

Aclaraciones sobre la experiencia *fast-track* en la duodenopancreatectomía cefálica

Clarifications on fast-track experience in cephalic duodenopancreatectomy

Sr. Director:

En respuesta a los interrogantes que han surgido en relación con el trabajo publicado «Experiencia de un programa de *fast-track* en la duodenopancreatectomía cefálica», queremos detallar diferentes aspectos.

En primer lugar, en cuanto a los métodos diagnósticos utilizados, en este centro existe un protocolo de estudio para el cáncer de páncreas que incluye la realización de TC abdominal y ecoendoscopia digestiva alta. Los resultados de la punción con aguja fina son excelentes, y alcanzan en centros de referencia sensibilidad de un 85-90% y una especificidad que puede llegar al 100%^{1,2,3}. La confirmación histológica de adenocarcinoma de páncreas fue un requisito imprescindible para administrar el tratamiento neoadyuvante de quimioterapia y radioterapia. En la serie presentada sólo se detectaron 2 falsos positivos, un caso de tumor neuroendocrino y otro de colangiocarcinoma. En casos seleccionados, la punción negativa podría evitar cirugías innecesarias⁴. El único caso de tumor de la estroma gastrointestinal (GIST) fue de origen duodenal en la segunda porción y obligó a una duodenopancreatectomía cefálica para obtener márgenes libres de enfermedad. Existen series publicadas en las que se recomienda la resección limitada para el GIST duodenal, con buena supervivencia libre de enfermedad⁵.

En el curso postoperatorio, no realizamos sistemáticamente ninguna prueba de imagen. Tan sólo en casos de variaciones clínicas o analíticas nos planteamos la realización de una tomografía computarizada abdominal. Si se descubre una colección intraabdominal postoperatoria, la punción percutánea tampoco se realiza sistemáticamente; actuamos en función del tamaño y las características de la colección, la clínica y los cambios analíticos.

En cuanto al tratamiento del cáncer de páncreas con metástasis hepáticas sincrónicas, se han publicado recientemente varios estudios que demuestran que las resecciones ampliadas a otros órganos en el cáncer de páncreas presentan una tasa de complicaciones similar que las resecciones de páncreas aisladas, y la tasa de supervivencia es comparable a la resección estándar⁶⁻⁸. En una revisión sistemática se ha demostrado que pueden ser candidatos a cirugía casos bien seleccionados de metástasis hepáticas por adenocarcinoma de páncreas localmente reseccable, manteniendo una baja morbilidad y mortalidad y con una supervivencia global comparable a la de los casos de resección pancreática sin evidencia de metástasis⁹.

Sin embargo, el grupo de Gleisner, con una serie de 22 pacientes, publicó que la supervivencia global de pacientes con resecciones de metástasis sincrónicas hepáticas junto con duodenopancreatectomía cefálica es similar a la supervivencia con la cirugía paliativa mediante *bypass*, además de estar incrementadas la morbilidad, la estancia hospitalaria y, probablemente, la mortalidad¹⁰.

En nuestra serie publicada, se realizaron 8 duodenopancreatectomías cefálicas en pacientes con metástasis hepáticas sincrónicas y en un caso de colangiocarcinoma. En este, el diagnóstico preoperatorio fue colangiocarcinoma hiliar, y el plan operatorio fue la realización de una hepatectomía derecha. Intraoperatoriamente se decidió añadir una duodenopancreatectomía cefálica para conseguir un estadio R0. Este paciente falleció en el postoperatorio inmediato debido a complicaciones hemorrágicas.

De los 8 pacientes con metástasis hepáticas preoperatorias, dos eran de origen neuroendocrino. Uno tenía una metástasis única en segmento III, que se resecó. El paciente actualmente está vivo y libre de enfermedad. El segundo tenía múltiples metástasis hepáticas, que no se resecaron. El paciente ha recibido posteriormente tratamiento con sandostatina-LAR y tratamiento local con radioembolización a nivel de las lesiones hepáticas. Actualmente está vivo, en progresión, con una supervivencia de 5 años y 2 meses.

Seis casos fueron metástasis hepáticas por adenocarcinoma. A 2 pacientes con metástasis sincrónicas hepáticas, no se los sometió a resección hepática. El primero había recibido previamente radiofrecuencia de las metástasis hepáticas y fue perdido en el seguimiento. El segundo respondió al tratamiento neoadyuvante, con desaparición de las metástasis hepáticas; durante la cirugía sólo se realizó una biopsia, con resultado de fibrosis. Falleció por progresión tumoral tras una supervivencia de 15 meses.

En los 4 casos restantes, se realizó resección hepática asociada a intervención de Whipple. El primer paciente, de 49 años y sin comorbilidad asociada, se sometió a siete resecciones atípicas y una octava tratada con radiofrecuencia. La estancia postoperatoria fue de 5 días. Los ganglios de la pieza fueron negativos. Posteriormente fue intervenido en tres ocasiones de nuevas metástasis hepáticas. Finalmente falleció por progresión de la enfermedad tras una supervivencia de 6 años. Al segundo paciente, de 42 años y sin antecedentes, se le asoció resecciones atípicas en cuatro segmentos, con una estancia hospitalaria de 12 días. Los ganglios resultaron positivos. Falleció por progresión de la enfermedad tras una supervivencia de 18 meses. El tercero, de 23 años, se sometió al procedimiento estándar más una hepatectomía izquierda. La

estancia fue de 12 días. Los ganglios de la pieza fueron positivos. La supervivencia fue de 5 meses. En el último paciente, el diagnóstico preoperatorio fue de infiltración duodenal por adenocarcinoma, junto con pólipo vellosos en colon derecho no resecable endoscópicamente. El plan preoperatorio era duodenopancreatectomía cefálica junto con hemicolectomía derecha. Intraoperatoriamente se identificaron tres lesiones sospechosas de metástasis hepáticas, por lo que se asoció una bisegmentectomía V-VI. El diagnóstico anatomopatológico fue de adenocarcinoma de la ampolla de Vater y hepatocarcinoma bien diferenciado. El paciente falleció durante el postoperatorio por dehiscencia de la anastomosis ileocólica y pancreatoyeyunal.

Según nuestro estudio, la cirugía asociada fue un factor de riesgo de mortalidad ($p = 0,049$). Sin embargo, analizando los casos de cirugía asociada, observamos que aquellos con resecciones hepáticas múltiples o aisladas no presentaron un incremento de la morbilidad, con una estancia hospitalaria menor de 12 días. La supervivencia de estos pacientes con enfermedad avanzada fue superior a 1 año, salvo en un caso, y claramente mayor cuando los ganglios fueron negativos. Por ello pensamos que el tratamiento de las metástasis hepáticas junto con la intervención de Whipple es un procedimiento seguro que podría permitir una prolongación de la supervivencia en casos seleccionados, teniendo en cuenta las características tumorales y del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eloubeidi MA, Jhala D, Chhieng DC, Chen VK, Eltoun I, Vickers S, et al. Yield of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in patients with suspected pancreatic carcinoma. *Cancer*. 2003;99:285-92.
2. Harewood GC, Wiersema MJ. Endosonography-guided fine needle aspiration biopsy in the evaluation of pancreatic masses. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:1386-91.
3. Wiersema MJ, Vilmann P, Giovannini M, Chang KJ, Wiersema LM. Endosonography guided fine-needle aspiration biopsy: diagnostic accuracy and complication assessment. *Gastroenterology*. 1997;112:1087-95.
4. Varadarajulu S, Eloubeidi MA. The role of endoscopic ultrasonography in the evaluation of pancreatico-biliary cancer. *Surg Clin North Am*. 2010;90:251-63.
5. Chung JC, Chu CW, Cho GS, Shin EJ, Lim CW, Kim HC, et al. Management and outcome of gastrointestinal stromal tumors of the duodenum. *J Gastrointest Surg*. 2010;14:880-3.
6. Nikfarjam M, Sehmbe M, Kimchi ET, Gusani NJ, Shereef S, Avella DM, et al. Additional organ resection combined with pancreaticoduodenectomy does not increase postoperative morbidity and mortality. *J Gastrointest Surg*. 2009;13:915-21.
7. Hartwig W, Hackert T, Hinz U, Hassenpflug M, Strobel O, Büchler MW, et al. Multivisceral resection for pancreatic malignancies: risk-analysis and long-term outcome. *Ann Surg*. 2009;250:81-7.
8. Adham M, Jaeck D, Le Borgne J, Oussoultzougrou E, Chenard-Neu MP, Mosnier JF, et al. Long-term survival (5-20 years) after pancreatectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: a series of 30 patients collected from 3 institutions. *Pancreas*. 2008;37:352-7.
9. Michalski CW, Erkan M, Hüser N, Müller MW, Hartel M, Friess H, et al. Resection of primary pancreatic cancer and liver metastasis: a systematic review. *Dig Surg*. 2008;25:473-80.
10. Gleisner AL, Assumpcao L, Cameron JL, Wolfgang CL, Choti MA, Herman JM, et al. Is resection of periampullary or pancreatic adenocarcinoma with synchronous hepatic metastasis justified? *Cancer*. 2007;110:2484-92.

María Custodia Montiel Casado^{a,*}, Fernando Pardo Sánchez^b,
Fernando Rotellar Sastre^b, Pablo Martí Cruchaga^b y
Gabriel Zozaya Larequi^b

^aH.R.U. Carlos Haya, Málaga, España

^bClínica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: custodiamc@yahoo.es
(M.C. Montiel Casado).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.12.001