

## Duodenopancreatectomía cefálica como tratamiento en paciente con pancreatitis crónica

### *Cefalic duodeno pancreatectomy as treatment of a patient with chronic pancreatitis*

Mario H. Gutiérrez, Carlos M. Denita, Leonardo P. Monteleone, Juan M. March, Jorge Bufaliza

Servicio de Cirugía  
General, Hospital Luis C.  
Lagomaggiore. Mendoza,  
Argentina

Correspondencia:  
Mario H. Gutiérrez  
e-mail:  
drgutierrezmario@  
gmail.com

#### RESUMEN

Los tratamientos quirúrgicos en pacientes con pancreatitis crónica (PC) están indicados ante la falta de respuesta al tratamiento médico del dolor o ante la presencia de complicaciones de la enfermedad. A continuación se presenta un caso de PC complicada en el que se realizó una duodenopancreatectomía cefálica, y además se describen las alternativas de tratamiento quirúrgico para pacientes con esta enfermedad.

■ **Palabras clave:** pancreatitis, páncreas, pancreatitis crónica, pancreatectomía, duodenopancreatectomía.

#### ABSTRACT

Surgical treatments in patients with chronic pancreatitis (CP) are indicated in the absence of response to medical treatment of pain or the presence of complications of the disease. The following is a case of complicated CP in which duodenopancreatectomy was performed, and surgical alternatives for patients with this disease are also described.

■ **Keywords:** pancreatitis, pancreas, chronic pancreatitis, pancreatectomy, duodenopancreatectomy.

Recibido el  
07 de diciembre de 2016  
Aceptado el  
31 de enero de 2017

Se define como pancreatitis crónica (PC) el proceso fibroinflamatorio persistente del parénquima ancreático que se desarrolla en individuos con factores de riesgo (genéticos, ambientales, tóxicos, etc.). Una vez establecida, puede generar atrofia y fibrosis glandular, distorsión y estenosis del conducto pancreático, calcificaciones, displasia e insuficiencia pancreática endocrina y exocrina<sup>1</sup>.

La incidencia de PC es de aproximadamente 7 casos por 100 000 habitantes. El alcohol es el principal factor etiológico: está presente en el 80% de los pacientes. Otras causas menos frecuentes son autoinmunitarias, hipercalcemia, alteraciones en los genes del tripsinógeno, malformaciones anatómicas como el páncreas *divisum* o formas idiopáticas<sup>2</sup>.

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente, acompañado por síntomas de disfunción glandular como esteatorrea, diabetes y pérdida de peso, con significativa alteración en la calidad de vida de los pacientes. También puede presentarse a través de complicaciones como pseudoquistes, abscesos, fístulas, obstrucción duodenal y biliar, trombosis vasculares y cáncer<sup>3</sup>. Los estudios por imágenes como la tomogra-

fía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM) son fundamentales para el diagnóstico, y los hallazgos característicos son la atrofia glandular, calcificaciones y dilatación e irregularidad del conducto de Wirsung. La ecoendoscopia puede ser de utilidad para el diagnóstico precoz al poder detectar cambios incipientes de esta enfermedad.

Los objetivos del tratamiento son el alivio del dolor, la corrección de la insuficiencia pancreática, la mejora en la calidad de vida y el manejo y prevención de complicaciones. Para esto existen distintas opciones de tratamientos médicos, endoscópicos y quirúrgicos que deben ser definidos e indicados por un equipo multidisciplinario comprometido con este tipo de pacientes<sup>4</sup>.

Nuestro objetivo es la presentación de un caso de pancreatitis crónica complicada, en el que se realizó duodenopancreatectomía cefálica (DPC) como parte del tratamiento, y describir las alternativas de tratamiento quirúrgico para pacientes con esta enfermedad.

Paciente masculino de 53 años con diagnóstico de pancreatitis crónica de cuatro años de evolución. Antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo (42 p/y) y enolismo crónico no actual, colecistectomizado.

Derivado a nuestro servicio por ictericia, coluria y fiebre asociadas a dolor abdominal (*score* [puntuaje] de Izbicki 93,75), diarrea y pérdida de 15 kg de peso en los últimos 6 meses. Estaba medicado con enalapril, ácido ursodesoxicólico, pancreatina y pantoprazol. Para tratamiento del dolor se indicó tramadol 200 mg/día asociado a AINE, con mala respuesta, por lo que se recurrió a morfina durante su internación.

En los últimos 3 años se realizaron múltiples intervenciones por vía endoscópica con colocación y recambios de *stent* (endoprótesis) en vía biliar por estenosis en colédoco distal y litiasis con episodios recurrentes de colangitis.

En los exámenes de laboratorio se destacaba elevación de FAL y bilirrubina con predominio de su fracción directa, glucemia, glóbulos blancos y albúmina en valores normales. Marcadores inmunológicos y tumorales, normales.

En RM de alto campo se constató imagen sólido-quística polilobulada en cabeza de páncreas con calcificaciones, vía biliar dilatada con múltiples imágenes atribuibles a litiasis y dilatación del conducto de Wirsung (Fig. 1).

La TC mostró imagen expansiva nodular heterogénea en cabeza de páncreas, con áreas quísticas y otras sólidas con múltiples imágenes cálcicas en su interior; marcada dilatación del conducto pancreático principal que alcanza los 8 mm de diámetro, y dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática.

Se efectuó diagnóstico de PC complicada con estenosis biliar distal y masa sólido-quística en cabeza de páncreas. También se consideró el dolor refractario al tratamiento médico. Frente a la estenosis biliar y la sospecha de potencial tumor de cabeza de páncreas se decidió duodenopancreatectomía cefálica.

Se realizó operación de Whipple clásica. El pa-

ciente cumplió recuperación posquirúrgica en UTI, luego pasó a sala común a las 24 horas y obtuvo el alta al quinto día sin complicaciones.

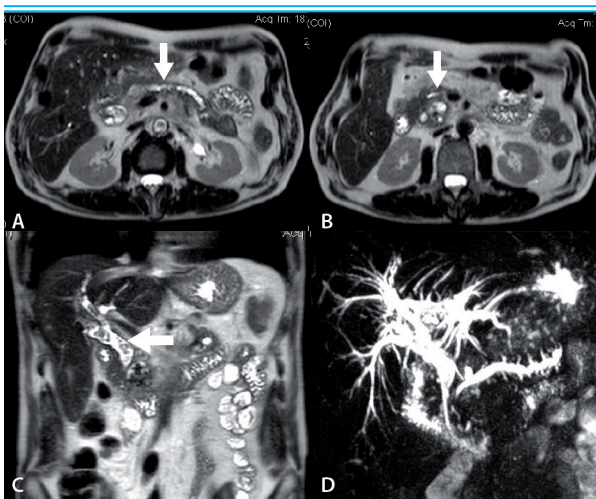
La anatomía patológica informó pancreatitis crónica con litiasis en conducto pancreático principal sin evidencias de atipia celular (Fig. 2).

El paciente actualmente está asintomático a 12 meses de seguimiento, con *score* de Izbicki 12,75. Continúa en tratamiento con pancreatina y sin necesidad de analgésicos.

Los tratamientos quirúrgicos en pacientes con PC están indicados ante la falta de respuesta al tratamiento médico del dolor o ante la presencia de complicaciones como obstrucción duodenal, biliar y/o pancreática y la sospecha de tumor pancreático<sup>3,4</sup>. En nuestro paciente se decidió el tratamiento quirúrgico ante el diagnóstico de estenosis biliar asociada a colangitis recurrente no resuelta por endoscopia y la sospecha de tumor pancreático; también se tuvo en cuenta el dolor abdominal refractario al tratamiento médico.

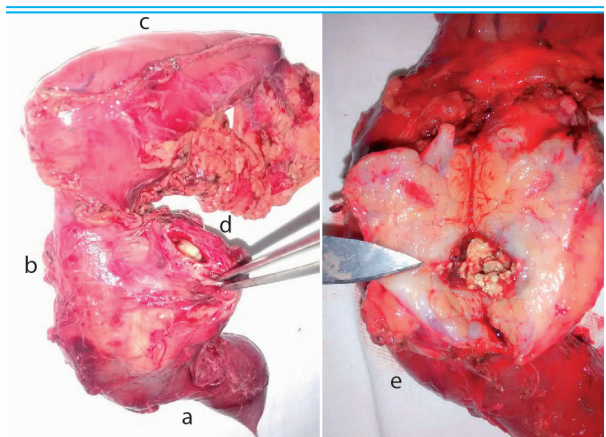
El síntoma más invalidante para los pacientes con PC es sin duda el dolor crónico. Inicialmente el tratamiento es médico en manos de especialistas en dolor y, en caso de falta de respuesta, se indican procedimientos invasivos que tienden a aliviar la obstrucción del conducto pancreático, ya sea por vía endoscópica o quirúrgica, estos últimos con mejores resultados. La estenosis biliar se presenta hasta en el 35% de los pacientes con PC debido a fibrosis pancreática; el tratamiento es inicialmente endoscópico con buenos resultados; las derivaciones biliodigestivas se reservan ante el fracaso del tratamiento mínimamente invasivo. En cuanto al tercer componente asociado a la PC en nuestro paciente, la masa sólido-quística en cabeza de páncreas, hay que recordar que la displasia de la célula pancreática es frecuente, por lo que una lesión maligna asociada no puede ser descartada. En este punto se plantea la utilidad de la ecoendoscopia y biopsia cuyo resultado podría detectar malignidad de la lesión; sin

FIGURA 1



Resonancia magnética de abdomen de alto campo en T2. A: en corte axial se observa Wirsung dilatado (flecha blanca). B: imagen sólido-quística polilobulada en cabeza de páncreas con calcificaciones (flecha blanca). C: en corte coronal se observa vía biliar dilatada con múltiples litos (flecha blanca). D: colangiopancreatografía por resonancia magnética

FIGURA 2



Pieza quirúrgica que incluye: a) yeyuno proximal, b) duodeno, c) antro-píloro, d) cabeza de páncreas, e) tumor en cabeza de páncreas con litiasis en Wirsung

embargo, no se consideró necesaria en nuestro caso, cuya indicación quirúrgica estaba determinada, además de por la sospecha de tumor, por su estenosis biliar y dolor refractario<sup>2</sup>.

Los tratamientos quirúrgicos descriptos para pacientes con PC se pueden clasificar en: procedimientos de drenajes, de resección o mixtos. Por ejemplo, los procedimientos de drenaje como Puestow (derivación lateral del conducto de Wirsung al yeyuno) se utilizan en pacientes con dolor refractario al tratamiento con dilatación del conducto pancreático principal (> 6 mm) sin otras complicaciones asociadas; los procedimientos de resección como Beger (resección subtotal de la cabeza del páncreas con preservación duodenal) o Whipple (duodenopancreatectomía cefálica) se realizan en pacientes con sospecha de lesión tumoral en cabeza de páncreas o estenosis biliar o duodenal asociada, y los procedimientos mixtos como Frey (resección de cabeza del páncreas con preservación duodenal asociado a derivación longitudinal del Wirsung) se utilizan en casos de dilatación del Wir-

sung con masa inflamatoria en cabeza de páncreas<sup>3,4</sup>.

Tanto la duodenopancreatectomía como los procedimientos de Frey y de Beger ofrecen una mejora en la calidad de vida y logran adecuado y permanente alivio del dolor. Las resecciones con preservación de duodeno tienen una ventaja significativa ya que se asegura la continuidad del tracto alimentario. Tanto el procedimiento de Berger como el de Frey presentan resultados similares en cuanto a alivio del dolor, calidad de vida y mortalidad; en cambio, la duodenopancreatectomía (operación de Whipple) tiene índices de morbimortalidad más elevados y solo estaría justificada su indicación cuando la diferenciación entre la pancreatitis (focal) y cáncer de páncreas es dificultosa<sup>4-6</sup>.

En resumen, consideramos que –en nuestro caso– la duodenopancreatectomía representó la elección de tratamiento más adecuada, ya que logró tratamiento definitivo del dolor, resolución de la estenosis de vía biliar distal y resección de masa sospechosa en cabeza de páncreas.

#### Referencias bibliográficas

1. Whitcomb DC, Frulloni L, Garg P, Greer JB, Alexander Schneider A, Yadav D, et al. Chronic pancreatitis: An international draft consensus proposal for a new mechanistic definition. *Pancreatology*. 2016; 16:218-24.
2. Ahmed Ali U, Pahlplatz JM, Nealon WH, Van Goor H, Gooszen HG, Boermeester MA. Endoscopic or surgical intervention for painful obstructive chronic pancreatitis (Review). *The Cochrane Library* 2015, Issue 3.
3. Issa Y, Bruno MJ, Bakker OJ, Besselink MG, Schepers NJ, et al. Treatment options for chronic pancreatitis. *Rev Gastroenterol Hepatol* 2014; 11:556-64; published online 10 June 2014; doi:10.1038/nrgastro.2014.74.
4. Van Der Gaag NA, Gouma DJ, Van Gulik TM, Busch ORC, Boermeester MA. Review article: surgical management of chronic pancreatitis *Aliment Pharmacol Ther*. 2007; 26 (Suppl 2):221-32.
5. Bachmann K, Tomkoetter L, Kutup A, Erbes J, Vashist Y, Mann O, et al. Is the Whipple Procedure Harmful for Long-term Outcome in Treatment of Chronic Pancreatitis? 15-Years Follow-up Comparing the Outcome after Pylorus-Preserving Pancreatoduodenectomy and Frey Procedure in Chronic Pancreatitis. *Annals of Surgery*. 2013;258 (5).
6. Bachmann K, Tomkoetter L, Erbes J, Hofmann B, Pérez D, Vashist Y, et al. Beger and Frey Procedures for Treatment of Chronic pancreatitis: Comparison of Outcomes at 16-Year Follow-Up. Accepted Manuscript. *Journal of the American College of Surgeons*. 10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.040.