoyeyunostomía terminolateral previa sección coledociana con cierre y abandono del cabo distal, montada sobre un asa desfuncionalizada tipo Hivet-Warren-Praderi. La anastomosis fue calibrada en once casos. En ocho de ellos con tubo de Kehr, dejando una rama pasada transanastomótica y en dos pacientes con tubos transhepáticos transanastomóticos.

En un paciente se usó la vesícula como puente entre el hepático común y el yeyuno.

En otro caso no se consideró necesario el calibre anastomótico.

En la mitad de los pacientes se asoció una gastroenterostomía. Tres asociadas a la derivación biliar en la primera intervención y el resto en forma diferida al instalar la oclusión duodenal.

## Resultados

En el grupo de pacientes analizado no hubo mortalidad operatoria.

La ictericia remitió en forma completa en todos los casos y no hubo colangitis ulteriores.

En ningún paciente se observó síndrome de retardo en la evacuación gástrica ni hemorragia digestiva alta.

La sobrevida promedio fue de 12,6 meses con un mínimo de tres y un máximo de 25 meses.

En todos los casos la reinstalación de la vía oral ocurrió entre el tercer y cuarto día; y el promedio de internación fue de siete días.

Un paciente (caso 11), a quien se había realizado una hepato-colecisto-yeyunostomía, fue reoperado con una peritonitis biliar por filtración peritubo de Kehr; vivió tres meses.

## Discusión

El carcinoma cefalopancreático es una enfermedad grave con pocas posibilidades de curación, la que puede ser dada solo por la cirugía resectiva<sup>(1)</sup>.

Al momento del diagnóstico el tumor está confinado a la glándula en 10% de los casos; en 40% de los casos es una enfermedad localmente avanzada y en 50% ya hay diseminación sistémica<sup>(2)</sup>.

Ni los índices de resecabilidad tumoral ni la sobrevida global de los pacientes han variado en forma significativa en los últimos 20 años, aunque se ha logrado abatir a cifras aceptables la morbimortalidad operatoria tanto de los procedimientos resectivos como derivativos<sup>(4)</sup>.

La propuesta de un procedimiento quirúrgico paliativo de la ictericia y la obstrucción duodenal en los tumores irreseccables está plenamente justificada en pacientes con expectativa de vida prolongada (sin metástasis, ni carcinomatosis, con buena condición biológica), mientras que la vía endoscópica queda reservada para casos avanzados de diseminación neoplásica<sup>(1)</sup>.

La paliación quirúrgica del dolor —esplancnecotomía, alcoholización— es un capítulo de fundamental importancia, pero que desborda los objetivos de este trabajo.

### *Tratamiento de la obstrucción biliar*

La confección de una hepaticoyeyunostomía terminolateral sobre asa desfuncionalizada con

abandono del cabo distal tiene como objetivo evitar la progresión tumoral ascendente con invasión secundaria de la anastomosis y obviamente derivar la bilis al tubo digestivo, por lo cual constituye una excelente opción terapéutica<sup>(5)</sup>.

Cuando el hepático remanente es corto, la anastomosis se calibra con tubos de Kehr o tubos transhepáticos<sup>(6)</sup>.

En todos nuestros pacientes logramos la remisión completa de la ictericia, sin recidiva evolutiva ni colangitis posoperatoria.

La colecistoyeyunostomía puede realizarse en casos seleccionados, en los cuales se prevé una corta sobrevida.

Si bien es técnicamente sencilla y demanda un tiempo operatorio breve<sup>(4)</sup> debe montarse sobre un asa desfuncionalizada<sup>(7,8)</sup> para evitar el reflujo y la eventual colecistitis y colangitis secundaria. Van Herden<sup>(9)</sup> realiza la colecistoyeyunostomía sin asa desfuncionalizada y comunica una mortalidad operatoria de 6%, pero de esas muertes 22% fueron causadas por colangitis.

Se debe tener la certeza colangiográfica de que el cístico es de buen calibre y que desemboca en la vía biliar principal a dos o tres centímetros del tumor pancreático, ya que su obstrucción lleva al fracaso de la derivación.

Una variante técnica a tener en cuenta es la utilización de la vesícula como puente entre el hepático común y el yeyuno, haciendo una hepaticolecistoyeyunostomía calibrada con tubo de Kehr que se retira a la Witzel por el asa yeyunal<sup>(7,10)</sup>.

Sarr y Cameron<sup>(11)</sup>, en un análisis retrospectivo de la literatura inglesa, encontraron 8% de ictericia recurrente luego de la colecistoyeyunostomía (CY) frente a 0% de la hepaticoyeyunostomía (HY). No hubo diferencia estadísticamente significativa en la sobrevida: 6,5 meses en los pacientes con HY frente a 5,3 meses para los enfermos derivados utilizando la vesícula biliar.

La sobrevida de nuestra serie de 12,6 meses es alta en comparación con la literatura internacional.

Obviamente la conducta oncológica de estos tumores no es influida por el tipo de derivación que se realice.

Watanapa<sup>(4)</sup> en un metaanálisis de siete trabajos publicados entre 1973 y 1980 reveló un porcentaje de éxitos iniciales de 89% con la CY pero con 20% de ictericia recurrente o colangitis o ambas; mientras que cuando se realizó una coledocoyeyunostomía los buenos resultados se dieron en 97% y la ictericia recurrente solo estuvo presente en 8% de los casos.

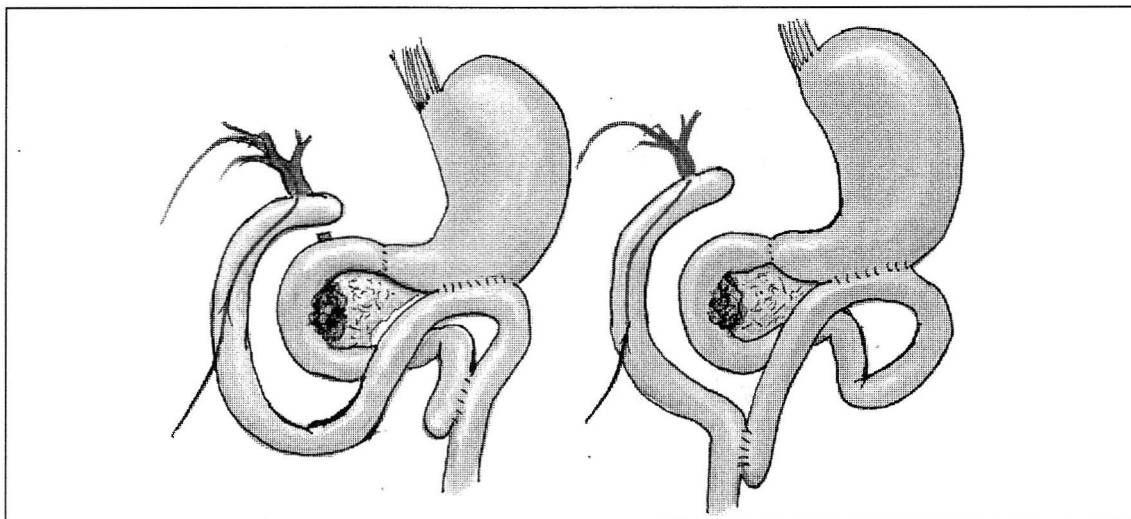


Figura 1. Dos formas de combinar las anastomosis hepaticoyeyunal y gastroyeyunal.

Rosemurgy<sup>(12)</sup>, en un breve estudio comparativo entre ambos procedimientos, reporta una morbilidad similar (superior a 50%), pero con una mortalidad operatoria de 23% para la colecistoyeyunostomía frente a 7% de la coledocoyeyunostomía.

Sarfeh<sup>(13)</sup>, en un estudio prospectivo, concluye que la coledocoyeyunostomía es la mejor paliación para la obstrucción por cáncer de la vía biliar principal. Su morbilidad fue de 18,8% frente a 53% de la CY, la cual fracasó en 47% de los pacientes.

Por otra parte la coledocoduodenostomía no debería utilizarse como procedimiento paliativo de la ictericia, dada la posibilidad de obstrucción neoplásica de la anastomosis por crecimiento tumoral<sup>(5)</sup>, la alta incidencia de oclusión duodenal y la eventual gastritis biliar.

Sin embargo Potts<sup>(14)</sup> realizando coledocoduodenostomía sistemática en los cánceres cefalopancreáticos irresecables presenta una morbilidad de 3% y solo 1,6% de ictericia recidivante. Por el contrario Sing<sup>(15)</sup> relata con este procedimiento ictericia persistente en más de 80% de los casos e ictericia recurrente en un tercio de los pacientes.

Pensamos que estos pacientes merecen una operación más prolongada y un procedimiento más apropiado como la hepaticoyeyunostomía.

#### Tratamiento de la oclusión duodenal

Los cánceres cefalopancreáticos en general obs-

truyen la segunda porción del duodeno, pero sólo 5% tienen oclusión duodenal al momento del ingreso; mientras que la oclusión duodenal secundaria es muy variable en las diferentes series<sup>(4)</sup>, oscilando entre 6% y 34%. Estos hechos generan controversia respecto a la conveniencia de realizar la gastroenterostomía sistemática, o selectiva.

En nuestra serie la oclusión duodenal estuvo presente en 25% de los casos al inicio del cuadro y en otro 25% apareció durante la evolución de la enfermedad.

En una extensa revisión de la literatura<sup>(4)</sup> se concluye que la realización de una gastroenterostomía en el momento de la derivación biliodigestiva no aumenta la mortalidad (12% versus 14%). Sin embargo el análisis individual de series como la de Ubhi<sup>(16)</sup> muestra diferencias importantes en la mortalidad operatoria entre pacientes en los que se realizó la derivación digestiva en la primera operación (14%) y la mortalidad de la segunda intervención para solucionar la oclusión duodenal (31%); también Jacobs<sup>(17)</sup> muestra el doble de mortalidad (14% versus 28%) en las intervenciones por oclusión duodenal evolutiva.

También debe considerarse que entre 13% y 17% de los pacientes a los que se les realiza una derivación biliodigestiva, desarrollan una oclusión duodenal al cabo de 8 a 9 meses<sup>(4,16)</sup>.

No tuvimos mortalidad operatoria en los tres casos reoperados para hacerles una gastroenterostomía, en contraste con la literatura consultada que muestra cifras de hasta 22%<sup>(4)</sup>.

Ningún paciente de nuestro grupo presentó retardo en el vaciamiento gástrico, reinstalándose precozmente la vía oral, en contraste con 20% consignado por numerosos autores<sup>(15,17)</sup>.

El mecanismo determinante del síndrome de retardo del vaciamiento gástrico es desconocido. Algunos pacientes pueden presentar obstrucción parcial de la anastomosis o cerca de ella, mientras que en otros con metástasis ganglionares masivas se plantea la denervación autónoma del estómago. En general el trastorno suele retroceder espontáneamente luego de un período variable de decompresión con sonda nasogástrica.

Creemos que debe realizarse una gastroenterostomía en la primera intervención en aquellos pacientes con expectativa de vida más larga; porque no aumenta la tasa de mortalidad operatoria y evita una segunda intervención, ya que la incidencia de oclusión duodenal evolutiva es alta.

Es evidente y nuestra serie lo demuestra, que al aumentar los meses de sobrevida también aumenta la posibilidad de oclusión duodenal secundaria.

En Uruguay no se han comunicado resultados similares a los mostrados en este grupo de pacientes.

Uno de los autores (RP) ha reoperado a algunos pacientes a quienes se les había realizado colédoco o hepaticoduodenostomías obteniendo sobrevidas de hasta seis meses más con derivaciones sobre asas yeyunales<sup>(18,19)</sup>.

La hemorragia digestiva alta no fue observada en ninguno de nuestros pacientes, aunque esta complicación ha sido reportada en 17% de los casos sometidos a doble derivación biliar y gastroyunal<sup>(4)</sup>.

## Bibliografía

1. **Launois B.** Cirugía paliativa del cáncer de páncreas. In: Lygidakys NJ, Tygat GJ. Cáncer hepatobiliar y pancreático. Barcelona: Doyma, 1992: 322-3.
2. **Reber H, Ashleys, Mc Fadden D.** Curative treatment for pancreatic neoplasms. Radical Resection. Surg Clin North Am 1995; 75: 905-12.
3. **Praderi R.** Papel de la cirugía del cáncer de páncreas. In: Salvadori B, Arrighi A, Andreoni B, Staudacher V, Costa A. Manual de Oncología Quirúrgica. Buenos Aires: El Ateneo, 1991: 382.
4. **Watanapa P, Williamson RCN.** Tratamiento quirúrgico paliativo del cáncer de páncreas: avances conseguidos en las últimas décadas. Br J Surg 1992; 79: 8-20.
5. **Estefan A, Pomi J, Baldizán J, Pignata D, Praderi R.** La hepaticoyeyunostomía como procedimiento paliativo en las obstrucciones biliares por cáncer cefalopancreático. Cir Uruguay 1981; 51: 131-7.
6. **Praderi R, Estefan A, Tiscornia E.** Transhepatic intubation in benign a malignant biliary duct lesions. Curr Probl Surg 1985; 22(12): 1-87.
7. **Praderi R C.** Tratamiento quirúrgico paliativo de los cánceres biliares. Rev Lat Am Cir 1994; 3: 85-92.
8. **Hess W, Rohnera, Cirenei A, Akovbians A.** Dieenkrankungen der gallenwege und der pancreas. Padova: Piccin, 1986.
9. **Van Herden J A, Heath P M, Alden CH R.** Biliary bypass for ductal adenocarcinoma of the pancreas. Mayo Clinic Experience, 1970-1975. Mayo Clin Proc 1980; 55: 537-40.
10. **Praderi R, Gómez Fossatti C, Machado R, Ituño C, Guicheff V, Liard W.** Anastomosis hepatocolicodigestivas. Cir Uruguay 1974; 44: 176-80.
11. **Sarr MG, Cameron JL.** Surgical management of unresectable carcinoma of the pancreas. Surgery 1982; 91: 123-33.
12. **Rosemurgy AS, Burnett CM, Waselle JA.** A comparison of choledoenteric bypass and cholecistoenteric bypass in patients with biliary obstruction due to pancreatic cancer. Am Surg 1989; 55: 55-60.
13. **Sarfeh IJ, Rypins EB, Jakowatz JG et al.** A prospective randomized clinical investigation of cholecistoenterostomy and choledocoenterostomy. Am J Surg 1988; 155: 411-4.
14. **Potts JR, Broughan TA, Hermann RE.** Paliative operations for pancreatic carcinoma. Am J Surg 1990; 159: 72-8.
15. **Sing SM, Longmire WP Jr., Reber HA.** Surgical palliation for pancreatic cancer. The UCLA experience. Ann Surg 1990; 212: 132-9.
16. **Ubhi C S, Doran J.** Palliation for carcinoma of head of the pancreas. Ann R Coll Surg Engl 1986; 68: 159-62.
17. **Jacobs PPM, Van Der Sluis, Wobbes T.** Role of gastroenterostomy in the palliative surgical treatment of pancreatic cancer. J Surg Oncol 1988; 42: 145-9.
18. **Colet A, Sojo E, Beguiristain A, Estefan A.** Complicaciones de la colédocoduodenostomía. Cir Uruguay 1993; 63: 165-9.
19. **Beguiristain A, Pombo G, Palacio JL, Martín L, Praderi R.** Estenosis tardía de hepaticoduodenostomías. A propósito de 5 casos. Cir Uruguay 1993, 63: 165-9.