

Sesión 4/Cáncer de páncreas y otras neoplasias

NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL PANCREÁTICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 6 CASOS Y SU EVOLUCIÓN TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

M. Planella¹, C. Aracil², F. Sancho³, JM. Monill⁴, C. Villanueva², C. Guarner², J. Buenestado¹, E. Sesé¹, J. Miñana¹, JM. Reñé¹, F. Lluís⁵ y A. Farré²

S. Ap. Digestivo, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida¹, S. Pat. Digestiva², Anat. Patológica³ y Radiología⁴, Hospital Sta Creu i Sant Pau, Barcelona y S. Cirugía, Hospital Universitario de Alicante⁵.

Introducción: Las neoplasias mucinosas papilares intraductales del páncreas (NMPI) constituyen un grupo de tumores, caracterizados por la formación de mucina, proliferación papilar y atípicas celulares que en su progresión pueden dar lugar a la formación de carcinomas pancreáticos hasta en un 30% de los casos. Su presentación clínica abarca un amplio espectro de síntomas que puede dificultar su diagnóstico. Éste se basa en los hallazgos de técnicas de imagen como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la colangiopancreatografía resonancia magnética (CPRM) y la tomografía axial computerizada (TAC).

Objetivo y método: Estudio retrospectivo del proceso diagnóstico y terapéutico y seguimiento de 6 casos correspondientes a 2 mujeres y 4 varones, de edad media 63 años (20 – 77), diagnosticados en nuestros Centros entre 1995 y 2000.

Resultados: Clínica inicial: 3 pacientes presentaron pancreatitis aguda al inicio del cuadro, 1 de ellos como pancreatitis aguda recidivante (5 episodios); 3 pacientes presentaron un cuadro superponible a pancreatitis crónica (estatorrea, diabetes mellitus, síndrome constitucional) con un intervalo medio hasta el diagnóstico definitivo de 34 meses. El diagnóstico se basó en 4 casos en los hallazgos de la CPRE: dilatación del conducto pancreático principal asociada a salida de material mucoide tras papilotomía o papila de Vater tumoral; los otros 2 pacientes fueron diagnosticados por CPRM (por imposibilidad de CPRE por cirugía gástrica previa) y TAC, que constató neoformación quística de cabeza pancreática. La citología o biopsia preoperatoria diagnosticó adenoma en 2 casos (lesiones en papila de Vater) obteniéndose material mucoide o acelular en los otros 4 pacientes. El diagnóstico histológico definitivo fue proporcionado por el estudio de la pieza quirúrgica en todos los casos: 3 adenomas y 3 tumores de malignidad borderline. Se practicó tratamiento quirúrgico radical: duodenopancreatectomía céfala en 5 casos y pancreatectomía distal en 1 paciente. Uno de los pacientes falleció a los 3 meses de la intervención por causa distinta a la neoplasia. Ningún otro paciente falleció tras un seguimiento medio de 30 meses. Sólo se constató recidiva en uno de ellos a los 24 meses (tumor de malignidad borderline con márgenes de resección quirúrgica con afectación neoplásica).

Conclusiones: 1) Los tumores mucinosos papilares intraductales de páncreas constituyen una posibilidad diagnóstica a tener presente ante pacientes con pancreatitis aguda o crónica. 2) La posibilidad de evolución a carcinoma obliga a considerar su tratamiento quirúrgico radical.

ESTUDIO POR RM DE NEOPLASIA PANCREÁTICA PRESUNTAMENTE RESECALEBLES POR TAC

G. Basterra, M. Salvador, J.A. Larena*, B. Mtz.de Guereñu*, R. García de Ulate* y A. Cabrera*

Servicio de Digestivo y OSATEK. Hospital de Txagorritxu. Vitoria.*

Propósito: Determinar la utilidad de la resonancia magnética (RM) en el estudio de neoplasias pancreáticas resecables por tomografía computarizada (TC).

Material y métodos: Desde de octubre 1998 a junio de 2001 se realizó un estudio prospectivo en el que 30 pacientes (15 v y 15 m) con edad media de 63,9 años (45-83) con diagnóstico de neoplasia de páncreas presuntamente resecable por TC fueron sometidos a una RM. El intervalo entre el TC y la RM fue inferior a 72 horas. El protocolo de RM incluía secuencias morfológicas tras administración intravenosa de mangafodipir (FS T1 y STIR); secuencias co-angiográficas [FS HASTE 2D Y FS RARE TSE (T2)] y secuencias angiográficas (GRE 3D T1) post gadolinio). Se obtuvo correlación patológica en todos los casos y quirúrgica en 21/30 de los casos. Se calculó el VPP y su intervalo de confianza al 95%, realizando comparación de las proporciones, considerando significativo $p < 0,005$.

Resultados: 14/30 fueron considerados como no resecables tras la RM (7 casos por metástasis hepáticas y 7 casos por invasión vascular). La cirugía confirmó la irresecabilidad en 5/14 casos. 3/16 casos presuntamente resecables por TC y RM fueron no resecables por cirugía (1 metástasis hepática, 2 invasión vascular). La cirugía confirmó la resecabilidad en 13 casos. El VPP del TC fue del 0,433 [IC95% (0,26-0,62)] y de la RM de 0,813 [IC95% (0,53-0,95)] con $p < 0,01$. Los VPP considerando de forma independiente: la invasión vascular: VPP TC: 0,633 [IC95% (0,44-0,79)], RM: 0,864 [IC95% (0,64-0,96)] y la infiltración hepática: TC: 0,724 [IC95% (0,52-0,86)] y RM: 0,957 [IC95% (0,76-0,99)].

Conclusión: En nuestra experiencia, la RM es superior a la CT, en el estadiaje de la neoplasia de páncreas.

CISTOADENOMA DE PÁNCREAS DIAGNOSTICADO DE FORMA INCIDENTAL: ¿ESTÁ JUSTIFICADO SU TRATAMIENTO AGRESIVO?

J. Martín, T. Ratia, A. Gutiérrez, A. Santana, A. López, I. Lasa, L. García-Sancho, O. Lozano y J. Granell

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción: Las lesiones quísticas del páncreas son relativamente comunes en la práctica clínica, la mayoría de ellas (85%) son pseudoquistes o quistes de retención secundarios a un episodio de pancreatitis o traumatismo. Sin embargo las lesiones neoplásicas quísticas representan el 10-15% del global de las lesiones quísticas pancreáticas, y el cistadenoma seroso supone el 25% de estas neoplasias pancreáticas quísticas. Se trata de una patología benigna, y su hallazgo incidental, así como su tamaño supone puntos de discusión en cuanto a su tratamiento.

Objetivo: Presentar un paciente diagnosticado de un “incidentaloma” de páncreas tras el debut clínico de una tromboflebitis profunda de MID, y discutir su tratamiento.

Caso clínico: Enfermo de 67 años de edad, varón, que tras presentar un cuadro de tromboflebitis profunda poplítea de MID, es sometido por su internista a una batería de exploraciones analíticas que son de absoluta normalidad, salvo una discreta elevación del CA 72,4: 5,9 (4,6). El paciente se encuentra clínicamente asintomático. La TAC demuestra la presencia de una masa en cabeza pancreática de 6 cm de diámetro, que desplaza la vena cava y contacta con la vena mesentérica superior en más de 90°. La RMN, aprecia un gran aumento de la vascularización de dicha tumoración. La PAAF no es concluyente, aunque es sospechosa de neoplasia pancreática maligna bien diferenciada. Se somete al enfermo a tratamiento quirúrgico y se objetiva una tumoración en cabeza pancreática de unos 6-7 cm, sólida con presencia de microquistes, que no comprime la vía biliar, aunque si desplaza el duodeno, y las estructuras vasculares adyacentes. Se realizó una duodenopancreatectomía céfálica, y el diagnóstico histológico fue de cistadenoma seroso microquístico. El postoperatorio cursó con normalidad.

Discusión: La rentabilidad de la PAAF en las tumoraciones pancreáticas tiene una rentabilidad dudosa. La diferenciación entre las lesiones serosas y mucoides es crucial, ya que su comportamiento biológico es distinto. Aunque las neoplasias mucosas deben ser resecadas por su tendencia maligna, la mayor parte de los tumores serosos no precisan exéresis quirúrgica a menos de ser sintomáticos. La mayor parte de los cistadenomas se localizan en la cabeza y cuello pancreáticos. Las características radiológicas y el comportamiento clínico pueden poner sobre la pista de un cistadenoma seroso, tanto más si aparecen áreas microquísticas. Se ha propuesto la enucleación como pauta terapéutica válida para esta enfermedad, pudiéndose mantener a determinados enfermos en situación de vigilancia y seguimiento.

Conclusiones: 1) En el curso de una tromboflebitis profunda sin causa aparente, el algoritmo diagnóstico con TAC abdominal es una pieza fundamental. 2) El tratamiento de las lesiones pancreáticas asintomáticas sin hallazgos radiológicos específicos es objeto actualmente de controversia y discusión. 3) En la actualidad la cirugía resectiva pancreática mayor (Whipple) llevada a cabo en un centro con experiencia, minimiza las cifras de mortalidad, aunque persistan altas tasas de complicaciones.

CARCINOMA PAPILAR INTRADUCTAL EN EL CURSO DE UNA PANCREATITIS CRÓNICA Y PÁNCREAS DIVISUM

J. Martín, T. Ratia, A. Gutiérrez, G. Olmedilla, A. López, I. Laso, L. García-Sancho, O. Lozano y J. Granell
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción: El páncreas Divisum (PD) es una anomalía embriológica frecuente como resultado de una alteración de la fusión de las gemas ventral y dorsal pancreáticas. Su incidencia se eleva, tras los estudios en autopsia, a un 10%.

Objetivo: Presentar un caso de PD asociado a un carcinoma papilar intraductal como hallazgo casual.

Caso clínico: Paciente de 36 años de edad con antecedentes de episodios de dolor abdominal atribuidos a brotes de pancreatitis aguda. Durante su adolescencia presentó cuadros similares de dolor abdominal, por lo que fue diagnosticado a los 18 años de PD. En ningún momento del transcurso de su enfermedad ha presentado ictericia o colangitis. Durante el último año la frecuencia de los episodios de dolor así como su intensidad han aumentado de forma extraordinaria, necesitando la administración de opiáceos. La exploración física y determinación rutinaria analítica no muestran alteraciones de interés, salvo una discreta elevación del CA 19.9: 92. La ecografía abdominal muestra una imagen quística de 2 cm en la cola del páncreas. Estos hallazgos fueron confirmados en la tomografía computarizada y la CPRE, donde además se apreciaron cambios compatibles con pancreatitis crónica sin dilatación ductal. Se lleva a cabo la intervención quirúrgica realizándose una esplenopancreatectomía corpor-

ro-caudal. El examen intraoperatorio de la pieza nos informa de cambios compatibles con pancreatitis crónica, así como de la presencia de un adenocarcinoma papilar intraductal que no infiltró los bordes de resección.

El examen histopatológico definitivo indica que el borde de resección se encuentra afectado, y que la resección es insuficiente. Siete días después de la primera intervención de procede a completar la duodenopancreatectomía total. El estudio anatopatológico de la pieza confirma la presencia del adenocarcinoma intraductal papilar también en la cabeza del páncreas, respetando todos los bordes de resección. Los ganglios linfáticos se encontraban libres de metástasis. El postoperatorio fue favorable.

Conclusiones: El tratamiento a largo plazo de una pancreatitis crónica establecida con manifestación clínica florida y lesión parenquimatosa establecida deberá ser quirúrgico, y será mandatario el análisis intraoperatorio de la pieza para descartar malignidad.

La obstrucción del conducto pancreático asociada con la presencia de PD ha sido considerada por algunos autores factor fundamental en la etiología del carcinoma pancreático.

TÉCNICAS DE IMAGEN EN LA ESTADIFICACIÓN PREOPERATORIA DEL CÁNCER DE PÁNCREAS. ESTUDIO PROSPECTIVO

A. Soriano¹, A. Castells¹, C. Ayuso², J.R. Ayuso², M.T. de Caralt², M.A. Ginès¹, M.I. Real², R. Gilabert², L. Quintó³, A. Trilla³, F. Feu¹, X. Montanyà², L. Fernández-Cruz⁴ y S. Navarro¹

Servicios de ¹Gastroenterología y ²Cirugía, Institut de Malalties Digestives; ³Servicio de Radiología, Centre de Diagnòstic per la Imatge; ⁴Unidad de Evaluación, Soporte y Prevención, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona. Barcelona.

Introducción/objetivo: No existe consenso sobre cuál es la mejor estrategia diagnóstica para evaluar el estadio tumoral y la resecabilidad de las neoplasias pancreáticas. El objetivo del presente estudio prospectivo fue evaluar la eficacia de diferentes estrategias basadas en la ultrasonografía endoscópica (USE), la tomografía computarizada helicoidal (TC), la resonancia magnética (RM) y la arteriografía (A) en la estadificación preoperatoria y en la evaluación de la resecabilidad del cáncer de páncreas y ampular.

Método: Todos los pacientes con carcinoma de páncreas o ampular, sin contraindicaciones para la cirugía, fueron estudiados mediante USE, TC, RM y A. Los resultados de cada técnica de imagen referentes al tumor primario, invasión locorregional, adenopática, vascular y metastásica, estadio TNM e irresecabilidad fueron comparados con los hallazgos quirúrgicos. Se realizó un análisis univariante y de regresión logística, así como un análisis de decisión y de coste-efectividad para delimitar la mejor estrategia.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes con cáncer de páncreas o ampular. De ellos, 44 (71%) tenían invasión locorregional, 26 (42%) afectación adenopática, 25 (40%) invasión vascular y 12 (19%) metástasis a distancia. El tumor fue resecable en 37 (60%) pacientes. La precisión diagnóstica de la CT fue superior a la de las demás técnicas en la valoración de la invasión locorregional (74%), invasión vascular (83%), metástasis a distancia (88%), estadio TNM (46%) y la resecabilidad tumoral (83%), mientras que la USE fue la mejor en la evaluación del tamaño del tumor ($r = 0,85$) y de la afectación adenopática (65%). El análisis de decisión demostró que las estrategias más eficaces eran las basadas en la TC o la USE como prueba exploratoria, seguida por la técnica alternativa en los casos potencialmente resecables. El análisis de coste-efectividad favoreció la secuencia diagnóstica en la que la USE se utilizó como técnica confirmatoria en aquellos pacientes en los que la TC sugería la resecabilidad del tumor.

Conclusiones: La TC helicoidal y la USE son las técnicas de imagen individuales más útiles en la estadificación del cáncer pancreático y ampular. La mejor estrategia coste-efectiva es la consistente en la realización secuencial de la TC helicoidal como prueba exploratoria y de la USE como técnica confirmatoria en aquellos casos de tumores potencialmente resecables.

REGISTRO DE TUMORES PANCREÁTICOS

Grupo Multicéntrico para el estudio de las Enfermedades Pancreáticas (GMEP)

Hospital Ramón y Cajal, Hospital Fundación de Alcorcón, Hospital de La Princesa, Clínica Puerta de Hierro y Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción: El cáncer de páncreas constituye la cuarta causa de muerte por cáncer. Su pronóstico desfavorable se debe fundamentalmente al retraso en el diagnóstico. Aunque sólo el tratamiento quirúrgico ha demostrado ser potencialmente curativo, en los últimos años, se han producido ciertos avances en el manejo de estos pacientes que han permitido alargar la supervivencia en un subgrupo de ellos y mejorar la calidad de vida en otros.

Objetivo: Evaluar prospectivamente la situación del tratamiento del cáncer de páncreas en nuestro medio para disponer de una referencia real que permita una orientación terapéutica más fiable, que nos permita establecer un pronóstico y un estímulo para implantar nuevos avances.

Material y método: En diciembre 2000, se creó el Grupo Multicéntrico para el estudio de las Enfermedades Pancreáticas (GMEP) con la participación de los Departamentos de Cirugía de 5 hospitales: Hospital Ramón y Cajal, Fundación de Alcorcón, La Princesa, Clínica Puerta de Hierro y Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Los objetivos fueron: 1) Ofrecer la mejor asistencia médica a los pacientes con neoplasias periampulares o de páncreas (exo o endocrino), sólidas o quísticas, benignas o malignas, ya sean éstas metastásicas, localmente avanzadas (irresecables) o resecables, 2) conseguir homogeneidad en el planteamiento diagnóstico y terapéutico en un número amplio de Centros que permita unir y analizar experiencias comparables, y 3) evaluar de forma continua sus contenidos, para incorporar las modificaciones diagnósticas y/o terapéuticas que demuestren una mejora en los resultados. Las primeras directrices han sido: elaboración de un protocolo de diagnóstico y tratamiento y de una hoja de recogida de datos, así como el diseño de una base de datos para la inclusión de casos en la cual se han incluido los pacientes a partir del año 2000.

Resultados: 1) Presentación del protocolo de carcinoma de páncreas consensuado por todos y basado en la máxima evidencia científica disponible. Contenido: a) diagnóstico; b) estadificación preoperatoria; c) actuación por estadios; d) tratamiento preoperatorio; e) tto. quirúrgico: criterios de irresecabilidad, biopsias, cirugía resectiva y paliativa; f) tto. de las complicaciones; g) estudio anatomo-patológico; h) ttos. adyuvante y neoadyuvante; j) seguimiento. 2) Presentación de la hoja de recogida de datos para cada caso. 3. Diseño de la base de datos en soporte File Maker Pro#R y desarrollo de un programa informático que permita la recuperación de esta información de forma óptima. El registro consta de 4 pantallas (o presentaciones): filiación y diagnóstico, intervención, postoperatorio y anatomía patológica, y seguimiento. Cada hospital remitirá los registros por correo electrónico. Se enviará información anual de la estadística del centro y la global.

Conclusiones: El manejo de los pacientes con carcinoma de páncreas debe realizarse por equipos multidisciplinarios con una íntima colaboración entre gastroenterólogos, oncólogos, radiólogos y cirujanos. Aunque inicialmente compuesto por cirujanos, el grupo queda abierto a las solicitudes que otros centros pudieran hacer para in-

tegrarse. La información generada por estos registros puede ser útil para mejorar el pronóstico, realizar estudios de investigación epidemiológica y monitorizar estándares de práctica clínica.

ALTERACIONES FUNCIONALES PANCREÁTICAS TRAS CIRUGÍA RESECTIVA POR NEOPLASIA

L. Sabater, J. Calvete, L. Aparisi, P. Arlandis, B. Camps, M. Oviedo, B. Flor, R. Alfonso, J. Sastre y S. Lledó

S. Cirugía General. S. Hígado y Páncreas. Dpto. Fisiología. Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia.

Introducción: La cirugía oncológica pancreática conlleva necesariamente la exéresis de parénquima pancreático y en consecuencia hay que esperar un cierto grado de alteraciones funcionales, tanto endocrinas como exocrinas. Sin embargo existe una gran disparidad en los resultados de los diferentes grupos de trabajo debido a las diferentes exploraciones realizadas y a la variabilidad de tejido extirpado.

Objetivo: Valorar las alteraciones funcionales endocrinas y exocrinas tras cirugía pancreática tumoral, con las mismas exploraciones funcionales y por el mismo grupo quirúrgico.

Pacientes y métodos: Se han incluido prospectivamente 20 pacientes intervenidos por neoplasia de páncreas o periampulares y que han tenido al menos una supervivencia de 6 meses. Se han realizado 15 duodenopancreatomegías cefálicas (DPC) y 5 resecciones corporo-caudales (RCC). La valoración funcional pancreática se ha realizado a partir de 6 meses de la intervención, la endocrina mediante el test de sobrecarga oral a la glucosa y la exocrina mediante la valoración de grasas en heces, quimotripsina fecal y elastasa E-1 fecal. También se ha valorado la variación en el índice de masa corporal tras la intervención.

Resultados: De los 20 pacientes incluidos (7 varones, 13 mujeres, edad media $58,3 \pm 16,6$ años), 9 (45%) tenían algún tipo de alteración endocrina preoperatoria, que aumenta a 15 (75%) tras la intervención ($p = 0,03$). De un 10% de DMID precirugía se asciende a un 55% postintervención. En cuanto a la función exocrina el 55,5% de los pacientes presentaba esteatorrea, 80% elastasa fecal patológica y 80% quimotripsina fecal patológica. El descenso porcentual medio del IMC tras la intervención fue de $12 \pm 9\%$. Cuando los pacientes se han agrupado en función de la intervención, DPC vs RCC, las alteraciones endocrinas tras DPC ascienden del 46% (1 IH, 4 DMNID, 2 DMID) al 66% (1 IH, 9 DMID), y en RCC del 40% (1 IH, 1 DMNID) al 100% (1 IH, 2 DMNID, 2 DMID) ($p < 0,05$). La aparición de esteatorrea, tras DPC fue de 53% vs 6% tras RCC ($p = 0,06$), quimotripsina fecal patológica en el 87% de los casos tras DPC frente al 60% tras RCC ($p > 0,05$) y elastasa fecal patológica en el 100% tras DPC y en el 20% después de una RCC ($p = 0,001$). En cuanto a la reducción del IMC tras la cirugía fue del $13,4 \pm 10\%$ en las DPC y del $7,7 \pm 6\%$ tras RCC ($p > 0,05$).

Conclusiones: La cirugía oncológica pancreática afecta en la mayoría de los casos y de forma muy notable tanto la función endocrina como exocrina. La DPC parece afectar en mayor medida a la función exocrina, mientras que la RCC a la endocrina.

IH: Intolerancia Hidrocarbonada; DMNID: Diabetes Mellitus No Insulin Dependiente; IDDM: Diabetes Mellitus Insulina.