

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

**PANCREATECTOMIA DISTAL.
ESTUDIO DE 26 AÑOS**

Dr. Angel Piriz Momblant.¹

RESUMEN

Se realiza estudio prospectivo y descriptivo en 23 pacientes egresados del servicio de cirugía general en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo a los que se les realiza la cirugía distal por padecer de alguna enfermedad susceptible al realizarle esta técnica quirúrgica, durante el período comprendido entre enero de 1982 y diciembre de 2008. Tasa: Por cada 10 mil operaciones electivas realizadas en el servicio de cirugía general 10 pacientes tienen una enfermedad pancreática susceptible de realizarle una distal. La edad promedio es de 37 años, con un rango entre los 14-68 años. El sexo masculino alcanza el 52.0 %. Los quistes epiteliales alcanzan el primer lugar con 35.0 % seguido por pancreatitis crónica con 30.4 %. La morbilidad general es de 26.9 %. La fístula pancreática alcanza 4.3 % y la mortalidad global es de 4.3 %.

Palabras clave: PANCREATECTOMÍA/utilización; PANCREATITIS/cirugía; FÍSTULA PANCREÁTICA/cirugía

INTRODUCCION

En 1884 Billroth T. realizó la primera distal. La misma se efectúa en enfermedades benignas y malignas del cuerpo y cola del páncreas. La extensión de la exéresis puede alcanzar hasta 95 % cuando va más allá de la derecha de la vena mesentérica superior y cuando es a su izquierda comprende entre el 10 y el 80 %.

Los resultados obtenidos están en dependencia del tipo de padecimiento que se trate, por lo que los mismos pueden variar de uno a otro. Los buenos resultados publicados por los grupos dedicados a la cirugía pancreática

¹ *Master en Urgencia Médica. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar y Consultante.*

demuestran que es posible realizarla con una mortalidad baja, lo que contribuye a la ampliación y precisión de las indicaciones en la misma.

Debido a la importancia que tiene el páncreas, al no encontrar publicada referencia alguna en la provincia, y pocas en el país, nos decidimos a realizar este trabajo, en el cual damos a conocer nuestra experiencia en 26 años de trabajo en el tratamiento de distintas afecciones pancreáticas susceptibles de realizarle la distal, mostrar el resultado quirúrgico y aumentar la casuística nacional.

METODO

Se realiza estudio prospectivo y descriptivo en 23 pacientes egresados del servicio de cirugía general de Hospital General Docente "Dr. Agosthino Neto" de Guantánamo a los cuales se les realiza pancreatectomía distal por padecer de alguna enfermedad susceptible de realizarle esta técnica quirúrgica, durante el período comprendido entre enero de 1982 y diciembre de 2008.

Para el procesamiento de información se emplean como medida de tendencia central: la media aritmética, como medida de dispersión central: desviación estándar y el rango, como resumen de datos cualitativos se calcula el porcentaje y la tasa.

El dato primario se introduce en una computadora con el paquete estadístico SPSS 11. Los resultados se exponen en tablas para su mejor análisis e interpretación.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se obtuvieron las siguientes tasas:

Por cada 100 mil ingresos en el hospital, 3 pacientes tienen una enfermedad pancreática susceptible de realizarle una pancreatectomía distal.

Por cada 10 mil ingresos en el servicio de Cirugía General, 4 pacientes tienen una enfermedad pancreática susceptible de realizarle una pancreatectomía distal.

Por cada 10 mil operaciones electivas realizadas en el servicio de cirugía general, 10 pacientes tienen una enfermedad pancreática susceptible de realizarle una pancreatectomía distal.

El riesgo de padecer alguna enfermedad susceptible de realizarle al paciente una pancreatectomía distal se mantuvo sin mucha variación durante las décadas de los 80 y 90 con 7 y 5 pacientes respectivamente; en los años de la década del 2000 aumentó a 11 pacientes 48.0 %. Por lo que nos atrevemos a inferir que de mantenerse o incrementarse las condiciones (entre ellas el alcoholismo y el tabaquismo) de la década del 2000 puede aumentar la realización de esta técnica quirúrgica.

La 6ta. década de vida fue la más afectada con 7 pacientes 30.4 %. La edad promedio es de 37 años, con un rango entre los 14-68 años.

Al consultar 6 series¹⁻⁶ con un total de 723 pacientes observamos que el promedio de edad vario entre los 40-57 años con lo cual no coincidimos por ser nuestros pacientes, en sentido general, mas jóvenes. En estas series pudimos constatar que el rango se encontraba entre 17-78 años, encontrándonos, prácticamente, dentro del mismo.

El sexo masculino alcanzó el 52.0 % y el femenino obtuvo el 48.0 % pacientes. Hubo un ligero predominio del sexo masculino sobre el femenino. Fahy³ y Hutchins⁴ informan lo mismo que nosotros, Lillemoe¹ y Ramia⁵ informan un predominio del sexo femenino.

En la Tabla 1 se aprecia que los quistes epiteliales alcanzaron el primer lugar con 8 pacientes 35.0 %, seguido por la pancreatitis crónica con 7 pacientes 30.4 %. Entre los quistes epiteliales se encontraron 4 benignos, 3 de baja malignidad y 1 maligno. Nuestros dos primeros lugares coinciden con los de Ramia⁵, Fleeff⁷ y King⁸ aunque con porcentajes distintos.

Balcom² informa en su trabajo que la pancreatectomía distal realizada en sus pacientes por padecer de pancreatitis crónica disminuyo del 32.0 al 14.0 % $p=0.06$ y su ejecución aumento en los quistes epiteliales pancreáticos de 26.0 a 52.0 % $p= 0.2$ Esto último es debido a que en la pancreatitis crónica se prefieren procederles quirúrgicos derivativos, por sus buenos resultados, a los exeréticos.

A todos nuestros pacientes se les realizó pancreatometomía distal con esplenectomía y el muñón pancreático se suturó de forma manual.

La pancreatometomía distal puede realizarse asociada a esplenectomía o con preservación esplénica. Esta última puede efectuarse con la preservación de vasos cortos para mantener irrigación sanguínea del bazo, acompañada de ligadura y sección de los vasos esplénicos, y la otra forma es con la preservación de arteria y vena esplénica. En la revisión realizada por Ramia⁵, en distintas series, este encontró que la práctica de la pancreatometomía distal con preservación del bazo estaba entre el 16.0 y 58.0%.

La conservación esplénica está fundamentada en evitar la sepsis bacteriana postesplenectomía, la cual es grave pero infrecuente, trastornos hematológicos y disminuye el posible riesgo de la carcinogénesis.^{6,9} La sepsis grave postesplenectomía en el adulto tiene un rango 0.28 -1.9 % y mortalidad 2.2 %.⁶

Por otro lado, técnicamente es más difícil, aumenta tiempo quirúrgico y está asociada a un aumento de las pérdidas sanguíneas procedentes de pequeños vasos tributarios del páncreas.

La conservación esplénica no está exenta de complicaciones como son la trombosis portal, infarto, absceso esplénico y hemorragia.

En la Tabla 2 se observa que 6 pacientes se complicaron con una morbilidad general del 26.0 %. Como complicaciones no específicas de la pancreatometomía distal, la sepsis y el seroma de herida alcanzaron el 8.6 %, respectivamente. Dentro de las complicaciones específicas de la pancreatometomía distal la fístula pancreática se presentó en 1 paciente 4.3 %.

En las distintas series revisadas^{3,5,7,8,10} la morbilidad quirúrgica general se encuentra entre el 10.0 y el 47.0 %, nosotros nos encontramos dentro de ese rango.

La fístula pancreática en series revisadas se encuentra en el rango 3.0 -40.0 %, nosotros nos encontramos dentro de ese rango, pero en los límites inferiores.

Luego de realizada la pancreatometomía distal el muñón pancreático puede cerrarse de varias formas con el objetivo de evitar la fístula pancreática:

- 1.- Cierre por sutura manual.
- 2.- Cierre con máquina grapadora. Luego se puede reforzar con una línea de sutura.
- 3.- Anastomosis pancreaticoyeyunal, término terminal o término lateral.
- 4.- Con parche de seromuscular (yeyuno) o parche libre del ligamento falciforme. Estos se pueden aplicar a sutura manual y a sutura por grapadora.

Los resultados obtenidos con los distintos cierres del muñón pancreático son disímiles.

Knaebel¹¹ en su estudio, meta-análisis, concluyó que la calidad y cantidad de información obtenida para el ensayo son insuficientes para permitir cualquier conclusión firme de cual es la técnica útil y óptima para el cierre del muñón pancreático, aunque hay una tendencia a utilizar el cierre por grapado.

Ferrone¹² en su estudio concluye que la solución de la fístula pancreática después de realizada la pancreatectomía distal es un reto que permanece sin solución.

En nuestro 23 pacientes luego de realizada la pancreatectomía distal ninguno de ellos desarrolló una diabetes mellitus. La tasa verdadera de desarrollo de diabetes mellitus después de efectuada la pancreatectomía distal es desconocida. King⁸ apreció en sus pacientes un 11.2 % de aparición de la diabetes mellitus luego de efectuada la pancreatectomía distal y concluye que su aparición clínica es mínima.

En nuestra serie hubo 1 paciente fallecido con mortalidad quirúrgica global de 4.3 % y fue un traumatizado con varios órganos lesionados, el cual falleció en fallo múltiple de órganos. En las series revisadas^{3,5 7,8,10} la mortalidad oscila 0 % - 4.0 %, nosotros nos encontramos dentro de ese rango.

CONCLUSIONES

- 1.- La morbilidad y mortalidad general se encuentran dentro de rangos informados por otros autores.
- 2.- El muñón pancreático se cerró por medio de sutura manual y solo hubo una fístula pancreática encontrándose esta dentro del rango informado por otros autores.

- 3.- Los quistes epiteliales y pancreatitis crónicas fueron las dos primeras causas para realizar la pancreatectomía distal asociada a la esplenectomía.
- 4.- La edad de los pacientes se halla dentro del rango de los autores consultados, aunque los nuestros son más jóvenes.
- 5.- El sexo masculino no tuvo predominio importante sobre el femenino.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lillemoe KD, Kaushal S, Cameron JL, Sohn TA, Pitt HA, Yeo CJ. Distal Pancreatectomy: Indications and Outcomes in 235 Patients. *Ann Surg.* 1999; 229: 693-700.
2. Balcom J, Rattner D, Warshaw A, Chang Y, Fernandez del Castillo C. Ten year experience with 733 pancreatic resections. *Arch Surg.* 2001; 136: 391-398.
3. Fahy BN, Frey CF, Ho HS, Beckett LB, Bold RJ. Morbidity, mortality and technical factors of distal pancreatectomy. *Am J Surg.* 2002; 183. 237-241.
4. Hutchins RR, Hart RS, Pacifico M, Bradley NJ, Williamson RCN. Long term results of distal pancreatectomy for chronic pancreatitis in 90 patients. *Ann Surg.* 2002; 236: 612-618.
5. Ramia J M, Muffak K, Palomeque A, Mansilla A, Villar J, Garrote D, Ferrón J A. Pancreatectomia corporocaudal: una misma técnica con varias indicaciones. *Cir Esp.* 2005; 77: 22-26.
6. Lee S E, Jang J Y, Lee U K, Kim S W. Clinical Comparison of Distal Pancreatectomy with or without Splenectomy. *J Korean Med Sci.* 2008; 23: 1011-1014.
7. Kleeff J, Diener MK, Z'graggen K, Hinz U, Wagner M, Bachmann J, Zehetner J, Müller MW, Friess H, Büchler MW. Distal pancreatectomy: risk factors for surgical failure in 302 consecutive cases. *Ann Surg.* 2007; 245:573-82.
8. King J, Kazanjian K, Matsumoto J, Reber HA, Yeh MW, Hines OJ, Eibl G. Distal pancreatectomy: incidence of postoperative diabetes. *J Gastrointest Surg.* 2008; 12:1548-53.
9. Chromik AM, Janot M, Sülberg D, Seelig MH, Uhl W. Distal pancreatectomy: radical or spleen-preserving? *Chirurg.* 2008; 79:1123-33.
10. Issekutz A, Belágyi T, Romics L Jr, Oláh A. A novel technique for the closure of the pancreatic remnant using jejunal serosa following distal pancreatectomy. *Magy Seb.* 2006; 59:117-21.

11. Knaebel HP, Diener MK, Wente MN, Büchler MW, Seiler CM. Systematic review and meta-analysis of technique for closure of the pancreatic remnant after distal pancreatectomy. *Br J Surg*. 2005; 92:539-46.
12. Ferrone CR, Warshaw AL, Rattner DW, Berger D, Zheng H, Rawal B, Rodríguez R, Thayer SP, Fernández-del Castillo C. Pancreatic fistula rates after 462 distal pancreatectomies: staplers do not decrease fistula rates. *J Gastrointest Surg*. 2008; 12:1691-7.

TABLA 1. CAUSAS.

ETIOLOGIA	No.	%
Quistes epiteliales	8	35.0
Pancreatitis cronica	7	30.4
Tumor insular	4	17.3
Trauma	4	17.3
TOTAL	23	100.0

TABLA 2. MORBILIDAD.(6 PACIENTES 26.0 %.).

MORBILIDAD	No.	%*
Sepsis herida	2	8.6
Seroma herida	2	8.6
IRA	1	4.3
Shock séptico	1	4.3
Flevitis	1	4.3
Ileo paralitico	1	4.3
Oclusión intestinal	1	4.3
Fístula pancreática	1	4.3

**Calculos realizados en base a n=23.*