

Caracterización de pacientes con neoplasias primarias del segmento hepatobiliopancreático

Characterization of patients with primary neoplasias of the hepato-bilio-pancreatic segment

Dr. Danilo Romaguera Barroso, Dr. Saint-Surín KénoI, Dr. Walter Lizardo León Goire, Dra. Carmen María Cisneros Domínguez, Dr. Zenén Rodríguez Fernández y Dr. Héctor Rodríguez López

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal de 60 pacientes con cáncer primario del segmento hepatobiliopancreático, operados y egresados vivos del Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde el 2005 hasta el 2011, con vistas a caracterizarles según variables seleccionadas. Entre las localizaciones más frecuentes figuraron: páncreas, hígado, vesícula y vías biliares extrahepáticas, en pacientes de la sexta década de la vida del sexo masculino; aunque el tumor de vesícula biliar prevaleció en las féminas. La estadificación clínica de la mayoría correspondió a las etapas más avanzadas, limitada al tratamiento quirúrgico paliativo. Los pacientes con factores de riesgo deben ser dispensarizados en las áreas de atención primaria de salud para que acudan al nivel secundario en etapas iniciales de la enfermedad, y puedan recibir el tratamiento quirúrgico con intención curativa, lo cual mejora su pronóstico y calidad de vida.

Palabras clave: neoplasia de hígado, vías biliares, páncreas, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, tratamiento quimioterápico, morbilidad, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

An observational, descriptive and longitudinal study of 60 patients with primary cancer of the hepato-bilio-pancreatic segment, operated and discharged alive from the General Surgery Service of "Saturnino Lora Torres" Teaching Provincial Hospital in Santiago de Cuba was carried out from 2005 to 2011, with the aim of characterizing them according to selected variables. Among the most frequent localizations there were: pancreas, liver, vesicle and biliary extrahepatic pathways, in patients of the sixth decade of the life, male sex; although the tumour of biliary vesicle prevailed in the females. The clinical staging of most corresponded to the most advanced states, limited to the surgical palliative treatment. Patients with risk factors should be classified in the primary health care areas, so as to go to the secondary level in initial stages of the disease, and they can receive the surgical treatment with healing purposes, which improves their prognosis and life quality.

Key words: liver neoplasia, biliary pathways, pancreas, diagnosis, surgical treatment, chemotherapeutic treatment, morbidity, secondary health care

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias del segmento hepatobiliopancreático (HBP) se encuentran más comúnmente en órganos previamente enfermos, y diversos factores de riesgo han sido relacionados con su aparición.¹⁻³

Al cáncer de hígado se asocian enfermedades, tales como cirrosis, hepatitis B y C, hemocromatosis, alcoholismo e hipertensión arterial, y la utilización de esteroides androgénicos, particularmente en adolescentes. Entre los factores de riesgo de tumores de vesícula y vías biliares extrahepáticas se encuentran: sexo femenino, asociación con litiasis vesicular, colecistitis aguda y enfermedades parasitarias biliares; mientras que los atribuibles al páncreas son pancreatitis aguda o crónica, diabetes mellitus y aumento exagerado de la masa corporal. También se identifican, entre otras condiciones predisponentes, el hábito de fumar y el uso prolongado de anticonceptivos orales.¹

La variedad histológica predominante de los tumores biliopancreáticos es el adenocarcinoma, con 90-95 % del total, tanto de las neoplasias de páncreas como de vesícula y vías biliares extrahepáticas; sin embargo, en el hígado el carcinoma hepatocelular es el más común.^{1,2}

El diagnóstico clínico de los pacientes con neoplasia HBP a menudo resulta difícil, dadas sus particularidades anatómicas que dificultan la exploración física, y sus síntomas inespecíficos. El íctero es uno de los signos más comunes pero, habitualmente aparece en un estadio avanzado, y en la mayoría de los afectados impulsa a agotar todos los recursos diagnósticos con la finalidad de localizar o descartar cualquier proceso tumoral.

Ahora bien, en el tumor del páncreas es más frecuente el dolor abdominal, aunque la ictericia se manifiesta como síntoma inicial en 50 % de los enfermos. En las neoplasias de vesícula biliar, las manifestaciones clínicas se superponen a las de colelitiasis sintomática o de colecistitis crónica y consisten en dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, ictericia, acolia, coluria y prurito. El síndrome de obstrucción biliar es generalmente de instalación lenta; se observa, además, deterioro del estado general y pérdida de peso. De la misma manera, en las de vías biliares extrahepáticas se incluyen ictericia y dolor en hipocondrio derecho, fiebre y prurito, asociado además, al deterioro del estado general y pérdida de peso.¹⁻³

Tanto la elevación del antígeno carcinoembrionario (CEA) como el marcador tumoral CA 19-9 se consideran estudios complementarios, aunque no son específicos. La medición de cifras de antígeno carcinoembrionario mayores de 4 ng/mL tiene 93 % de especificidad para el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar si se compara con valores de casos controles en pacientes sometidos a colecistectomía por afección benigna de vía biliar; no obstante, su sensibilidad es de solo 50 %. El antígeno sérico más utilizado para el tumor de este segmento es el CA 19-9, que alcanza los valores más altos en neoplasias pancreáticas; la cuantificación de cifras de CA 19-9 mayores de 20 U/mL tiene una sensibilidad de 79,4 % y especificidad de 79,2 %, por lo cual es muy útil en casos de hallazgos imagenológicos ambiguos o indeterminados.⁴

Entre los procedimientos actuales para diagnosticar las enfermedades neoplásicas del segmento HBP figuran: tomografía computarizada (TC) axial o helicoidal, resonancia magnética nuclear (RMN), colangiografía transhepática percutánea (CTP), colangiopancreticografía retrógrada endoscópica (CPRE) y angiografía por sustracción digital, los cuales en opinión de algunos, son más eficaces que la ecografía abdominal para el estudio de los órganos, aunque mucho más costosos. Por ello, la ecografía abdominal debe ser el primer estudio a realizar cuando se sospeche la presencia de un tumor maligno primario en cualquier localización del segmento, pues además de resultar económica y efectiva, permite efectuar la punción percutánea para estudio citológico mediante aspiración con aguja fina (CAAF). La biopsia se ejecuta habitualmente durante la realización de una CTP o una CPRE. El tejido también se puede extraer durante la cirugía. La CPRE ha resultado de gran valor en las neoplasias ampulares, de vías biliares y páncreas.⁵

La prueba de elección para el diagnóstico de neoplasias malignas HBP es la TC axial, que detecta tumores mayores de 2 cm. Una alternativa es la TC helicoidal, debido a que es más sensible. En la actualidad se cuenta con la ecoendoscopia, nueva técnica con mayor sensibilidad (99,0 %) y especificidad (100,0 %) que la TC, especialmente para las lesiones menores de 3 cm, y en particular para las inferiores a 1,5 cm. Esta es la técnica más precisa para diagnosticar el carcinoma de páncreas, debido a la gran capacidad de resolución de imágenes, que permite incluso diagnosticar tumores menores de 5 mm.⁵⁻⁷

Desdichadamente, el diagnóstico de la mayoría de estos tumores se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, y en ocasiones, no se logra confirmar en los periodos preoperatorio y peroperatorio, sino al hacer el análisis histológico de la pieza quirúrgica. El cáncer pancreático suele ser difícil de diagnosticar, en su mayoría recién se detecta en estadios avanzados, cuando ya no puede ser extirpado mediante cirugía y se ha diseminado a otras partes del organismo.⁵⁻⁷

Los principios generales del tratamiento operatorio de las neoplasias malignas HBP suponen algo más que consideraciones técnicas. La determinación del estadio permite decidir cuál es el mejor plan terapéutico y predecir el pronóstico o posibilidad de recuperación del paciente. En cada caso el cirujano debe planificar cuál será el objetivo de la cirugía, valorar las posibilidades razonables para que la terapia tenga éxito, y decidir si realiza una operación radical para la curación o un procedimiento paliativo.

Actualmente, la cirugía es la única opción curativa para los cánceres del segmento HBP, cuando se diagnostican en estadio temprano de la enfermedad. A pesar de la realización de una cirugía radical, los pacientes intervenidos alcanzan bajo porcentaje de durabilidad, debido a una alta tasa de recurrencia local (reaparición de la enfermedad) y a distancia (enfermedad metastásica).⁴⁻⁶

Con la quimiorradioterapia adyuvante, la calidad de vida adecuada a los 5 años y más, evidencia el mejor pronóstico del paciente. Hoy día, en la mayoría de los casos, el tratamiento se protocoliza en busca de uniformidad terapéutica, pues se utiliza radioterapia en combinación con quimioterapia. El 5 fluorouracilo (5FU) es el citostático más empleado para la terapia adyuvante. La gencitabina (Gemzar) es otro quimioterápico que ha ganado importancia en el protocolo internacional, el cual brinda mejoría clínica en 25,0 % de los afectados. La combinación de estos 3 elementos

terapéuticos (cirugía, quimioterapia y radiaciones) es la estrategia que aproxima mejor pronóstico para el tratamiento de estas neoplasias.⁸⁻¹⁰

El protocolo quimioterapéutico (poliquimioterapia) recomendado en las Guías para el Diagnóstico y Tratamiento en Oncología del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de La Habana, que se encuentran vigentes, incluye además de 5-fluoruracilo, cisplastino y doxirrubicina.⁸

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, y teniendo en cuenta los elementos que caracterizan la situación de esta provincia en cuanto al control de los pacientes con neoplasias malignas del segmento hepatobiliopancreático, por la inexistencia de uniformidad en los criterios sobre el diagnóstico que afectan su precocidad y tratamiento, todo lo cual impide establecer bases estadísticas propias, se realizó esta investigación, para caracterizar a los afectados según variables sociodemográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas seleccionadas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal de 60 pacientes con cáncer primario del segmento HBP, operados y egresados vivos del Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde el 2005 hasta el 2011.

El dato primario obtenido de las historias clínicas de los pacientes, extraídas del archivo del Departamento de Registros Médicos del centro fue llevado a una base de datos, y para el procesamiento de la información se empleó el software estadístico profesional SPSS versión 11.0.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra que 53 pacientes (88,3 %) de la serie presentaron enfermedades asociadas y solo 7 (11,6 %) no las tuvieron.

Tabla 1. Pacientes según enfermedades asociadas y localización de la neoplasia

Enfermedades asociadas	Hígado		Vesícula biliar		Vías biliares extrahepáticas		Páncreas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	4	66,7	3	100,0	1	100,0	45	90,0	53	88,3
No	2	33,3					5	10,0	7	11,7
Total	6	100,0	3	100,0	1	100,0	50	100,0	60	100,0

Obsérvese en la tabla 2 que 63,3 % de la casuística mostró síntomas en un tiempo menor de 3 meses antes del diagnóstico de la enfermedad. En las neoplasias de vías biliares extrahepáticas, el diagnóstico siempre se realizó después de 6 meses de haber comenzado los síntomas, mientras que los más precoces (menos de 3 meses luego de los síntomas iniciales) predominaron en las neoplasias pancreáticas, con 35 afectados (70,0 %).

Tabla 2. Pacientes según tiempo de evolución de los síntomas y localización de las neoplasias

Tiempo de evolución de los síntomas (meses)	Hígado		Vesícula biliar		Vías biliares extrahepáticas		Páncreas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 3	2	33,3	1	33,3			35	70,0	38	63,3
3-6	3	50,0	2	66,7			10	20,0	15	25,0
Más de 6	1	16,7	0	0,0	1	100,0	5	10,0	7	11,7
Total	6	100,0	3	5,0	1	100,0	50	100,0	60	100,0

El medio diagnóstico más empleado fue la ecografía abdominal, la cual alcanzó una positividad de 86,7 %, seguida por la tomografía axial computarizada de abdomen que fue positiva en su totalidad (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes según medios diagnósticos utilizados

Medios diagnósticos	Estudios realizados		Positividad	
	No.	%	No.	%
Ecografía abdominal	60	100,0	52	86,7
Tomografía axial computarizada de abdomen	51	85,0	51	100,0
Laparoscopia	18	30,0	5	27,8
Rayos X de estómago y duodeno	7	11,7	2	28,6

En la tabla 4 se muestra la relación entre estadificación clínica y localización de las neoplasias. Los estadios avanzados III y IV agruparon 46 pacientes (76,7 %) y solo 14 (23,3 %) fueron clasificados en el estadio II. Los tumores de vías biliares extrahepáticas siempre estuvieron ubicados en el estadio IV, y los vesiculares en el II. Asimismo, los de páncreas, que fueron los más numerosos, primaron en los estadios III y IV (68,3 %).

Tabla 4. Pacientes según estadificación de la neoplasia y localización

Estadio clínico	Hígado		Vesícula biliar		Vías biliares extrahepáticas		Páncreas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I										
II	2	3,3	3	5,0			9	15,0	14	23,3
III	1	1,7					23	38,3	24	40,0
IV	3	5,0			1	1,7	18	30,0	22	36,7
Total	6	10,0	3	5,0	1	1,7	50	83,3	60	100,0

Se realizó tratamiento curativo radical a 14 pacientes (23,3). En el orden particular los hepatocarcinomas tuvieron una tasa de reseccabilidad de 33,3 %, y las neoplasias de vesícula y páncreas fueron de 100,0 y 18,0 %, respectivamente; mientras que 46 afectados (76,7 %) recibieron tratamiento paliativo (tabla 5).

Tabla 5. Pacientes según procedimiento quirúrgico y localización de la neoplasia

Procedimiento quirúrgico	Hígado		Vesícula biliar		Vías biliares extrahepáticas		Páncreas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Curativo	2	33,3	3	100,0			9	18,0	14	23,3
Paliativo	4	66,7			1	100,0	41	82,0	46	76,7
Total	6	100,0	3	100,0	1	100,0	50	100,0	60	100,0

DISCUSIÓN

En esta serie, el órgano con mayor cantidad de pacientes afectados fue el páncreas, seguido del hígado y la vesícula biliar. Igualmente, primó el grupo etario de 71 años y más. Al respecto, la Sociedad Norteamericana del Cáncer¹ notifica que la edad promedio en el momento del diagnóstico del cáncer de hígado es de 63 años, más de 90 % por encima de 45; aproximadamente 3 % entre 35 y 44, y menos de 3 % por debajo de los 35 años. Estos resultados no coinciden con los obtenidos en este estudio, por cuanto el hepatocarcinoma fue más frecuente en pacientes menores de 60 años.

Con relación al cáncer de páncreas, Sabater *et al*⁴ informan que en una serie de 160 pacientes la edad media fue de $61,7 \pm 13$ años, hallazgo que concuerda con esta investigación donde la edad promedio fue de 63 años. De igual manera, las neoplasias de vesícula biliar notificadas por de la Cruz *et al*² y Ramírez *et al*¹ muestran edades de presentación mayoritarias entre la sexta y séptima décadas de la vida.

En cuanto al sexo, en esta casuística correspondió la primacía al masculino, para una relación hombre/mujer de 1,3/1,0; sin embargo, en el cáncer de vesícula biliar esta relación se invierte de 1,0/2,0 a favor de las féminas y en el de hígado se iguala. Según la Sociedad Norteamericana del Cáncer,¹ existe mayor número de hombres con cáncer de hígado respecto a las mujeres, para una relación alrededor de 1/94. Por su parte, Sabater *et al*,⁴ en su serie muestran predominio del sexo masculino (53,8 %).

Todos los autores consultados coinciden en plantear que la neoplasia de vesícula biliar afecta de manera más común a las mujeres, con una relación aproximada mujer/hombre de 5/1. El número de féminas con este tumor no es despreciable y corresponde a 22,7 % en las series de Ramírez *et al*¹ y de la Cruz *et al*.² También, la totalidad de esta casuística correspondió a mujeres.

Por otra parte, en esta serie la totalidad de los pacientes con neoplasias de vesícula biliar y 90,0 % de las pancreáticas presentaron enfermedades asociadas. La litiasis vesicular estuvo presente en las 3 pacientes con neoplasias de vesícula biliar y una de ellas había tenido episodio de colecistitis aguda. En los 45 afectados con adenocarcinoma de páncreas con enfermedad asociada, el hábito de fumar (como factor de riesgo) estuvo presente en 36,0 %, la diabetes mellitus en 22,0 % y el alcoholismo en 12,0 %. La hipertensión arterial se asoció en todos los pacientes con neoplasias hepáticas y de vías biliares extrahepáticas, así como la cirrosis hepática a los hepatocarcinomas.

Torres *et al*,³ en su estudio sobre incidencia del carcinoma de páncreas señalan que entre las enfermedades y factores de riesgo asociados con mayor frecuencia figuraron: afección biliar litiásica (15,3 %) y abuso del alcohol (11,7 %); además, 8,0 % mostró antecedentes patológicos familiares de cáncer y 7,3 % hacia uso continuado del ácido acetilsalicílico.

Las neoplasias del segmento HBP cursan con una sintomatología bien definida; sin embargo, no siempre lo hacen en un primer momento, pues esconden sus manifestaciones durante meses antes de que se llegue a un diagnóstico certero. En esta serie constituye un importante factor pronóstico la relación entre tiempo de evolución de los síntomas y la localización de las neoplasias.

En la bibliografía médica consultada, el momento de aparición de los síntomas de las neoplasias del segmento HBP, como factor pronóstico, es controversial. Así, para Ramírez *et al*,¹¹ en el cáncer de vesícula biliar, la aparición del dolor y la ictericia son indicativos de una enfermedad neoplásica avanzada, así como la presencia de una masa palpable en el hipocondrio derecho refleja irresecabilidad tumoral. El íctero se considera indicador de extensión de vecindad y casi siempre de infiltración de la vía biliar, circunstancia que implica un pésimo pronóstico. Bartlett *et al*⁹ muestran una serie en la cual 100 % de los afectados con cáncer de vesícula biliar presentaron íctero con tumores no resecables; sin embargo, en esta serie solo se hallaron 3 pacientes con cáncer de vesícula biliar, ninguno presentó íctero en su comienzo, todos fueron resecables y en 2 el diagnóstico anatomopatológico fue incidental.

La Sociedad Norteamericana del Cáncer¹ señala que los síntomas y signos de las neoplasias hepáticas (hepatomegalia, pérdida de peso, falta de apetito, sensación de repletura posprandial, dolor abdominal, aumento de volumen del abdomen, fiebre, náuseas y vómitos) se presentan en etapas avanzadas del proceso morboso.

Los síntomas y signos del cáncer de páncreas definen 4 formas clínicas. La primera consiste en manifestaciones sugestivas de enfermedad biliar (molestias en hipocondrio derecho, e incluso historia de colecistectomía reciente). La segunda corresponde a pacientes que pierden peso sin causa aparente. Un tercer grupo está constituido por los afectados con diabetes mellitus sin historia familiar previa, o en los que empeora una diabetes ya conocida; y la cuarta forma es la aparición de dolor de tipo ulceroso pero con una endoscopia oral normal.⁶

Estas formas no específicas, no significativas del cáncer de páncreas, pudieran ser las verdaderamente precoces y las que tendrían mejor pronóstico al corresponderse con un pequeño tumor de 2 cm localizado en el páncreas sin la existencia de metástasis ganglionar ni invasión a órganos vecinos.¹⁰

Clásicamente, los síntomas y signos del cáncer de páncreas están relacionados con el sitio donde se implanta el tumor: si existe en la cabeza, la ictericia obstructiva es el signo predominante; en el cuerpo y cola, prima el dolor abdominal irradiado a la espalda. Se consideran los signos de peor pronóstico: la ictericia acompañada de una masa tumoral palpable en hipocondrio derecho, vesícula distendida (signo de Courvoisier), edemas o abdomen distendido.¹⁰

En esta serie 63,3 % de los pacientes cursaron con estas características clínicas y el diagnóstico se realizó cuando tenían menos de 3 meses de aparición de los síntomas iniciales; el resto (36,7 %) más de 3.

La ecografía abdominal se destacó como el medio diagnóstico utilizado en todos los pacientes y alcanzó una positividad de 86,7 %. La TC de abdomen, que mostró una positividad de 100 %, no pudo realizarse a todos los afectados, debido a que no estuvo siempre disponible el equipo por causas institucionales. Resulta importante señalar que durante la investigación no se pudo contar con la CPRE, examen que alcanza

100 % de positividad para el diagnóstico de los tumores pancreáticos y de vías biliares extrahepáticas.

En la investigación de Savío *et al*¹² la CPRE obtuvo 94,0 % de sensibilidad diagnóstica, mientras que la TC y la ecografía abdominal alcanzaron 83,0 y 78,0 %, respectivamente. En otra revisión sobre los medios diagnósticos para los tumores del segmento HBP se aprecia que en 70,0 a 85,0 % de los pacientes el diagnóstico imagenológico se realiza mediante TC, la cual llega a alcanzar una sensibilidad mayor de 87,0 %. Cuando se emplea la tomografía con emisión de positrones (TEP) asociada a la tomografía axial o helicoidal para detectar metástasis, la sensibilidad puede llegar desde 57,0; 61,0 y hasta 87,0 % si se emplean estos estudios individualizados, asociados y con contraste, respectivamente.⁷

Respecto al diagnóstico histológico, en la serie predominó el adenocarcinoma seguido del hepatocarcinoma; solo apareció un linfoma pancreático como expresión de una variedad histológica diferente (1,7 %) y se diagnosticó un colangiocarcinoma. Estos resultados coinciden con los referidos por la Sociedad Norteamericana del Cáncer,¹ que señala al hepatocarcinoma como la forma más común del tumor primario del hígado en adultos, pues alrededor de 3 de cada 4 cánceres originados en este órgano corresponden a este tipo histológico.

Pérez *et al*¹⁰ notificaron que de 90-95,0 % de los tumores pancreáticos de su serie se desarrollaron en la porción exocrina del páncreas, como adenocarcinomas ductales. Hurtado *et al*,⁸ hallaron 797 tumores malignos de páncreas; al especificar la variedad histológica, señalaron que 100 % correspondieron a carcinomas (92,0 % adenocarcinomas y 6,9 % indiferenciados).

Las estadísticas de Ríos *et al*¹³ sobre factores pronósticos del cáncer de vesícula biliar muestran una serie de 226 pacientes con carcinoma de vesícula, que se encontraron en diferentes estadios: 7 (3,1 %) en el 0; 9 (8,4 %) en el I; 21 (9,3%) en el II; 61 (27,0 %) en el III y 118 (52,2 %) en el IV. En esta serie hubo solo 3 pacientes con carcinoma vesicular, todos en estadio II.

Te Velde *et al*,¹⁴ en un análisis de resecciones pancreáticas que contempló 45 pacientes, encontró el mayor número de tumores resecaados en el estadio III, con 30 afectados y 8 en estadio II, lo cual se asemeja a los resultados de este estudio donde 38,3 y 15,0 % de las neoplasias pancreáticas alcanzaron los estadios III y II, respectivamente; estos tumores tienen mejores posibilidades de resección y tratamiento curativo.

A menudo resulta difícil encontrar cáncer de hígado en etapas iniciales, puesto que los signos y síntomas usualmente no aparecen sino hasta sus etapas más avanzadas. En la serie se diagnosticaron 6 pacientes con neoplasias hepáticas, todos con función hepática adecuada, tributarios, por tanto, de algún tipo de tratamiento quirúrgico. La mitad de los hepatocarcinomas operados se ubicó en el estadio IV.

La cirugía exerética radical constituye la principal terapia de las neoplasias del segmento HBP; por tanto, el tratamiento quirúrgico es un factor esencial para analizar el pronóstico de estos pacientes.

Sabater *et al*,⁴ en un estudio de cohorte de 160 pacientes con neoplasias de páncreas y periampulares, notifica una tasa de resecaabilidad de 77,5 %, superior a la de esta investigación.

Como tratamiento curativo se consideró, en las neoplasias del hígado, las hepatectomías segmentaria y ampliada; en las de vesícula biliar, las colecistectomías simple y ampliada; en las del páncreas, la duodenopancreatectomía cefálica y la pancreatectomía corporocaudal; en las de vías biliares extrahepáticas bajas, las ampulectomías y las duodenopancreatectomías; y en las altas, las exéresis del tumor y las segmentectomías del subsegmento IV.

En esta serie ningún paciente pudo ser tributario de resección baja del colédoco, donde la ampulectomía o la duodenopancreatectomía son las operaciones radicales curativas y factibles a realizar. De igual manera, 2 afectados con hepatocarcinomas recibieron tratamiento curativo exerético, a los cuales se le practicó una hemihepatectomía izquierda y una hepatectomía izquierda ampliada al subsegmento V, respectivamente.

Cabe destacar que en las neoplasias de vesícula biliar, como tratamiento curativo se realizaron 2 colecistectomías simples y una ampliada (trisegmentectomía de Starzel que incluye, además de la vesícula, los subsegmentos IV, V y VI). En los tumores de vías biliares extrahepáticas, donde no se realizó ningún procedimiento quirúrgico curativo, la triple derivación paliativa fue el tratamiento empleado (gastroyeyunostomía, colecistoyeyunostomía y yeyunoyeyunostomía). En el cáncer de páncreas se emplearon los procedimientos exeréticos radicales y fueron operados 3 pacientes, a quienes se les realizó duodenopancreatectomía cefálica, y 6 tributarios de pancreatectomía corporocaudal. Los tratamientos paliativos estuvieron reducidos a la denominada triple derivación.

El tratamiento quirúrgico de las neoplasias del segmento HBP depende del grado de afectación local y regional de sus segmentos. Para Ruiz-Tovar *et al*,¹⁵ solo 20,0 % de las neoplasias de páncreas son tributarias de tratamiento quirúrgico curativo. Estos porcentajes se invierten en el estudio realizado por Torres *et al*,³ donde en una serie de 137 pacientes con cáncer de páncreas se le realizó tratamiento quirúrgico curativo a 20,4 % y paliativo a 73,0 %. Asimismo, Alvite *et al*¹⁶ muestra en su serie 20,0 % de tratamiento curativo en la cirugía del hepatocarcinoma.

Según Lada *et al*,¹⁷ en su casuística de 5 pacientes, 3 colecistectomías ampliadas como tratamiento curativo y 2 colecistectomías más drenaje biliar. Por su parte, Ramírez *et al*¹¹ señalan que, hoy día, la colecistectomía simple no tiene sitio en la cirugía electiva del cáncer de vesícula biliar, y solo puede considerarse como tratamiento curativo para los pacientes con cáncer incidental estadio T1a descubierto en el examen histológico posoperatorio, puesto que con este grado de progresión parietal en ninguna serie se ha descrito afección ganglionar ni recidiva tumoral.

Las complicaciones presentes en esta serie fueron infección del sitio quirúrgico en 8 pacientes, íleo paralítico posoperatorio en 4, fistula biliar en 3, fistula pancreática en 2 y choque hipovolémico posoperatorio en uno para una morbilidad de 16,7 %, la cual no se considera alta.

En los últimos años los índices de complicaciones se muestran relativamente bajos. Moya *et al*,¹⁸ en su serie de pacientes con carcinoma hepatocelular trasplantados y resecaados o ambos, obtuvo un índice bajo (4,0 %) de complicaciones mayores (hemorragia, perforaciones, descompensación hepática, entre otras).

Ríos *et al*¹³ señalan que de 226 pacientes solo 44 (19,5 %) presentaron complicaciones posoperatorias; las de mayor frecuencia fueron la fistula biliar externa, y la

insuficiencia renal aguda con 7 afectados cada una, y la insuficiencia hepática, la hemorragia digestiva alta, así como el embolismo pulmonar con 5 cada una. Estos autores plantean que la colecistectomía simple está indicada en aquellos pacientes, en los cuales el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar se ha realizado en los estadios 0 y I. Cuando este diagnóstico corresponde al estadio II, debe efectuarse la colecistectomía radical, por cuanto de no hacerse, la recidiva tumoral estaría presente en 20,0 a 30,0 % de los pacientes; si el diagnóstico se realiza en estadio III o IV tras la colecistectomía simple, no es aconsejable la reintervención radical.

En cuanto a las complicaciones de la cirugía pancreática, en la serie de Montiel *et al*⁶ se halló una morbilidad global de 47,6 %, siendo más frecuentes las complicaciones generales (21,9 %) tales como sepsis por catéter, síndrome febril sin foco, infecciones del tracto urinario, depresión, entre otras; seguidas por orden de la infección de la herida quirúrgica y las complicaciones cardiorrespiratorias (ambas con 17,1 %), el absceso intraabdominal (12,2 %), la fuga pancreática (8,5 %), la hemorragia posoperatoria (8,5 %) y la fuga biliar (7,3 %).

Finalmente, se impone realizar la dispensarización de los pacientes con factores de riesgo en las áreas de atención primaria de salud para que acudan al nivel secundario de atención en las etapas iniciales de la enfermedad, y ser tributarios de tratamiento quirúrgico con intención curativa. Además, es necesario establecer grupos de trabajo que desarrollen la línea de la cirugía del segmento hepatobiliopancreático en cada hospital y realizar estudios multicéntricos con el objetivo de obtener estadísticas propias que permitan protocolizar la conducta a seguir de manera uniforme, en aras de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Cancer Society. Cáncer de hígado. [citado 7 Dic 2011].
2. De la Cruz J, Hidalgo LA, Feliu J, Admella C, Muñoz R, Del Bas M, et al. Adenocarcinoma de vesícula biliar: estadio tumoral, factores pronósticos histológicos y supervivencia. *Cir Esp.* 2005;77(1):18-21.
3. Torres Moreno MP, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA. Incidencia de cáncer de páncreas en la provincia de Albacete. *Rev Clín Med Fam.* 2008;2(3):111-6.
4. Sabater L, Calvete J, Aparisi L, Cánovas R, Muñoz E, Añón R, et al. Neoplasias de páncreas y periampulares: morbimortalidad, resultados funcionales y supervivencia a largo plazo. *Cir Esp.* 2009;86(3):159-66.
5. Montiel Casado MC, Pardo Sánchez F, Roteliar Sastre F, Martí Cruchaga P, Alvarez Cienfuegos FJ. Experiencia de un programa de fast-track en la duodenopancreatectomía cefálica. *Cir Esp.*2010; 87:378-84.
6. Marin JA. Cáncer de páncreas: Diagnóstico y tratamiento. [citado 12 Jul 2010].
7. Panwalkar A, Grem J, Hauke R. Imaging in pancreatic cancer. *ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium.* 2007:125.

8. Hurtado de Mendoza Amat J, Fábregas Rodríguez C, Montero González T, Fuentes Peláez A, Alvarez Santana R, Coello Salazar RA, et al. Cáncer del páncreas: un acercamiento a la mortalidad en Cuba. *Rev Cub Med Mil.* 2008 [citado 10 dic 2010]; 37(4).
9. Bartlett DL, Fong Y, Fortner JG, Brennan MF, Blumgart LH. Long-term results after resection for gallbladder cancer. Implications for staging and management. *Ann Surg.* 1996; 224(5): 639-46.
10. Pérez TE, Rodea RH, Pérez GR, Abdo FJM. Tratamiento quirúrgico del cáncer de páncreas. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2006; 69(3): 155-9.
11. Ramírez CP, Suárez MA, Santoyo J, Fernández JL, Jiménez M, Pérez JA, et al. Actualización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de vesícula biliar. *Cir Esp.* 2002; 71(2): 102-11.
12. Savío López AM, Copo Jorge JA, Martínez Blanco CA, Soliva Domínguez R. Pancreatoduodenectomía cefálica en los tumores periampulares. *Rev Cubana Cir.* 2001; 40(4): 284-90.
13. Ríos Zambudio A, Sánchez Bueno F, García Marcilla JA, Robles Campos R, Tamayo Rodríguez ME, Balsalobre Salmerón MD, et al. Factores pronósticos del cáncer de vesícula. *Gastroenterología y Hepatología.* 2001; 24(6): 281-6.
14. Te Velde EA, Franke AC, van Hillegersberg R, Elshof SM, de Weger RW, Borel Rinkes IH, et al. HER-family gene amplification and expression in resected pancreatic cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2009; 35(10): 1098–104.
15. Ruiz-Tovar J, Pérez de Oteyza J, Rojo Blanco R, Collado Guirao MV, García-Villanueva A. Dos casos extremos de presentación de tumores pancreáticos. *Cir Esp.* 2007; 81(5): 284-7.
16. Alvite Canosa M, Pita Fernández S, Quintela Fandiño J, Aguirrezabalaga J, Otero A, Suárez F, Corbal G, et al. Tratamiento quirúrgico del hepatocarcinoma: experiencia del CHU A Coruña. *Cir Esp.* 2011; 89(4): 223-9.
17. Lada PE, Taborda B, Sánchez M, Tonmasino J, Franco Rosso M, Gramática L, et al. Carcinoma adenoescamoso y epidermoide de la vesícula biliar. *Cir Esp.* 2007; 81(4): 202-6.
18. Moya Herráiz A, Torres Quevedo R, Mir Pallardó J. Trasplante hepático en pacientes con carcinoma hepatocelular. *Cir Esp.* 2008; 84(3): 117-24.

Recibido: 2 de octubre de 2014.

Aprobado: 2 de octubre de 2014.

Danilo Romaguera Barroso. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: zenen@medired.scu.sld.cu