

Nuevas resecciones pancreáticas

Dr. Carlos Chan, Dr. Luis Montiel

Introducción

Hoy en día se conocen diversos procedimientos estandarizados para patología pancreática, tanto benigna como maligna. Sin embargo, se han desarrollado modificaciones importantes a dichos procedimientos, argumentando una mejoría en la morbi-mortalidad y por tanto, es necesario conocerlos y saber en qué momento podemos hacer uso de ellos. Dentro de dichas modificaciones se encuentra la pancreatoduodenectomía preservadora de píloro frente al procedimiento clásico y la pancreatectomía central para lesiones en el cuello o cuerpo en lugar de una pancreatectomía distal extensa, además de variantes para los procedimientos de resección pancreática en el caso de pancreatitis crónica. En general, estos procedimientos parecen demostrar menor morbilidad sin tener un mayor impacto sobre la mortalidad a corto y largo plazo. Además de estas modificaciones a los procedimientos "clásicos" se ha introducido el abordaje de mínima invasión para prácticamente toda el área hepato-pancreato-biliar, aunque todavía existe la necesidad de realizar más estudios para demostrar un beneficio real y la necesidad de crear una técnica estandarizada para obtener los mismos resultados entre los diferentes centros de entrenamiento.

Cirugía preservadora de píloro

El cáncer de páncreas es la cuarta causa de muerte por cáncer en hombres y la quinta en mujeres. La resección quirúrgica es el único tratamiento con posibilidad de curación aunque sólo se logre en un 20% de los pacientes, esto debido a los estadios avanzados de la enfermedad.^{1,2} El tratamiento estándar ha sido el procedimiento de Kausch-Whipple que consiste en realizar una resección en bloque de la cabeza del páncreas, duodeno, porción del yeyuno superior, vía biliar y vesícula, así como la porción distal del estómago y ganglios linfáticos adyacentes. En centros especializados, se ha logrado una mortalidad menor al 5% pero la morbilidad permanece constante. Se sabe que uno de los problemas que se puede enfrentar es el vaciamiento tardío y la consecuente pérdida de peso postquirúrgico. Para tratar de minimizar este problema se introdujo la resección preservadora de píloro por Watson en 1944, pero no tuvo tanto impacto sino hasta 1978 cuando Traverso y Longmire reportaron menor tiempo quirúrgico, mejoría en el funcionamiento gastrointestinal con

mejor tolerancia a la alimentación y menor estancia hospitalaria.²

Se han presentado ya diversos estudios con resultados diferentes en cuanto a la sobrevida de los pacientes y la morbilidad entre ellos, algunos datos favorecen la pancreatoduodenectomía preservadora de píloro (PDPP) y otros no. La revisión de Cochrane¹ no mostró diferencia con la morbilidad y mortalidad entre los pacientes sometidos a PDPP y pancreatoduodenectomía clásica (PD), aunque sí se observó menor tiempo quirúrgico y menor pérdida sanguínea con la PDPP. Existen varios argumentos en contra de la PDPP, mayor retraso en el vaciamiento gástrico (RVG), margen inadecuado de resección y presencia de úlcera en la anastomosis. En otro metaanálisis realizado sobre 2,822 pacientes (32 estudios),² se encontraron diversos resultados; un estudio presentó mayor RVG con la PDPP y Yeo³ demostró mejoría del RVG con eritromicina en pacientes con PD, aunque no hubo diferencia significativa en su estudio. Por otra parte, existen diferencias en las morbilidades asociadas a los que presentaron RVG con PDPP y eso pudiese explicar la frecuencia encontrada en este grupo de pacientes, sólo el estudio de Jiménez no encontró ninguna asociación predisponente de dicho problema. Se encontró mejoría en la ganancia de peso postoperatorio por un estudio y otro no encontró diferencia, se demostró una incorporación más rápida al trabajo con la PDPP y no hubo evidencia de mayor incidencia de úlcera a nivel de la anastomosis. Si bien el tamaño tumoral era menor en los grupos de PDPP, no hubo diferencia en el estadio de la enfermedad, se demostró así una mejora en el tiempo quirúrgico con menor frecuencia de transfusión sanguínea. Es difícil determinar la presencia del tamaño tumoral con los resultados obtenidos en los 32 estudios, sin embargo, podríamos en general concluir que la PDPP presenta mejor sobrevida y menor morbi-mortalidad.

La introducción de la laparoscopia implica nuevas dificultades técnicas que gracias a las habilidades de los cirujanos especializados en el campo y la innovación tecnológica han hecho factible la opción laparoscópica en la PDPP y PD. Aún se requiere definir las ventajas posibles del procedimiento por lo encontrado en algunos reportes^{4,5} Cho⁶ comparó 15 pacientes sometidos a PDPP abierta y laparoscópico-asistida con

características demográficas similares en ambos grupos, se encontró con significancia estadística que el uso de analgésicos, transfusión sanguínea y tamaño de la incisión fue menor en el grupo de laparoscópico-asistida, por otra parte, el tiempo quirúrgico fue menor en el procedimiento abierto; la ingesta oral, estancia hospitalaria y porcentaje de complicaciones fue igual en ambos grupos.

A diferencia de otros procedimientos en donde la laparoscopia ha demostrado resultados similares en sobrevida, en el páncreas se requieren aún estudios donde se valoren los resultados a largo plazo, si bien hay reportes con el uso de la laparoscopia con resultados similares a los mencionados anteriormente, no se usa de manera general por las dificultades técnicas y una falta de consenso con el abordaje de enfermedad maligna.

Pancreatectomía central

En años recientes, se ha mostrado un aumento de lesiones quísticas o tumores endocrinos encontrados de manera incidental.⁷ Tradicionalmente, lesiones benignas o con bajo potencial maligno en el cuello o cuerpo del páncreas se resecan por medio de pancreatectomía distal o distal extendida. Sin embargo, la función endocrina y exocrina se ve gravemente afectada de acuerdo al parénquima pancreático residual. La enucleación de lesiones endocrinas es el procedimiento de elección, pero cuando éstas son mayores a 2 cm o se encuentran en cercanía con el conducto pancreático, el riesgo de fístula es importante. La pancreatectomía central o media se ha presentado como buena opción terapéutica a este tipo de lesiones, primero descrita en 1957 por Guillemin y Bessot en pacientes con pancreatitis crónica^{8,9} y en 1984 Dagradi y Serio⁷ realizaron la primera pancreatectomía central con indicación oncológica y a pesar de que hay pocas series de casos que permitan valorar resultados oncológicos y seguimiento a largo plazo, se presentan con baja morbilidad y una excelente opción para mantener la función endocrina y exocrina del páncreas, además de la preservación esplénica.

Chan y cols.¹⁰ presentaron pacientes sometidos a pancreatectomía central con buenos resultados al tratar lesiones benignas o de bajo potencial maligno, dentro de las características reportadas necesarias para considerar este procedimiento, es que el tumor mida ≤ 5 cm de diámetro, lesiones benignas o de bajo potencial maligno, lesiones en cuello y un remanente pancreático ≥ 5 cm de longitud. Crippa y cols.⁷ en un estudio bi-institucional, muestran datos de 100 pacientes sometidos a pancreatectomía central comparados con pancreatectomía izquierda extendida; en la pancreatectomía media se obtuvo mayor tiempo quirúrgico, menor pérdida sanguínea, ninguna reoperación pero mayor estancia hospitalaria. En resultados funcionales, los pacientes sometidos a pancreatectomía izquierda extendida presentaron mayor comienzo de diabetes o deterioro de los

mismos y una mayor insuficiencia exocrina. En una variante del procedimiento, Wayne y cols.⁸ demostraron que la pancreatectomía central sin anastomosis es segura, sin presencia de fístula debido a la ausencia de anastomosis entérica y sin comprometer la función pancreática; al respecto se necesitarán estudios prospectivos aleatorios para poder definir mejor estos resultados encontrados.

Otros procedimientos

La pancreatitis crónica es una condición frecuente que conlleva alteraciones sociales y personales en los pacientes que la padecen, su calidad de vida se ve afectada cada que la enfermedad progresa y con ello la presencia de dolor incapacitante. Existen dos tipos de procedimientos para tratarla, los de resección y los de derivación, estos últimos se basan en el diámetro del conducto pancreático, tomando como referencia un conducto mayor de 6 – 7 mm para realizar la derivación; los procedimientos derivativos tienen la ventaja de conservar parénquima y evitar el empeoramiento o desarrollo de insuficiencia pancreática importante. Uno de los procedimientos que se han introducido como alternativa es el procedimiento de Hamburg,¹¹ que se propone principalmente cuando los conductos no están lo suficientemente dilatados, y además permite un mejor drenaje de las ramas secundarias y terciarias, Kutup y cols.¹² presentaron el análisis de 978 pacientes sometidos a esta intervención, la cual consiste en una incisión en forma de "V" en la superficie ventral del páncreas. No presentaron mortalidad y una morbilidad del 17%, 3 con fístula pancreática manejada conservadoramente, el 75% de los pacientes tuvieron liberación completa del dolor y en el 95.5% hubo disminución del mismo. El tiempo quirúrgico y sangrado no presentan diferencia con los otros procedimientos.

La modificación de Berne para el procedimiento de Beger consiste en la apertura de la cápsula anterior al conducto sólo a nivel de la cabeza de páncreas. El objetivo es conservar mayor parénquima pancreático, disminuir tiempo quirúrgico y menor morbilidad. Diversos estudios presentados por Mihaljevic¹³ demuestran menor morbilidad, menor estancia hospitalaria, menor tiempo quirúrgico, aunque un estudio con valoración a 1 año no mostró diferencias en la liberación del dolor, aunque sí en la ganancia de peso. De acuerdo a diversos análisis la modificación de Berne al procedimiento de Beger es una alternativa adecuada para el tratamiento de los pacientes con pancreatitis crónica candidatos a tratamiento quirúrgico.

Seguimos viendo que los mejores resultados sobre los diversos procedimientos en el campo de la cirugía hepato-pancreato-biliar son los realizados en centros de mayor volumen y en manos de cirujanos que se encuentran debidamente entrenados para realizarlos, por lo que siempre será primordial una buena valoración previa del paciente con su padecimiento que dictará el mejor abordaje y el mejor sitio para tratarlo.

Referencias

1. Diener M, Heukaeufer C, Schwarzer G, Seiler CM, Antes G, Knaebel HP, Büchler MW. Pancreaticoduodenectomy (classic-Whipple) versus pylorus preserving pancreaticoduodenectomy (ppWhipple) for surgical treatment of periampullary and pancreatic carcinoma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008; (4).
2. Iqbal N, Lovegrove RE., Tilney B, Abraham AS., Bhattacharya A, et al. A comparison of pancreaticoduodenectomy with pylorus preserving pancreaticoduodenectomy: A meta-analysis of 2,822 patients. *EJSO* 2008; 34: 1237-1245.
3. Yeo CJ, Barry MK, Sauter PK. Erythromycin accelerates gastric-emptying after pancreaticoduodenectomy. A prospective, randomized, placebo- controlled trial. *Ann Surg* 1993; 218: 229-37.
4. Nakamura Y, Uchida E, Nomura T, et al. Laparoscopic pancreatic resection: some benefits of evolving surgical techniques. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2009. DOI 10.1007/s00534-009-0140-4 July 2009.
5. Narula V, Mikami D, Melvin SW. Robotic and laparoscopic pancreaticoduodenectomy A hybrid approach. *JOP* 2009; 12: 1-5.
6. Cho A, Yamamoto H, Nagata M, et al. Comparison of laparoscopy-assisted and open pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy for periampullary disease. *Am J Surg* 2009; 198: 445-449.
7. Crippa S, Bassi C, Warshaw AL, et al. Middle pancreatectomy indications, short- and long-term operative outcomes. *Ann Surg* 2007; 246: 69-76.
8. Wayne M, Neragi-Miandoab S, Kasmin F, et al. Central pancreatectomy without anastomosis. *World J Surg Oncol* 2009; 7: 1-5.
9. Christein JD, Smoot RL, Farnell M. Central pancreatectomy a technique for the resection of pancreatic neck lesions. *Arch Surg* 2006; 141: 293-299.
10. Chan C, Podgaetz E, Torres-Villalobos G, et al. Central pancreatectomy as an indication for various benign pancreatic tumors. *Am Surgeon* 2004; 70: 304-306.
11. Izbicki JR, Bloecher C, Broering DC, et al. Longitudinal V-Shaped excision of the ventral pancreas for small duct disease in severe chronic pancreatitis. *Ann Surg* 1998; 227: 213-19.
12. Kutup A, Vashit Y, Kaifi J, et al. For which type of chronic pancreatitis is the "Hamburg procedure" indicated? *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2009. DOI 10.1007/s00534-009-0184-5 September 2009.
13. Mihaljevic AL, Kleef J, Friess H. Beger's operation and the Berne modification: origin and current results. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2009; DOI 10.1007/s00534-009-0179-2 October 2009.