

Exéresis de los tumores periampulares

D. Jaeck
K. Boudjema
P. Bachellier
J. C. Weber
T. Asensio
P. Wolf

La exéresis de los tumores periampulares se puede realizar mediante una duodeno-pancreatectomía cefálica, eventualmente con conservación del píloro, o bien mediante una exéresis local (papilectomías, duodenopapilectomías).

Introducción

La exéresis de los tumores periampulares puede realizarse mediante una duodenopancreatectomía cefálica que constituye el tratamiento de elección. La tasa de reseccabilidad de estos tumores se sitúa entre el 60 y el 90 %, mientras que apenas supera el 20 % para los cánceres cefálicos [6] (cuadro I). El informe de Marchal y Hureau presentado en el 80 Congreso francés de cirugía (1978) presenta 556 casos de tumores oddianos [7]. La duodenopancreatectomía cefálica con conservación pilórica está particularmente indicada en estos tumores periampulares, ya que permite respetar los criterios de una exéresis oncológica con pretensiones curativas. Las tasas de supervivencia son netamente superiores a aquellas observadas en los cánceres de inicio pancreático, ya que alcanzan entre un 30 y un 50 % a los 5 años (cuadro II) [1, 3, 7, 8, 9, 10].

Cuadro I.– Tasa de reseccabilidad de los tumores periampulares y de la cabeza del páncreas (según Nakase [6]).

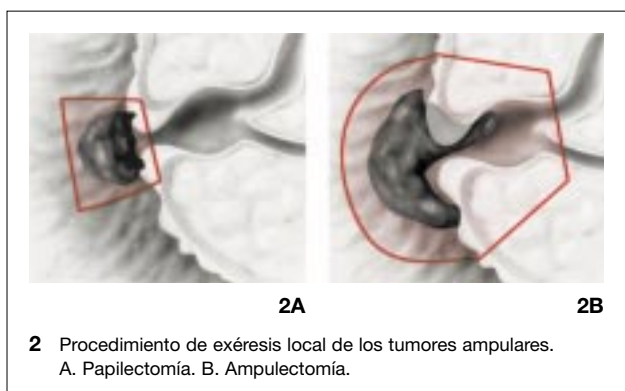
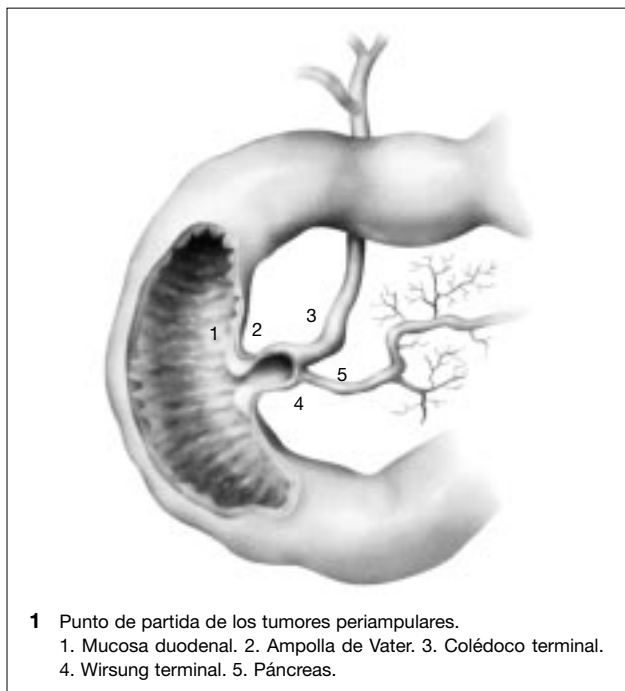
	<i>n</i>	Exéresis	%
Cáncer de cabeza de páncreas	1 819	322	18,3
Cáncer ampular	459	351	76,5
Cáncer de la vía biliar principal	309	101	52,1
Cáncer de duodeno	60	31	62,0

Cuadro II.– Supervivencia a 5 años tras exéresis de los tumores periampulares (en %) [1, 3, 7, 8, 9, 10].

	Cáncer ampular	Cáncer VBP	Cáncer de duodeno	Cáncer de cabeza de páncreas
Chareton	40			
Cohen	38	24	30	0
Neoptolemos	52,1			
Tarazi	37,2			
Warren	32	25	41,3	9
Yamaguchi	28			

VBP: vía biliar principal.

Daniel JAECK: Professeur des Universités, chirurgien des Hôpitaux.
 Karim BOUDJEMA: Professeur des Universités, chirurgien des Hôpitaux.
 Philippe BACHELLIER: Chirurgien des Hôpitaux, praticien hospitalier.
 Jean-Christophe WEBER: Chirurgien des Hôpitaux, Chirurgien-assistant des Hôpitaux.
 Thierry ASENSIO: Chirurgien des Hôpitaux, Chirurgie-assistant des Hôpitaux.
 Philippe WOLF: Professeur des Universités, chirurgien des Hôpitaux.
 Centre de chirurgie viscérale et de transplantation, hôpitaux universitaires de Strasbourg, hôpital de Haute-pierre, avenue Molière, 67098 Strasbourg cedex, France.



La resección de los tumores ampulares puede realizarse igualmente mediante una exéresis local. Ésta se efectúa entonces mediante una duodenotomía en la segunda porción del duodeno. Permite resecar las estructuras afectadas por el proceso tumoral ampular: pared duodenal, colédoco bajo, terminación del Wirsung (fig. 1). Estas exéresis locales pueden clasificarse en dos grupos (fig. 2):

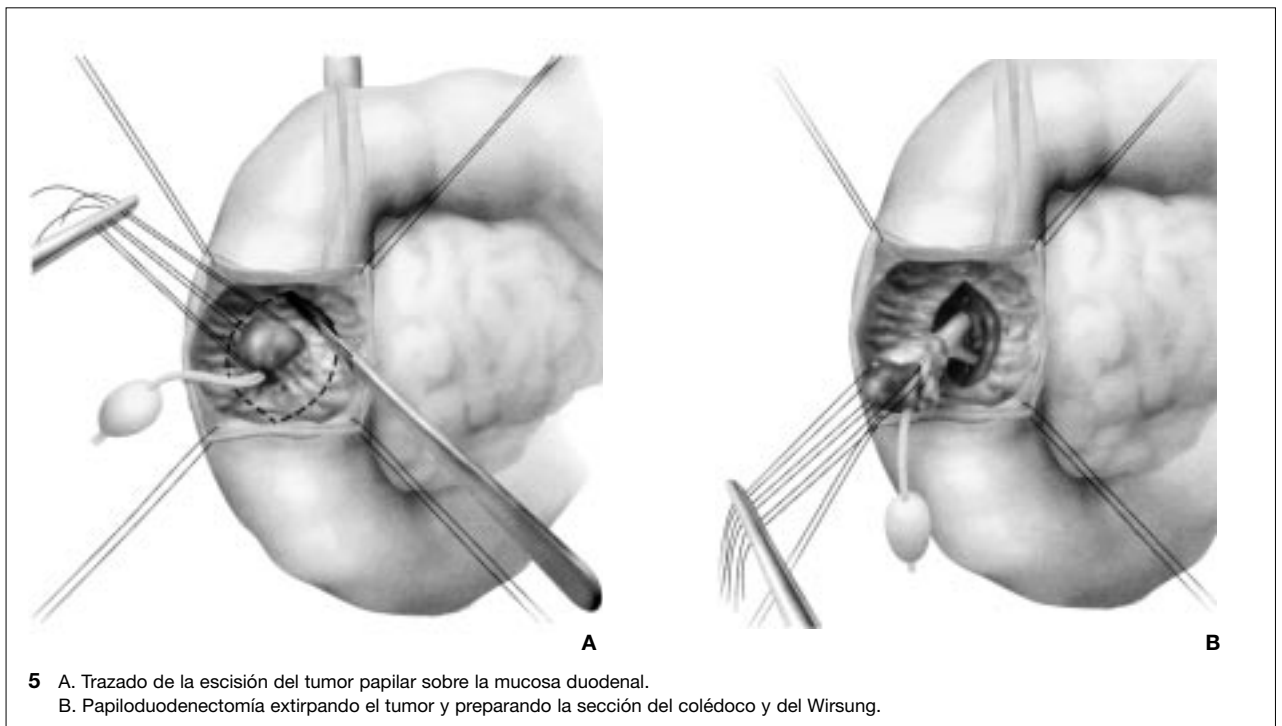
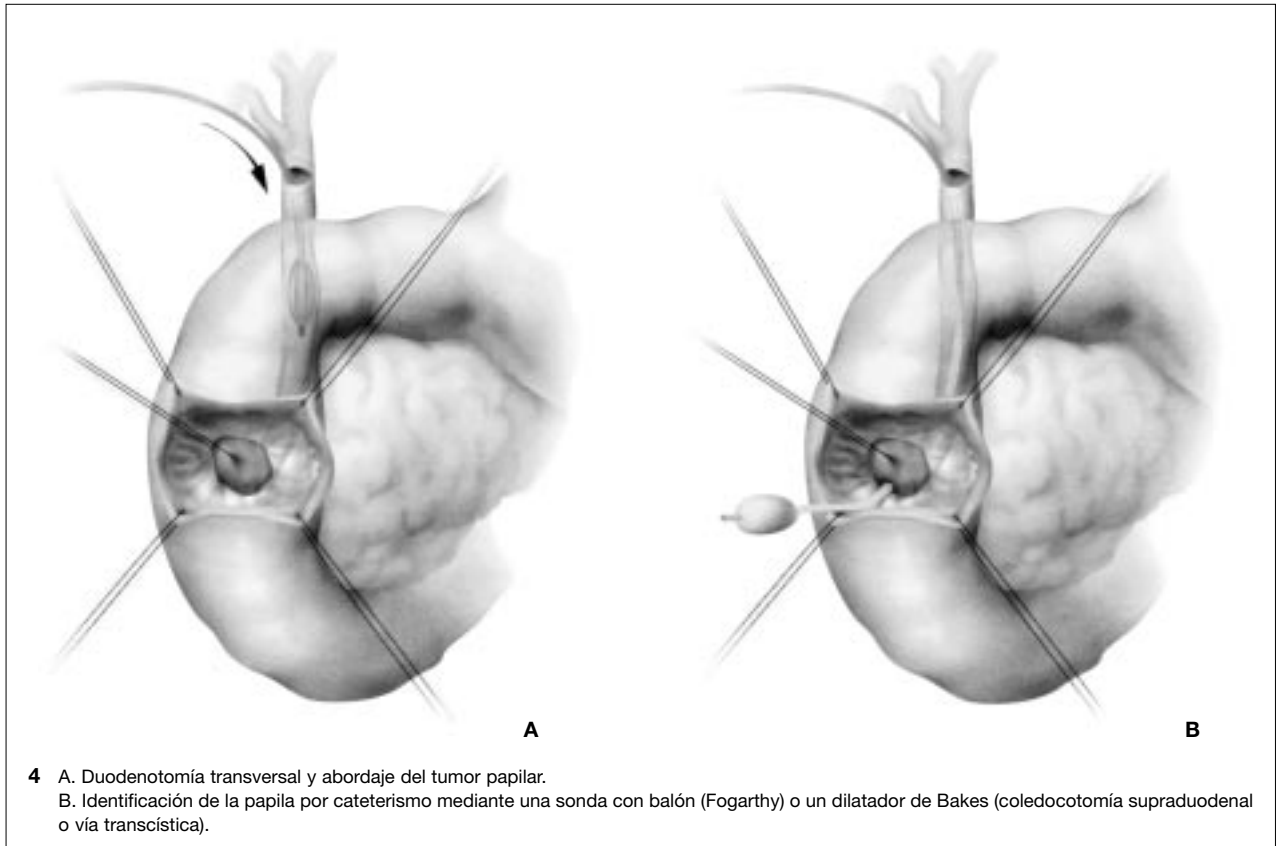
- Las papilectomías dirigidas a los tumores de desarrollo mucoso y fáciles de pediculizar.
- Las duodenopapilectomías o ampulectomías que consisten en una resección claramente más amplia afectando una porción de la pared duodenal, la totalidad de la zona del esfínter de Oddi, seccionando colédoco y Wirsung en sentido proximal de las fibras esfinterianas y conduciendo a una reinserción del conducto biliar y pancreático en el duodeno.

Papilectomía o papilectomía mucosa

El abordaje se realiza por una laparotomía subcostal derecha. La mayoría de las veces, un primer tiempo exploratorio permite palpar el tumor a través de la pared duodenal, apreciar el grado de dilatación de las vías biliares y extirpar las adenopatías del pedículo hepático para verificar su integridad. En caso contrario, debe conside-



rarse la posibilidad de una exéresis mayor. Una maniobra de Kocher (fig. 3) permite movilizar extensamente la segunda y tercera porción duodenal. De este modo, la palpación del tumor entre el pulgar por delante y el índice por detrás, permiten apreciar la consistencia y los límites del mismo. Si la lesión mide más de 2 ó 3 cm de diámetro o si infiltra la cabeza pancreática, puede ser posible una exéresis local. Se practica una duodenotomía, habitualmente transversa, en la segunda porción, y previa localización de la papila (fig. 4A). La hemostasia de la submucosa debe ser cuidadosa con el fin de evitar las molestias de una sufusión hemática. La pared duodenal, siempre frágil, debe manipularse con suavidad. Los hilos de referencia permiten mantener la duodenotomía ampliamente expuesta. La suave presión de la vesícula biliar permite, generalmente, localizar la papila debido a la salida de un chorro de bilis. Por nuestra parte, somos partidarios de proceder a la colecistectomía previa, que proporciona la ventaja de introducir exploradores a través de la vía principal, ya sea a través del cístico o por una coledocotomía supraduodenal. Un dilatador de Bakes fino o una sonda de Fogarty nos facilitarán la localización y exposición de la papila (fig. 4B). Algunos autores proponen la infiltración de la submucosa duodenal periampular con unos centímetros cúbicos de suero con adrenalina antes de proceder a la resección de la misma. Se tracciona el tumor con dos o tres hilos tractores situados en su base, y luego se incide la mucosa duodenal, como mínimo a un centímetro del límite de resección de la lesión (fig. 5A). La exéresis se realiza de forma elíptica con la ayuda de un bisturí simple o bien con el electrobisturí de punta fina, respetando el plano muscular (fig. 5B). El plano de separación submucoso nos conduce al canal común o eventualmente al extremo distal del colédoco y del Wirsung, que se seccionan sin desinsertarlos de la pared duodenal o sea del plano muscular duodenal. Un examen histológico extemporáneo puede confirmarnos que la exéresis se ha realizado en tejido sano. Tal examen es más aconsejable realizarlo con bisturí de hoja para evitar el traumatismo térmico de los tejidos. Finalmente, se procede al cierre de la duodenotomía por medio de una sutura continua extramucosa con hilo de reabsorción lenta. Puede dejarse un drenaje biliar transcístico durante unos días. Ello tiene la ventaja de descomprimir las vías biliares en caso de edema a nivel de la zona de resección y de permitir una opacificación con contraste si se requiere un control posterior.

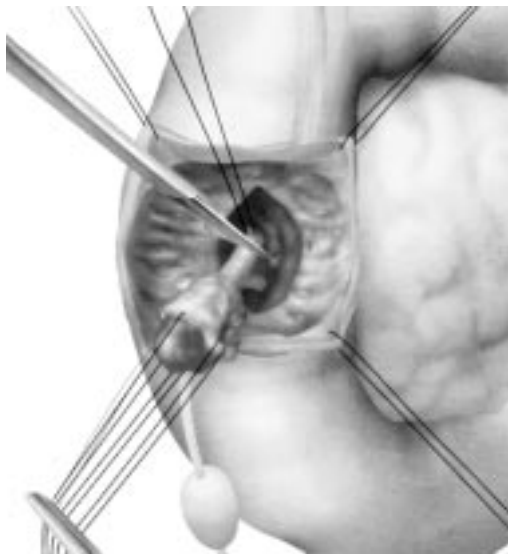


Papiloduodenectomía

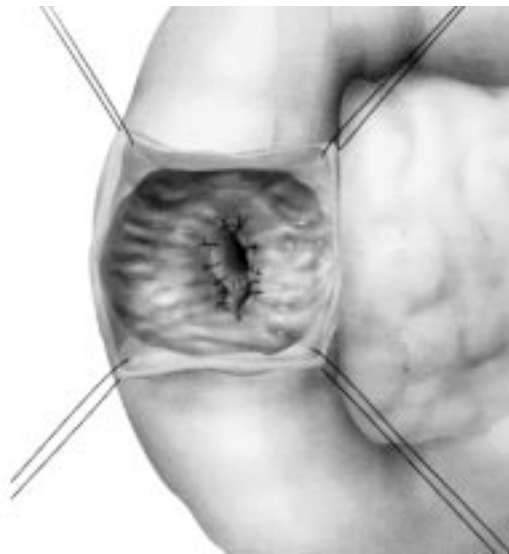
La papiloduodenectomía o ampulectomía fue descrita por Halsted en 1899 [4]. Consiste en reseca la región oddiana junto con una porción de la pared duodenal, la totalidad de la zona esfinteriana, seccionando colédoco y Wirsung en sentido proximal de las fibras esfinterianas, obligando a

menudo a reseca una pequeña porción de parénquima pancreático vecino a los canales y a su confluencia.

Chatelin [2] describió esta técnica dando preferencia a una exéresis programada, anatómica, en vez de una ablación a ciegas con bisturí eléctrico. La exéresis se facilita con la movilización duodenopancreática amplia por medio de una maniobra de Kocher. Se efectúa una duodenotomía transversa, guiada por una localización de la papila como se des-

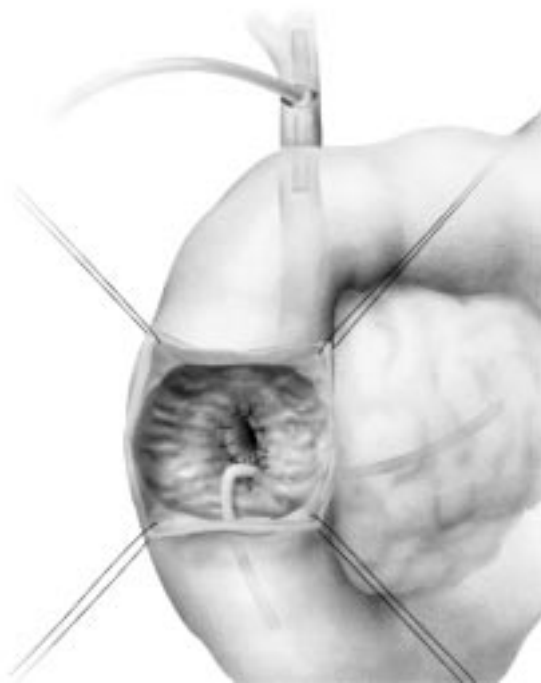


A



B

6 A. Sección progresiva del colédoco que se identifica inmediatamente con ayuda de un hilo.
B. Reimplantación del colédoco y del Wirsung en la pared duodenal.



A



B

7 A. Intubación mediante un catéter abandonado en la anastomosis wirsungoduodenal. Colocación de tubo de Kehr (o transcístico) en la vía biliar principal.
B. Cierre de la duodenotomía (y gastroyeyunostomía laterolateral eventualmente asociada).

cribe más arriba para la papilectomía. Cuatro hilos tractores mantienen la duodenotomía ampliamente abierta y dos hilos tractores permiten realizar una tracción sobre la base del tumor. Se incide la mucosa duodenal con electrobisturí de forma elíptica, pasando al menos a dos cm del tumor. Se secciona entonces la pared duodenal en la zona sana. Es mejor, siempre que sea oncológicamente realizable, evitar seccionar el tejido pancreático. No obstante, en caso de sección pancreática, la hemostasia se realiza mediante puntos de monofilamento 5/0 reabsorbible. El tumor es solamente sostenido por los dos conductos que se seccionan aproximadamente a un centímetro por encima de la lesión: primero el colédoco y después el Wirsung (fig. 6A). Unos hilos

de referencia se colocan en colédoco y Wirsung para su reimplantación. Un examen histológico peroperatorio verifica que la exéresis se ha realizado sobre tejido sano. Aquí también, la sección con bisturí frío facilita este examen en comparación con la utilización del bisturí eléctrico que quema los bordes de sección y dificulta su análisis.

La reimplantación coledocal generalmente se realiza mediante puntos sueltos totales afrontando bien la mucosa duodenal y la luz coledocal, que está frecuentemente dilatada debido al obstáculo tumoral (fig. 6B). El tiempo más delicado es la reimplantación del Wirsung. Su identificación puede resultar más fácil intubándolo mediante un catéter fino; y si es necesario, con una inyección posterior

endovenosa de secretina. La luz del Wirsung y la mucosa duodenal se afrontan mediante puntos de monofilamento 5/0 reabsorbible. Los hilos se pasan y se anudan todos al final. Algunas veces se puede suturar colédoco y Wirsung para constituir un conducto común. El drenaje temporal del Wirsung se puede realizar mediante un dren fino, ya sea perdido (fig. 7A), ya sea exteriorizado a lo Voelker. Por el contrario, el drenaje biliar para nosotros es la regla, ya sea transcístico, ya sea con dren de Kehr. A su función descompresiva se agrega la posibilidad de realizar controles radiográficos ulteriores. La duodenotomía se cierra transversalmente mediante sutura extramucosa en un plano de hilo lentamente reabsorbible 3/0 o incluso grapado con sutura automática (fig. 7B). A la menor duda, no se debe titubear para aliviar esta duodenotomía con una anastomosis gastroyeyunal isoperistáltica, incluso con una gastroyeyunostomía con exclusión duodenal, generalmente asociada con una vagotomía troncular bilateral.

trantes cuyo diámetro sea inferior a 2 cm. Esta técnica se reserva habitualmente para pacientes cuyo estado general o edad hagan que sea demasiado arriesgada una maniobra de exéresis más amplia. Sin embargo, no hay que olvidar que los tumores periampulares tienen un pronóstico claramente mejor que el de los cánceres de cabeza de páncreas y que la duodenopancreatectomía cefálica constituye el tratamiento de elección, incluso en presencia de adenopatías metastásicas cuando éstas sólo afectan a las primeras cadenas peripancreáticas.

Indicaciones

Una exéresis local de los tumores de Oddi puede asegurar su control siempre que se reserve a los tumores no infil-

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: JAECK D, BOUDJEMA K, BACHELLIER P, WEBER JC, ASENSIO T et WOLF P. – Exérèse des tumeurs périampullaires. – *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-880-C, 1998, 6 p.

Bibliografía

- [1] Chareton B, Coiffic J, Landen S, Bardaxoglu E, Campion JP, Launois B. Diagnosis and therapy for ampullary tumors : 63 cases. *World J Surg* 1996 ; 20 : 707-712
- [2] Chatelin CL. Technique de l'ampullectomie. *J Chir* 1969 ; 97 : 465-468
- [3] Cohen JR, Kuchta N, Geller N, Shires GT, Dineen P. Pancreaticoduodenectomy : a 40 year experience. *Ann Surg* 1982 ; 195 : 608-617
- [4] Halsted WS. Contribution to the surgery of the bile passages, especially of the common bile duct. *Boston Med Surg* 1899 ; 141 : 645-654
- [5] Marchal G, Hureau J. Les tumeurs oddiennes (ampulomes vatriens). Rapport présenté au 80^e Congrès Français de Chirurgie (1978). Paris : Masson, 1978 : 1-180
- [6] Nakase A, Matsumoto Y, Uchida K, Honjo I. Surgical treatment of cancer of the pancreas and the periampullary region. Cumulative results in 57 institutions in Japan. *Ann Surg* 1977 ; 185 : 52-57
- [7] Neoptolemos JP, Talbot IC, Carr-Locke DL et al. Treatment and outcome in 52 consecutive cases of ampullary carcinoma. *Br J Surg* 1987 ; 74 : 957-961
- [8] Tarazi RY, Hermann RE, Vogt DP et al. Results of surgical treatment of periampullary tumors : a thirty-five year experience. *Surgery* 1986 ; 100 : 716-722
- [9] Warren KW, Choe DS, Plaza J, Relitan M. Results of radical resection for periampullary cancer. *Ann Surg* 1975 ; 181 : 534-540
- [10] Yamaguchi K, Enjoji M. Carcinoma of the ampulla of Vater : a clinicopathologic study and pathologic staging of 109 cases of carcinoma and 5 cases of adenoma. *Cancer* 1987 ; 59 : 506-515