

Posibles causas del mal pronóstico de los pacientes con neoplasias de páncreas en nuestro medio

Possible causes of bad prognosis of patients with pancreatic neoplasms in our hospital

Dr. Jimmi Ríos Pérez

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal, para investigar posibles causas del mal pronóstico de las neoplasias de páncreas en el Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech, en Camagüey, de 1995–1997. Después del estudio de las historias clínicas, se reunieron las variables necesarias, en el análisis de las mismas se apreció que: el 53, 4 % de los pacientes presentó un tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas superior a los 15 días, el 100 % de ellos fue atendido antes del ingreso, con diagnóstico distinto al de la enfermedad, en el 70 % de los pacientes el diagnóstico al ingreso fue negativo, el 35 % presentó un tiempo preoperatorio superior a los 15 días. La mortalidad perioperatoria fue del 43, 3 %. Durante la investigación se constató la existencia de elementos casuales modificables, dependientes del paciente, del médico que asiste y la institución; elementos a tener en cuenta con el objetivo de mejorar el pronóstico de los pacientes afectos de neoplasia de páncreas.

DeCS: NEOPLASMAS PANCREÁTICOS; PRONÓSTICO.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was carried out with the aim of investigating possible causes of bad prognosis of pancreatic neoplasms at Manuel Ascunce Domenech Provincial Hospital in Camagüey, from 1995 to 1997. After the study of medicine records, necessary variables were gathered with the analysis of them, it was obtained the: 53, 4 % of patients presented an evolution time of clinical manifestations greater than 15 days, 100 % of patients was assisted before admission, with different diagnosis of the disease, in the 70 % of patients the diagnosis at admission was negative, 35 % presented a preoperative time greater than 15 days. Perioperative mortality was 43, 3 %. During investigation, casual elements modifiable dependent of patient, doctor that assists and the objective of improving prognosis of patients suffering for pancreatic neoplasm.

DeCS: PANCREATIC NEOPLASMS; PROGNOSIS.

INTRODUCCIÓN

La frecuencia del cáncer de páncreas ha ido aumentando en los últimos años.² Se plantea que el pronóstico de los pacientes con cáncer de páncreas es particularmente grave, solo el 1 % de éstos pueden curar con los procedimientos quirúrgicos actuales, luego de manifestarse el tumor una supervivencia de cinco años la alcanza menos del 5 %.² En otras series se han obtenido índices de resección alentadores, con mortalidad postoperatoria baja y con índices de supervivencia de cinco años de hasta el 37 %.³⁻⁸

En un estudio realizado en nuestro hospital se recogió un índice de resecabilidad de hasta un 19 %.⁹ ¿Por qué los diferentes resultados? ¿podría ser que además de las características propias de la neoplasia de páncreas influyan otros elementos en el pronóstico de estos pacientes? Dar respuesta a esta interrogante es el objetivo de nuestro trabajo y, en última instancia, influir positivamente en el pronóstico de los pacientes portadores de cáncer de páncreas en nuestro medio.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, entre 1995 y 1997, para conocer las posibles causas del mal pronóstico de los pacientes con cáncer de páncreas confirmado por histología. Se revisaron las historias clínicas de las cuales se obtuvieron las variables: tiempo de evolución de la enfermedad, atención médica previa, diagnóstico al ingreso, tratamiento, técnica, tiempo preoperatorio, mortalidad postoperatoria. Los mismos se expresaron en forma cuantitativa y porcentajes.

RESULTADOS

Los pacientes que padecieron de cáncer de páncreas presentaron un tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas superior a los 15 días en el 43,4 % de ellos; solamente el 23 % acudió al médico en los primeros siete días de iniciadas las manifestaciones clínicas. (tabla 1).

Tabla 1. Tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas de los pacientes con cáncer de páncreas

Tiempo de evolución	No. de pacientes	Porcentaje
Menor o igual a 7 días	7	23,3 %
8-15 días	7	23,3 %
16-30 días	4	13,3 %
Mayor o igual a 31 días	12	40,1 %
Total	30	100 %

Fuente: Encuesta

A los treinta pacientes estudiados, con atención médica previa al ingreso, se les había dado un diagnóstico distinto al de su enfermedad; el de enfermedad gastroduodenal predominó en el 36,7 % de los pacientes. Durante el ingreso en nuestro hospital, el 70 % de ellos presentó diagnósticos distintos al de su enfermedad. (tabla 2)

**Tabla 2. Comportamiento del diagnóstico
clínico al ingreso de los pacientes con
cáncer de páncreas**

Diagnóstico	No. de pacientes	Porcentaje
Positivo	9	30 %
Negativo	21	70 %
Total	30	100 %

Fuente: Encuesta

Recibieron tratamiento quirúrgico solamente 20 enfermos (66, 7 %), en todos los casos se trató de operaciones paliativas, basadas en derivaciones biliodigestivas y gastroentéricas. El tiempo preoperatorio, después de realizado el diagnóstico definitivo, se presentó en el 35 % de los pacientes por encima de los 15 días, a cuatro pacientes se les realizó el diagnóstico en el acto operatorio. (tabla 3).

**Tabla 3. Tiempo transcurrido durante
el preoperatorio de los pacientes con
cáncer de páncreas**

Tiempo	No. de pacientes	Porcentaje
4-7 días	4	20 %
8-14 días	5	25 %
15-22 días	7	35 %
Diagnóstico en la intervención	4	20 %
Total	20	100 %

Fuente: Encuesta

La mortalidad perioperatoria de nuestros pacientes fue del 43, 3 %. De los pacientes con ictericia falleció el 52, 2 % de los tratados antes de los 30 días del postoperatoto. (tabla 4)

Tabla 4. Pacientes con cáncer de páncreas fallecidos antes de los 30 días en los, en relación con la presencia de ictericia

Pacientes	Fallecidos		
	Antes de 30 días	Pasados 30 días	Total %
Ictéricos	12 (52,2 %)	11 (47,8 %)	23 (100 %)
No ictericos	1 (14,2 %)	6 (85,8 %)	7 (100 %)

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

El tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas en las neoplasias del páncreas es variable, según las diferentes series, un estudio reportó seis meses de evolución de las manifestaciones clínicas en el 30 % de los pacientes.¹

Otros estudios concluyen que en la mayoría de ellos existen síntomas antes de ser vistos por primera vez.¹⁰

Este prolongado tiempo de evolución influye negativamente en el pronóstico, pudiera ser el resultado de la valoración no adecuada por parte del paciente de los síntomas con llegada tardía a los servicios de salud.

A lo anterior, se suma que cuando los pacientes asistieron por primera vez al facultativo, este no realizó un diagnóstico de certeza, tratando al paciente por enfermedades distintas a su padecimiento, a pesar de presentar síntomas sospechosos, lo que demoró la atención médica requerida por el paciente.

Durante la admisión el diagnóstico fue impreciso en el 70 % de los enfermos, lo cual provocó aún más dilación en el tratamiento.

Estos pacientes fueron derivados a otros servicios donde tienden a cambiar el enfoque diagnóstico y terapéutico, por lo que llegan a las manos del cirujano con una mayor evolución de su enfermedad y las consecuencias negativas que ésta entraña.

Solamente el 66, 7 % de ellos se sometieron a tratamiento quirúrgico, el que estuvo limitado a operaciones paliativas.

En la bibliografía revisada el porcentaje de realización de este tipo de cirugía oscila entre el 23 % al 70 %.^{1, 2, 8, 11-13}

En nuestro estudio el 100 % de los pacientes recibieron tratamiento paliativo, quirúrgico o médico.

La resección pancreática es la única posibilidad de cura de los pacientes con cáncer de páncreas, nuestros resultados están muy lejos de este objetivo. Diferentes series presentan porcentos de resecabilidad de hasta el 21, 9 %^{3, 6-8}, Sherrellida, del 38 %; Tsuchiya del 99 %.^{14, 15}

Los pacientes operados presentaron una mortalidad perioperatoria elevada. Según la bibliografía, la mortalidad a los 30 días de quienes son objeto de una derivación como único proceder, oscila entre el 3 % y el 9, 3 %.^{3,6,8,10,18,19}

Los pacientes llegan al acto operatorio ya con una enfermedad muy avanzada a causa de los diagnósticos erróneos, al decidirse la operación el período preoperatorio se incrementa perpetuándose la ictericia, con sus efectos adversos para la biología del paciente, sin realizarse el más mínimo proceder para descomprimir la vía biliar, hecho bien justificado en la actualidad.^{1, 10, 11}

De forma general los pacientes que presentaron ictericia sufrieron una mortalidad a los 30 días superior a los no ictéricos, lo que puede explicarse por los efectos de la ictericia prolongada, estadio avanzado de la enfermedad y trauma quirúrgico.

Independientemente de la bien ganada fama de las neoplasias del páncreas, como una neoplasia de alta mortalidad, factores modificables, dependientes del paciente y del médico, en ocasiones carente de la sensibilidad diagnóstica necesaria, y factores dependientes de esquemas de flujo y protocolos de manejo no adecuados, pueden influenciar negativamente en los pacientes con neoplasia de páncreas y sus resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fonseca RM, Calderín JMD. Cáncer de Páncreas. Revisión del tema y presentación de 42 casos operados. Rev Acta Méd. 1988;2(2):116-41.
2. Sánchez P. Adenocarcinoma de Páncreas. ¿Es frecuente su diagnóstico precoz?. Rev Cir Ciruj. 1996;64(6):120-5.
3. Gall FP, Kessler H, Hermanek P. Surgical Treatment of ductal pancreatic carcinoma. Eur J Surg Oncol. 1991;17:173-81.
4. Baumel H, Hugvier Handerscheid JC, Fabre JM, Houry S, Fagot H. Results of resection for cancer of the exocrine pancreas: A study from French Association of Surgery. Br J Surg. 1994;81:102-7.

5. Bakkevold AKE, Arnesjo B, Kambestad B. Carcinoma of the Pancreas and papilla of vater. Assessment of resectability and factor Influencing resectability in stage I carcinomas: A prospective multicentre trial in 427 pets. *Eur J Surg Oncol.* 1992;18:494–507.
6. Russell RCG. Surgical resection for cancer of the pancreas. *Baillines Clin Gastroenterol.* 1990;4:889–916.
7. Trade M, Schwall G, Saeger HD. Survival after pancreatoduodenectomy: 118 resections without an operative Mortality. *Ann Surge.* 1990;4:889–916.
8. Manabe T, Ohlshio G, Baba N. Radical pancreatectomy for ductal carcinoma of the head of the pancreas cancer. *Surgery.* 1989;64:11:32 7.
9. Pila RP, Amador JB. Cáncer de Páncreas: Estudio de 100 casos. *Rev Cubana Med.* 1986;25(5):477–85.
10. Rossif R. Cáncer de Páncreas: Estado actual y perspectivas. *Rev Chilena Cir.* 1996;48(1):3–20.
11. Bramhall S. Tratamiento y supervivencia de 13 560 pacientes con cáncer pancreático e incidencia de dicha enfermedad en las West Midlands: Un estudio epidemiológico. *Br J Surg.* 1995;82:11–115.
12. Rivera M. Cáncer de Páncreas: Experiencias Clínicas de 12 años. *Rev Chilena Cir.* 1997;94(4):373–7.
13. Espinosa RG. Gastroyeyunoanastomosis en el cáncer irresecable de páncreas. *Rev Chilena Cir.* 1996;48(4):343–7.
14. Álvarez C, Livingston EH, Ashley SW, Schwarz M, Reber HA. Cost-benefit. Analysis of the Work-up for Pancreatic Cancer. *A M J Surg.* 1993;165:53–60.
15. Crist DW, Cameron JL. The Current status of the Whipple operation for periampullary carcinoma. *Am Surg.* 1992;25:21–49.
16. Huguier M, Baumel H, Mandercheid JC, Houny S, Fabre JM. surgical Palliation for unreseced cancer of the exocrine pancreas. *Eur J Surg Oncol.* 1993;19:342–7.
17. Neuberger TJ, Wade TP, Swope TJ, Vigo K S, Johnson FE. Palliative operations for pancreatic cancer in the hospitals of the US Department of Veterans of Fair From 1987-1991. *Am J Surg.* 1993;166:632–7.

18. Van Heerden JA, McIlrath DC, Ilstrup DM, Weitand LH. Total pancreatectomia for ductal carcinoma of the pancreas: an update. *World J Surg.* 1988;12:658–62.
19. Tsuchima R, Noda T, Horada N. Collective Review of Small carcinomas of the páncreas. *Ann Surg.* 1986;23:77–81.

Recibido: 3 de marzo de 2002

Aprobado: 12 de junio de 2002

Dr. Jimmi Ríos Pérez. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.