

APRECIACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA RADICAL EN EL CARCINOMA DEL PÁNCREAS Y DE LA REGIÓN AMPOLLAR

Dr. ALLEN O. WHIPPLE

Nueva York, N. Y.

Los motivos que impulsan la cirugía radical, tal como se concibe hoy día, se equilibran por consideraciones sobre el peligro de la lesión dejada sin tratamiento, el riesgo operatorio ante procedimientos de tanta extensión, el cálculo de la supervivencia después de la intervención, y el porvenir más aceptable para el paciente a quien se decide operar. La cirugía radical se propone ser curativa, pero en muchas circunstancias se conformará con resultados sólo paliativos, lo cual, dicho sea de paso, se aplica a todo procedimiento terapéutico.

La cirugía radical de los últimos 15 años, en especial la más reciente, ha sido posible por la concurrencia de varios factores: atinada disposición de las medidas de sostenimiento, transfusión de sangre, equilibrio de líquidos, proteínas y electrolitos, mejores métodos de anestesia, y empleo inteligente de los nuevos agentes quimioterápicos. Pero, sobre todo, se cuenta con la nueva generación de cirujanos, adiestrados en los modernos procedimientos y con pensamiento fisiológico, en particular los residentes, más interesados en las necesidades propias del enfermo debilitado, en quien hay que equilibrar las anomalías funcionales, que en el afán de deslumbrar por la destreza o la rapidez durante el tiempo de la intervención.

Durante los dos primeros decenios de este siglo, los escasos intentos de reseccar las tumoraciones ampollares y de la cabeza del páncreas, con una porción del duodeno, resultaron tan peligrosos, que tuvieron que abandonarse. Después de 1930, los buenos resultados obtenidos con la extirpación de los tumores insulares, demostró que el páncreas no era un órgano intocable. En 1934, al intentar de nuevo la extirpación de las tumoraciones carcinomatosas del área ampollar, en la clínica quirúrgica del *Columbia Presbyterian Medical Center*, el riesgo de la hemorragia persistente en los pacientes intensamente ictericos impuso el procedimiento operatorio en dos tiempos; sin embargo, quedó demostrado que podía reseccarse la cabeza del páncreas con todo el duodeno, el antro del estómago, la porción inferior del colédoco y el área glandular retro-duodenal.

En 1940, se habían conocido los efectos de la medicación con vitamina K, con la cual podía dominarse la tendencia hemorrágica. En marzo de aquel año practicamos la primera resección, en un tiempo, de los órganos mencionados, en una mujer afecta de carcinoma de células insulares de la cabeza del páncreas. Esta paciente ha sobrevivido hasta la fecha y se halla en perfecto estado general.

Desde entonces, se han propuesto y practicado distintas modificaciones a las operaciones en uno y en dos tiempos, hasta llegar a un total de 220 casos intervenidos por varios cirujanos. Además, desde la primera pancreatectomía total intentada por PRIESTLEY en 1944, en un enfermo que vive en la actualidad en condiciones excelentes, y que requiere sólo de 20 a 30 unidades diarias de insulina, se ha insistido en esta operación en otros 20 pacientes.

En estos procedimientos radicales, el riesgo operatorio, la larga atención postoperatoria, la normalidad fisiológica, y el alivio del dolor y de la ictericia, de-

penden de diversos factores: (1) del tipo del carcinoma; (2) del lugar de la implantación del tumor; (3) del diagnóstico precoz de la lesión, antes de su extensión a los ganglios linfáticos y al peritoneo; (4) de lo completa que sea la extirpación, la cual comprende parte o todo el páncreas, el duodeno por entero, la porción baja del colédoco, el antro del estómago y los ganglios retro-duodenales y pancreáticos.

Tipo de carcinoma y su implantación

El carcinoma de la ampolla de Vater y de las zonas adyacentes, suele ser un adenocarcinoma de crecimiento fungoidé, evolución lenta en la luz del duodeno e invasión lenta de los linfáticos. Los carcinomas del páncreas suelen ser de tipo invasor, infiltrativo e indiferenciado, con extensión rápida a los ganglios y tendencia metastásica precoz al hígado y al peritoneo.

Los tumores situados en la ampolla de Vater obstruyen los conductos biliares más rápida y completamente que los del páncreas, por lo que provocan pronto el signo importante de la ictericia. El síndrome de Curvoisier, formado por la ictericia indolora con dilatación de la vesícula, se observa con más frecuencia en los enfermos de estos tumores. Sin embargo, no todos estos casos se ven libres del dolor, aunque éste no sea tan intenso, constante e irradiado a los lomos, como en los carcinomas del cuerpo o de la cola del páncreas.

En el carcinoma del páncreas, la ictericia como señal de alerta, depende de la proximidad de la lesión al conducto colédoco, de modo que su ausencia es común en las tumoraciones del cuerpo o de la cola. El dolor, como se ha dicho, es más intenso y constante, con frecuencia de carácter terebrante e irradiado a la espalda. Como regla general, cuanto más alejado está de la ampolla, más tardío será el diagnóstico y peor el pronóstico.

Diagnóstico precoz

Aparte la historia particular y el examen físico, los cuales en muchos pacientes son ya motivo de diagnóstico precoz, ciertos procedimientos de laboratorio serán confirmativos y deberán, por lo tanto, recomendarse. El más importante es el estudio del contenido duodenal, basado en las correctas observaciones de PAVLOV acerca del aumento de la secreción externa pancreática después de estimular el vago, así como las de BAYLISS y STARLING, demostrativas de la acción hormonal de la secretina sobre la aceleración de la corriente del jugo pancreático. Desde entonces, LAGERLÖF en Estocolmo, COMFORT y sus colaboradores en la Clínica Mayo, y BAUMAN, en la clínica del «Columbia Presbyterian», han demostrado el valor de la intubación duodenal en el diagnóstico diferencial de la ictericia presente en las lesiones ampollares o pancreáticas. Al aspirar el contenido duodenal en ayunas, con el doble tubo de Lagerlöf, según técnica del mismo autor, los hallazgos más importantes son la cantidad de bilis y la presencia o ausencia en la misma de cristales de colesterol y de partículas de pigmentos biliares; la cantidad o ausencia de jugo pancreático; la presencia de glóbulos rojos; y la posible concurrencia de células cancerosas.

La disminución patente o la completa ausencia de bilis y de jugo pancreático, junto con la presencia de glóbulos rojos o de células tumorales, es presuntiva de carcinoma de la ampolla. La cantidad normal de jugo pancreático, con marcada disminución o ausencia de la bilis y posible presencia de eritrocitos, señala la posibilidad de carcinoma del colédoco. La cantidad de bilis normal, pero escaso o ausente jugo pancreático, más glóbulos rojos, implica el carcinoma del páncreas. Los cristales de colesterol y las partículas de pigmentos biliares traducen la presencia de células carcinomatosas y es patognomónica de enfermedad maligna. Recientemente, se diagnosticó un carcinoma ampollar en el «Memorial Hospital» después de hallar células carcinomatosas en el jugo, lo que se confirmó por la pancreatectomía radical. La ictericia con ele-

vada cantidad de fosfatasa en el suero, significa obstrucción del colédoco. La falta de ictericia no elimina la posibilidad de tumoración pancreática.

Los estudios radiográficos cuidados del duodeno, pueden poner patentes las lesiones de tipo fungoideo de la ampolla, así como la distorsión o acentuación de la curva normal del duodeno, como consecuencia de un tumor en la cabeza del páncreas.

La única esperanza de poder obtener resultados permanentes con la cirugía radical de estos cánceres, es el diagnóstico precoz de estas lesiones antes de su generalización. En la mayoría de los casos, se consulta primero al médico general; por lo cual éste asume la responsabilidad de encaminar al paciente a la curación o a la terminación fatal. El internista, por lo tanto, tiene papel tan importante como el cirujano en el tratamiento de estos pacientes.

Resultados

El promedio de supervivencia del carcinoma del páncreas, sin intervención, es de unos 6 meses. La operación anastomótica con fines paliativos, de preferencia una colecistoyeyunostomía, alivia al paciente del prurito intolerable y mejora sus funciones digestivas, por lo que deberá intentarse si se encuentra que la lesión en sí es inoperable.

Durante los primeros 10 años de esta cirugía radical, la mortalidad se elevó hasta el 30 %, pero con los perfeccionamientos técnicos de los períodos pre y post operatorios, así como del procedimiento mismo, el riesgo se ha reducido considerablemente. CATTELL ha conseguido la cifra notable de 13,6 % de mortalidad, en una serie de 59 intervenidos. Este mismo autor, practicó la pancreatoduodenectomía en 22 pacientes con sólo un caso fatal.

La cirugía radical en el caso de carcinoma ampollar, da mejores resultados que la del carcinoma del cuerpo del páncreas. En las clínicas que hemos mencionado, 8 pacientes sobrevivieron más de 5 años después de la extirpación de las tumoraciones ampollares. En los casos de carcinoma del páncreas, 3 han sobrevivido más de 5 años. En la serie citada de CATTELL, 30 de los 59 pacientes sobrevivieron más de 3 años.

El hecho demostrado de que las células cancerosas pueden encontrarse con facilidad en el jugo del conducto pancreático en los casos de carcinoma del páncreas, así como que la tripsina favorece la transplatación de las células cancerosas en los animales de experimentación, explicaría la gran frecuencia de recaídas en la resección del páncreas, lo que puede ser otra indicación para la pancreatectomía total en los pacientes de carcinoma pancreático.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS CRÁNEOCEREBRALES AGUDOS

Dres. LUDWIG H. SEGERBERG y R. GLEN SPURLING

De la Sección de Cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Louisville, Kentucky.

Los traumatismos cerebrales deben ser tratados por los neurocirujanos, pero por razones de índole práctica, en la mayoría de los casos la responsabilidad del tratamiento recae en el cirujano general o en el internista, lo que significa que toda la profesión médica debe conocer las particu-