

# RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS



UVa

**Autores: B. Pérez Saborido, M. Rodin Rodríguez, J. de Grado Alonso**

## INTRODUCCIÓN

La resección quirúrgica constituye el pilar fundamental del tratamiento del cáncer de páncreas, y dicha resección debe ser completa con márgenes suficientes y asociar una linfadenectomía adecuada. La alta complejidad de la cirugía y la frecuencia e importancia de las complicaciones hacen que sea fundamental disponer de sólidos conocimientos del manejo de los pacientes en el periodo perioperatorio. Por tanto, es necesario que el cirujano disponga de la máxima información de cómo adecuar el manejo de los pacientes. Actualmente la relación entre nuevos diagnósticos y defunciones es del 0,85.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es resumir y unificar las últimas publicaciones sobre variaciones de la técnica quirúrgica de Ca. Páncreas y mostrar los avances en reconstrucción abdominal que han permitido una reducción de la morbimortalidad en este tipo de cirugía.

## EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer de páncreas es la cuarta causa principal de muerte relacionada con el cáncer tanto en hombres como en mujeres. El adenocarcinoma ductal de páncreas (ACDP) es el tipo más prevalente (90% de los tumores malignos de este órgano). Los principales factores de riesgo son: obesidad, tabaco, pancreatitis crónica, antecedentes familiares y factores genéticos hereditarios.

La clínica se caracteriza por una tríada de síntomas: dolor, pérdida de peso e ictericia.

## DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

El marcador sérico más utilizado en este tipo de cáncer es el **CA 19-9**, pero para el diagnóstico definitivo y para la estadificación de la neoplasia, son esenciales las pruebas de imagen. La primera prueba en realizarse es la **ecografía abdominal** que permite ver la lesión pancreática y su repercusión sobre las vías biliares. Para alcanzar el diagnóstico definitivo se debe usar la **tomografía computarizada** con contraste yodado. Se recomienda utilizar el estadije de la AJCC Cáncer Staging.

### T: Tumor primario:

Tx: no puede asegurarse

T0: no evidencia de tumor primario

Tis: carcinoma in situ

T1: tumor limitado al páncreas, de 2 cm o menos

T2: tumor limitado al páncreas, mayor de 2 cm

T3: tumor extendido sin afectación de TC o AMS

T4: tumor afecta a TC o AMS (irreseccable)

### N: Ganglios regionales:

Nx: desconocido

N0: no ganglios afectados

N1: ganglios afectados

### M: Metástasis a distancia:

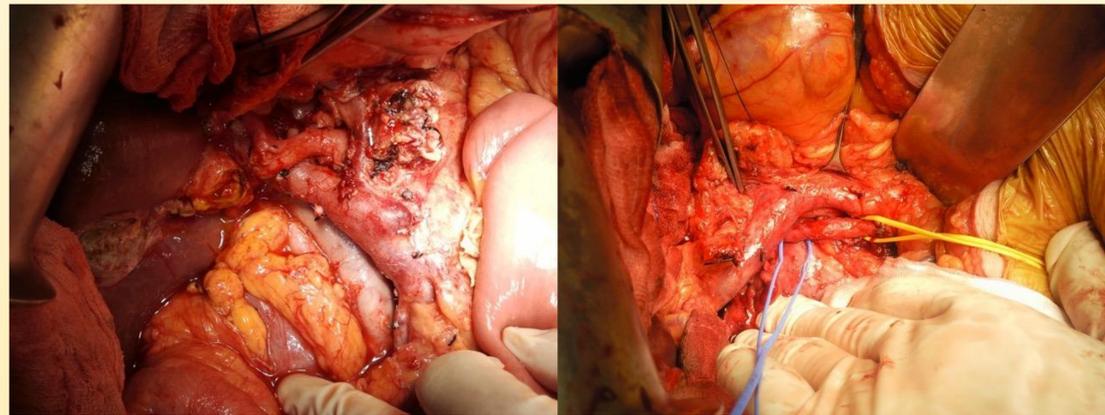
M0: no hay metástasis

M1: metástasis a distancia

## RESECCABILIDAD QUIRÚRGICA DEL TUMOR

En base a los hallazgos radiológicos preoperatorios, se aceptan 3 categorías de reseccabilidad:

- **RESECCABLE:** Tumores localizados dentro del páncreas, sin afectación arterial y/o infiltración venosa de la vena porta o mesentérica superior <180° de la circunferencia del vaso.
- **Intermedia o BORDERLINE:** Aquellos tumores *a priori* no reseccables, que mediante tratamiento neoadyuvante prequirúrgico (radioterapia preoperatoria con 5-Fluorouracilo concomitante) se consigue la reseccabilidad. Se incluyen aquellos con contacto tumoral sólido con la arteria mesentérica superior < 180°.
- **NO RESECCABLE:** Pacientes con metástasis a distancia, tumores que contactan con las con la a. mesentérica superior o con el tronco celiaco > 180° y aquellos con infiltración tumoral o trombosis de la v. mesentérica superior o vena porta, sin posibilidad de reconstrucción tras la operación.



## TÉCNICA QUIRÚRGICA

La resección quirúrgica constituye el pilar fundamental del tratamiento del cáncer de páncreas, la cual debe ser completa, con márgenes suficientes y asociada a una linfadenectomía adecuada. La parte inicial de la intervención es una valoración para determinar la reseccabilidad.

Con respecto a la reconstrucción abdominal tras la extirpación de la masa tumoral, existen dos grandes técnicas que son la pancreaticoyeyunostomía (PY) y la pancreaticogastrostomía (PG). En base a la evidencia actual, se puede concluir que ambas técnicas son equivalentes respecto a sus resultados tanto oncológicos como de morbilidad postoperatoria, y que la elección de una de las 2 técnicas depende de las preferencias del cirujano.

Se han realizado numerosos estudios sobre pequeñas variaciones en la técnica quirúrgica, como la necesidad de hacer una linfadenectomía extendida, la preservación del píloro, los límites que hay que dejar a la hora de extirpar un cáncer de páncreas y diferentes variantes de la PY y de la PG. Ninguna variante ha dado mejores resultados que otra en cuanto a supervivencia y solamente la preservación de píloro ha dado una reducción de la morbilidad postoperatoria. El parámetro que más influye es la destreza del cirujano que realiza la intervención, por tanto tras los resultados obtenidos en los estudios analizados en este trabajo se concluye que no se puede recomendar ninguna técnica quirúrgica frente a otra, y se será el cirujano el encargado de elegir cual utiliza.

## COMPLICACIONES

La pancreaticoduodenectomía es una técnica que asocia una morbilidad de entre el 30 y el 50%. Las complicaciones postoperatorias más importantes son:

- **Vaciamiento gástrico retardado (VGR)** – es la complicación más frecuente, se presenta en el 59% de los intervenidos, aunque solamente en el 12% de ellos es clínicamente relevante.
- **Fistula Pancreática** – no existe una buena técnica quirúrgica que evite esta complicación, pero se ha demostrado que los pacientes con páncreas blando responden mejor con una reconstrucción PG y aquellos con páncreas duro tienen menos complicaciones con una PY.
- **Hemorragia postoperatoria postpancreatectomía (HPP)** – es muy importante debido a su alta mortalidad. La mayoría de las veces es necesario una reintervención para salvar la vida al paciente. Hay que distinguir entre HPP precoz y HPP tardía.

## PRONÓSTICO Y SUPERVIVENCIA

La tasa de supervivencia no supera el 10% a los 5 años. Según la Guía NCCN del cáncer de páncreas, los indicadores más importantes para la supervivencia a largo plazo son: el Estado de los márgenes negativo (R0, resección completa), el contenido del ADN del tumor, el tamaño del tumor, y la ausencia de metástasis en nódulos linfáticos. Cualquier resección incompleta (R1 o R2) debe considerarse como paliativa.

## CONCLUSIÓN

El factor más determinante en el aumento de la supervivencia en los últimos años ha sido la administración generalizada y sistemática de un tratamiento multimodal que combine la resección quirúrgica con nuevos esquemas oncológicos y/o radioterapia.

