

## Pancreatectomías

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

*La realización de las exéresis pancreáticas requiere un perfecto conocimiento de las relaciones de esta glándula con los elementos vasculares y biliares que la rodean y también un conocimiento de sus vías de drenaje linfático.*

*Las pancreatectomías cefálicas son, con mucho, las más frecuentes. La operación llamada de Whipple incluye la resección de la cabeza pancreática, el duodeno, una porción variable del estómago distal y los primeros centímetros del yeyuno. El restablecimiento de la continuidad pancreática, biliar y digestiva se realiza habitualmente según Child, es decir, en este orden sobre la primera asa yeyunal. Sin embargo, las variantes son numerosas, en función del lugar de implantación del páncreas y de la importancia de la resección gástrica. La intervención está codificada cuando la patología subyacente no modifica las relaciones de la glándula con los elementos vasculares adyacentes. Se dificulta cuando la vena porta y la parte inferior del pedículo hepático están afectados por el proceso patológico que motiva la exéresis.*

*Las pancreatectomías corporocaudales son más raras y más fáciles. Comportan habitualmente la exéresis en monobloque del cuerpo y la cola de la glándula, así como el bazo para extirpar los ganglios de su hilio. La preservación esplénica es preferible cuando la exéresis pancreática está motivada por una patología benigna. El drenaje del extremo distal del Wirsung cefálico no está indicado más que en casos de duda sobre la permeabilidad de la papila.*

*Las pancreatectomías totales asocian las dificultades de exéresis de las dos técnicas precedentes pero no requieren drenaje pancreático ni tienen riesgo de fístula.*

*Es posible conservar el duodeno en el transcurso de las pancreatectomías cefálicas o totales. Las indicaciones de esta cirugía conservadora son relativamente raras y merecen todavía que la experiencia les de validez.*

*Así, realizar una pancreatectomía requiere técnicas de cirugía digestiva e implica un buen conocimiento de las técnicas de cirugía vascular. En caso de exéresis por cáncer, los principios de la cirugía oncológica merecen ser aplicados.*

Las exéresis pancreáticas están indicadas en circunstancias variadas; lo más frecuente, están dirigidas a tumores malignos, raramente a tumores benignos, tratándose en este caso de tumores endocrinos, con o sin secreción. Las pancreatectomías son igualmente consideradas en el tratamiento de las pancreatitis agudas o crónicas. Finalmente, en ciertos casos, las lesiones traumáticas pancreáticas graves pueden obligar a una maniobra de exéresis. Esta debe ser extensa en caso de tumor maligno con la intención de pasar lejos del tumor, o bien ser mínima en caso de lesión benigna y preservar el bazo en caso de pancreatectomía caudal o consistir en una simple enucleación, por ejemplo, en caso de insulinoma cefálico.

La gran variedad de las lesiones pancreáticas explica que la maniobra de exéresis esté lejos de ser única. Para mayor claridad en la exposición se considerarán sucesivamente.

— Las pancreatectomías derechas cuyo tipo más utilizado es la duodenopancreatectomía cefálica.

— Las ampulectomías o exéresis de la ampolla de Vater.

— Las pancreatectomías izquierdas con o sin preservación esplénica.

— Las pancreatectomías totales, ya se trate de las duodenopancreatectomías totales o de las pancreatectomías más o menos extensas con conservación duodenal.

Hay que destacar de entrada que esta cirugía de exéresis pancreática, de por sí delicada y merecedora de un aprendizaje que no sólo abarca la cirugía digestiva sino también la vascular, ha mejorado sus resultados. En efecto, la morbilidad operatoria y sobretodo la mortalidad han disminuido considerablemente a lo largo del último decenio, especialmente después de exéresis cefálicas. Así, en su serie de 458 duodenopancreatectomías cefálicas, Trede relata una mortalidad postoperatoria global del 2,7 % y una ausencia de mortalidad para las últimas 118 resecciones [15], Cameron [4] aporta resultados análogos. Si el objetivo «mortalidad cero» sigue considerándose ideal, ello es debido sobre

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, chirurgien-assistant des Hôpitaux.  
 Philippe WOLF: Professeur des Universités, chirurgien des Hôpitaux.  
 Centre de chirurgie viscérale et de transplantation, hôpitaux universitaires de Strasbourg, hôpital de Hautepierre, avenue Molière, 67098 Strasbourg cedex, France.

todo a una técnica operatoria rigurosa y segura y a unas indicaciones bien definidas. Es precisamente en el análisis de las indicaciones que Trede [14] evoca en primer lugar a los «nihilistas», quienes recomiendan actos paliativos incluso ante la presencia de lesiones resecables, invocando una elevada mortalidad en las exéresis con una supervivencia a 5 años muy baja. Ésta última varía, en efecto, entre el 2 y el 25 % según las series. En realidad esta tasa depende sobre todo de la localización del tumor y principalmente de su situación yuxtaposada o no, de la variedad histológica, y de la precocidad diagnóstica [6]. En la encuesta multicéntrica nacional sobre el cáncer de páncreas exocrino realizada por la Asociación francesa de cirugía (AFC) [3], las exéresis pancreáticas (cerca de 800 casos) han llegado a una tasa actual de supervivencia a los cinco años de un 11 %. Puede alcanzar el 19 % en ausencia de afectación ganglionar para descender hasta el 3 % en caso contrario. En oposición a los «nihilistas» se sitúan los «activistas» que proponen exéresis ampliadas, asociadas con celolinfadenectomías extensas. Fortner [7] ha preconizado, por primera vez, estas exéresis que ha llamado pancreatectomías «regionales». Se han recomendado las resecciones vasculares en caso de invasión por el tumor, especialmente de la vena porta: inicialmente sin reconstrucción [3], después seguidas de reconstrucción, bien sea por aproximación con la vena mesentérica superior [10] o por interposición de injertos venosos [2, 9, 11, 12].

Las pancreatectomías regionales se han clasificado en tres estadios según Fortner [8] (cuadro I). Sin embargo, los resultados de estas exéresis ampliadas no han estado a la altura de lo que se esperaba y la mayoría de los autores han renunciado a las pancreatectomías regionales de entrada para reservarlas a ciertos casos para los cuales este tipo de exéresis constituye la única oportunidad de curación. Desde entonces se define la tercera actitud, calificada de «realista» por Trede y que reserva las exéresis, parciales o totales, para tumores de pequeño tamaño, resecables en su totalidad, con la esperanza de ser curativa.

**Cuadro I.**— Clasificación de las pancreatectomías regionales (según Fortner [8]).

<b>Tipo 0</b>	Pancreatectomía total (con hemigastrectomía, colestectomía, esplenectomía, celolinfadenectomía retroperitoneal)
<b>Tipo I</b>	Idem además de resección segmentaria de la vena porta
<b>Tipo II</b>	
<b>Tipo IIa</b>	Idem además de resección proximal de la arteria mesentérica superior
<b>Tipo IIb</b>	Idem al Tipo I además de resección del tronco celíaco y/o de la arteria hepática
<b>Tipo IIc</b>	Idem al Tipo I además de resección del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior

Las tasas de supervivencia a los cinco años siguen siendo mediocres pero es importante subrayar que la resección, cuando sea posible, ofrece el mejor paliativo, a falta de ser curativa. Hay que destacar el lugar que merecen ocupar los tratamientos coadyuvantes postoperatorios y especialmente la radio y quimioterapia cuya eficacia, aunque modesta, ha sido sugerida por algunos estudios. [1, 3, 13].

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: JAECK D, BOUDJEMA K, BACHELLIER P, WEBER JC, ASENSIO et WOLF, P. – Pancréatectomies. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-880-A, 1998, 2 p.

## Bibliografía

- [1] Adloff M. Cancer du pancréas exocrine. Paris : Medsi, Mc Graw-Hill, 1991 : 1-191
- [2] Asada S, Itaya H, Nakamura K, Isohashi T, Masuoka S. Radical pancreaticoduodenectomy and portal vein reconstruction. Report of two successful cases with transplantation of the portal vein. *Arch Surg* 1963 ; 87 : 609
- [3] Baumel H, Huguier M. Le cancer du pancréas exocrine. Diagnostic et traitement. Rapport présenté au 93<sup>e</sup> Congrès Français de Chirurgie (1991). Paris : Springer-Verlag, 1991 : 1-186
- [4] Cameron JL, Pitt HA, Yeo CJ et al. One hundred and forty-five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality. *Ann Surg* 1993 ; 217 : 430-438
- [5] Child CG, Holswade GR, Mc Cluse RD, Gore AL, O'Neill EA. Pancreaticoduodenectomy with resection of the portal vein in the macaca mulatta monkey and in man. *Surg Gynecol Obstet* 1952 ; 94 : 31-45
- [6] Crist DW, Cameron JL. Current status of pancreaticoduodenectomy for periampullar carcinoma. *Hepatogastroenterology* 1989 ; 36 : 478-485
- [7] Fortner JG. Regional resection of cancer of the pancreas : a new surgical approach. *Surgery* 1973 ; 73 : 307-320
- [8] Fortner JG, Kim DK, Cubilla A et al. Regional pancreatectomy : en-bloc pancreatic, portal vein and lymph node resection. *Ann Surg* 1977 ; 186 : 42-50
- [9] Lygidakis NJ. Pancreatic surgery today. *Hepatogastroenterology* 1996 ; 43 : 779-784
- [10] Moore GE, Sako Y, Thomas LB. Radical pancreaticoduodenectomy with resection and reanastomosis of the superior mesenteric vein. *Surgery* 1951 ; 30 : 550-553
- [11] Nakao A, Harada A, Nonami T, Kaneko T, Takagi H. Regional vascular resection using catheter bypass procedure for pancreatic cancer. *Hepatogastroenterology* 1995 ; 42 : 734-739
- [12] Sigel B, Bassett JG, Cooper DR, Dunn MR. Resection of the superior mesenteric vein and replacement with a venous autograft during pancreaticoduodenectomy : case report. *Ann Surg* 1965 ; 162 : 941-945
- [13] Tan HP, Smith J, Garberoglio CA. Pancreatic adenocarcinoma : an update - Collective review. *J Am Coll Surg* 1996 ; 183 : 164-184
- [14] Trede M. The surgical options. In : Trede M, Carter DC eds. *Surgery of the pancreas*. London : Churchill-Livingstone, 1993 : 433-442
- [15] Trede M, Schwall G, Saeger HD. Survival after pancreaticoduodenectomy - 118 consecutive resections without an operative mortality. *Ann Surg* 1990 ; 211 : 447-458
- [16] Van Heerden JA, Mc Ilrath DC, Ilstrup DM, Weiland LH. Total pancreatectomy for ductal adenocarcinoma of the pancreas. *Ann J Surg* 1981 ; 142 : 308-311