

CIRUGIA PARA EL CANCER DE PANCREAS

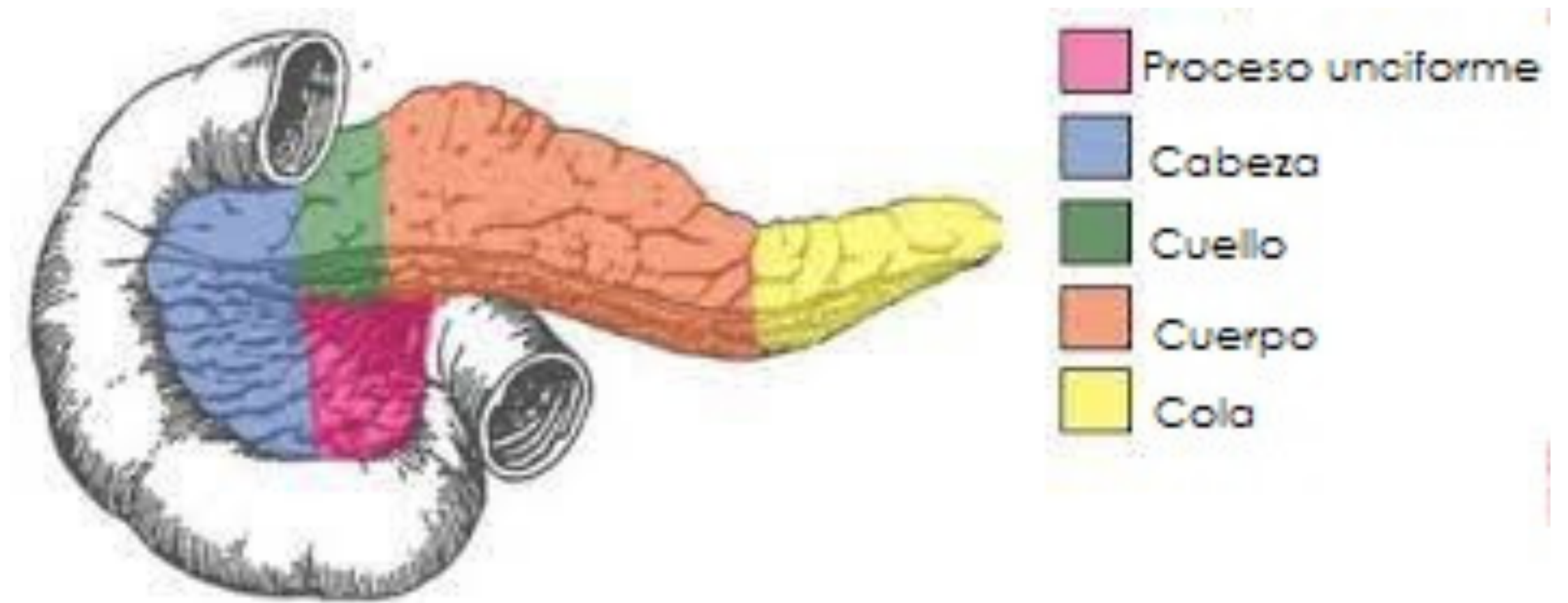
**J. Daniel Andrada A
16.04.26.**

El 66% de los adenocarcinomas de páncreas nacen en la cabeza o el proceso uncinado.

El 15% en el cuerpo del páncreas.

El 10% en la cola del páncreas.

El resto se presenta de forma difusa.



CANCER DE PANCREAS

 **Incidencia Global**

495.000 nuevos casos/año.

5-6 casos/**100.000** personas/año.

Representa el **2,5-3%** de todos los cánceres.

 **Incidencia en Paraguay**

3,3-3,4 casos/**100.000** personas/año.

 **Prevalencia Global**

300.000-350.000 personas en el mundo.

Prevalencia baja por alta mortalidad.

 **Mortalidad Global.**

466.000 muertes/año.

Séptima causa de muerte por cáncer a nivel mundial.

 **Mortalidad en Paraguay**

258 muertes/año.

Representa el **0,86%** de muertes en el país.

Historia

Se decía en el pasado, que Dios puso el páncreas bien atrás, porque no quería que nadie se metiera con él.

Friedrich Trendelenburg 1882:

Primera pancreatectomía distal por tumor.

Alessandro Codivilla 1898:

Reporta la primera Duodenopancreatectomía por cáncer de páncreas.

Reseca la cabeza del páncreas, el duodeno, el estómago distal y la vía biliar distal.

Reconfecciona la continuidad usando una Y de Roux al estómago y a la vesícula.

Sin anastomosis o cierre del muñón pancreático.

El paciente murió a los 18 días, caquéctico.

William Stewart Halsted

En 1899 reporta la primera resección exitosa por cáncer de la ampolla, resecando partes del duodeno y páncreas en un paciente con colelitiasis.



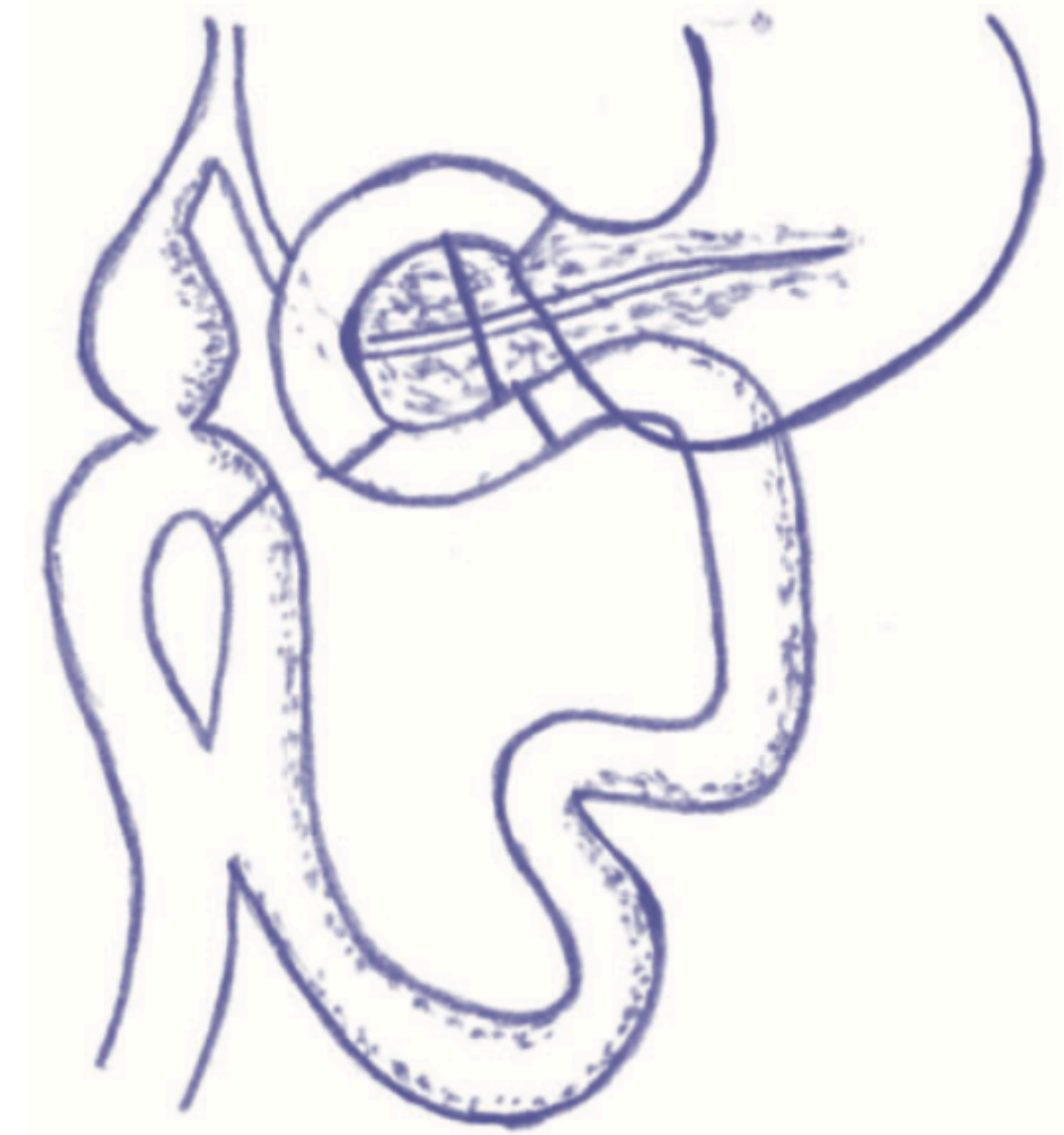
Walther Carl Eduard Kausch

En 1912 realizó la resección casi completa del duodeno y una buena parte del páncreas.

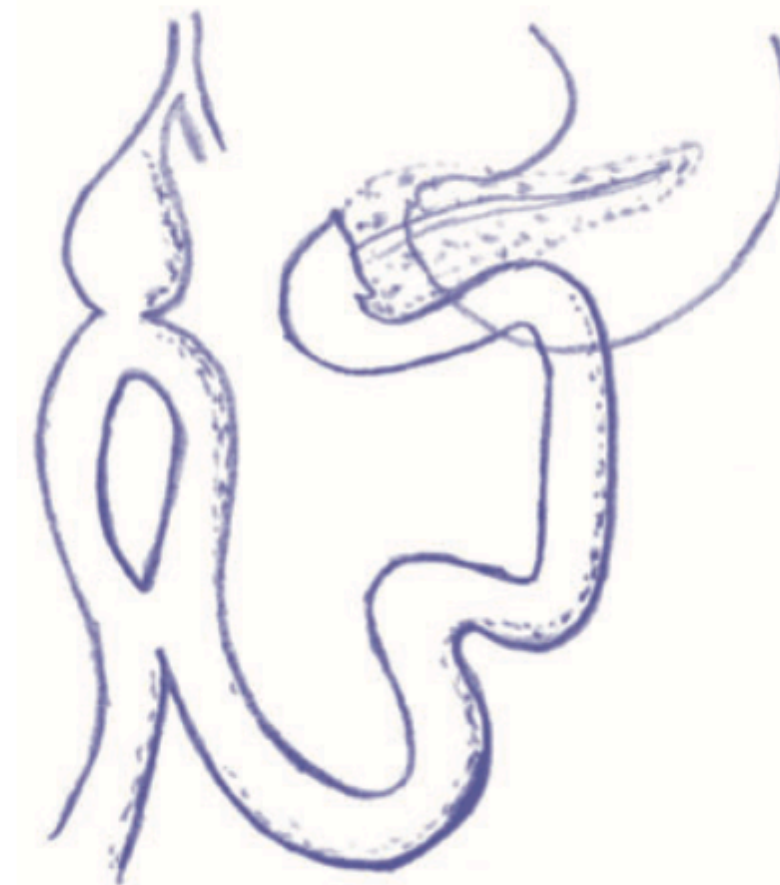
Anastomosó el páncreas al remanente duodenal.



a)



(b)



c)

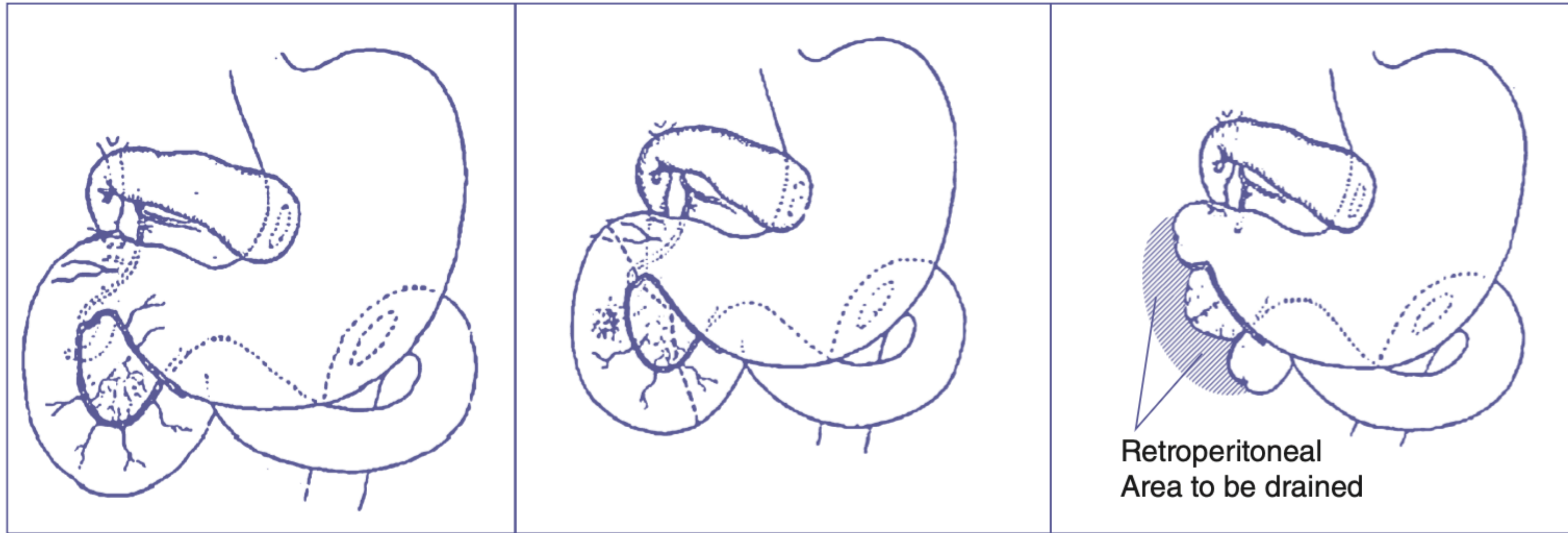
Allen Oldfather Whipple

En 1935 Whipple, Parsons y Mullins, publican su procedimiento en 2 tiempos para cancer de la ampolla, con resección completa del duodeno.

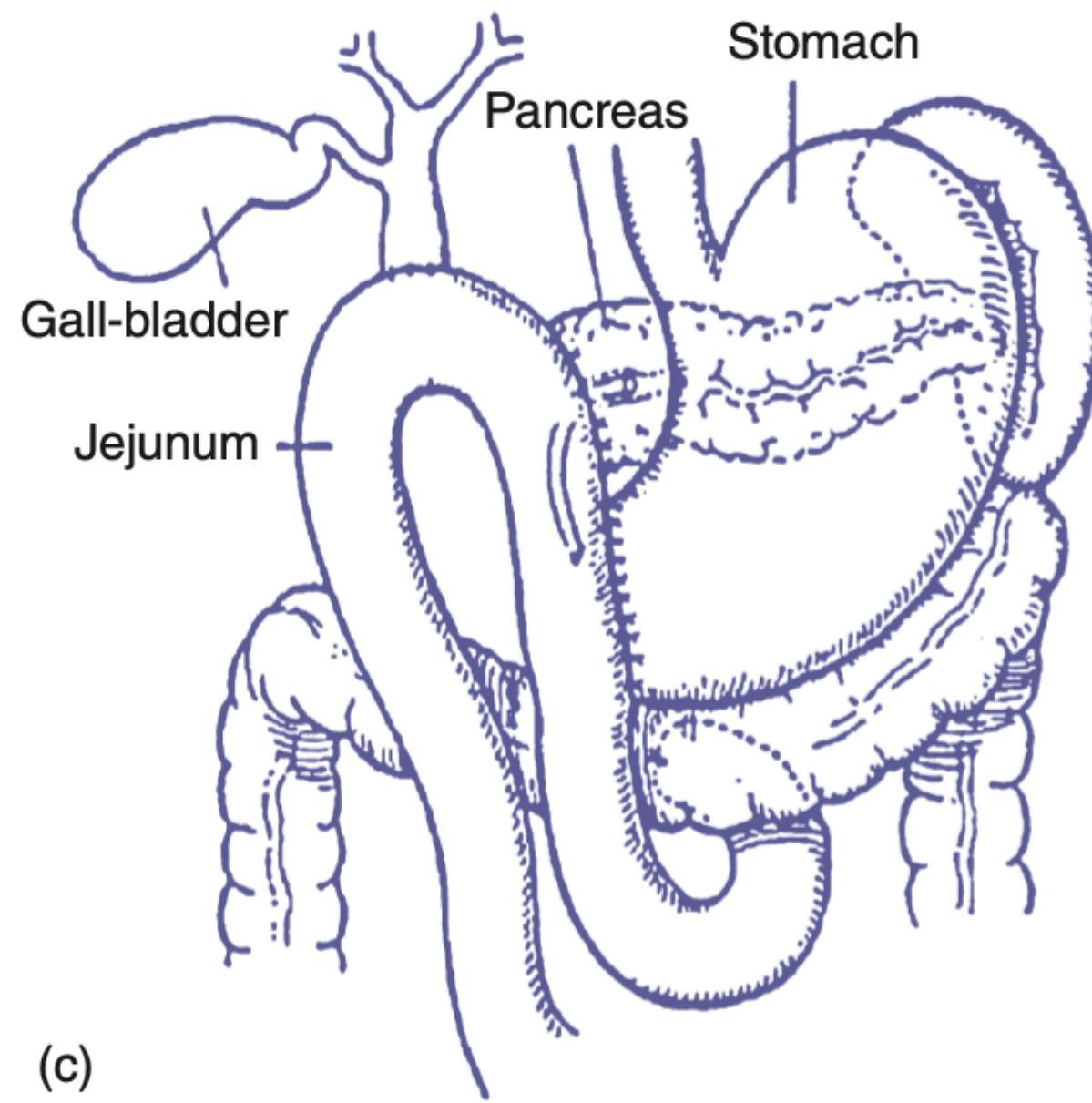
En 1940, luego del descubrimiento de la vitamina K, Whipple realiza la primera DPC con reconstrucción en un solo tiempo.



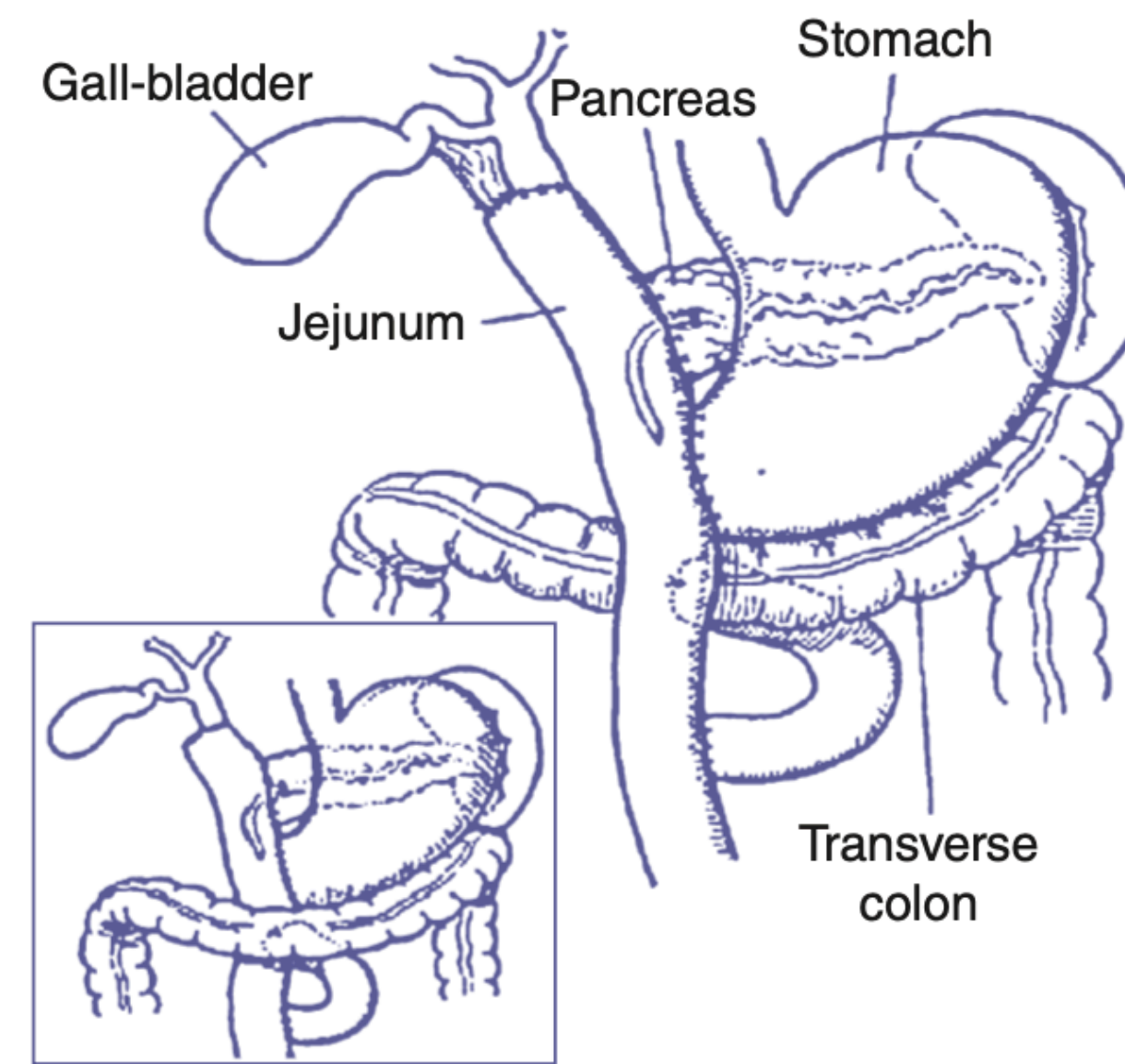
2 Tiempos



1 Tiempo



(c)



(d)

En 1940 Trimble del Johns Hopkins, realiza una DPC en un solo tiempo, pocas semanas después de Whipple.

En 1946 Whipple publica su experiencia de 10 años en DPC, con las modificaciones de la cirugía original y apoyando la cirugía en un solo tiempo.

En 1963 Whipple publica sus reminiscencias del procedimiento que lleva su nombre.

Actualmente:

La cirugía es la única opción curativa.

Solo el 15-25% de los pacientes son resecables al momento del diagnóstico.

La sobrevida ha mejorado con:

- La detección temprana en grupos de alto riesgo.

- La Neoadyuvancia.

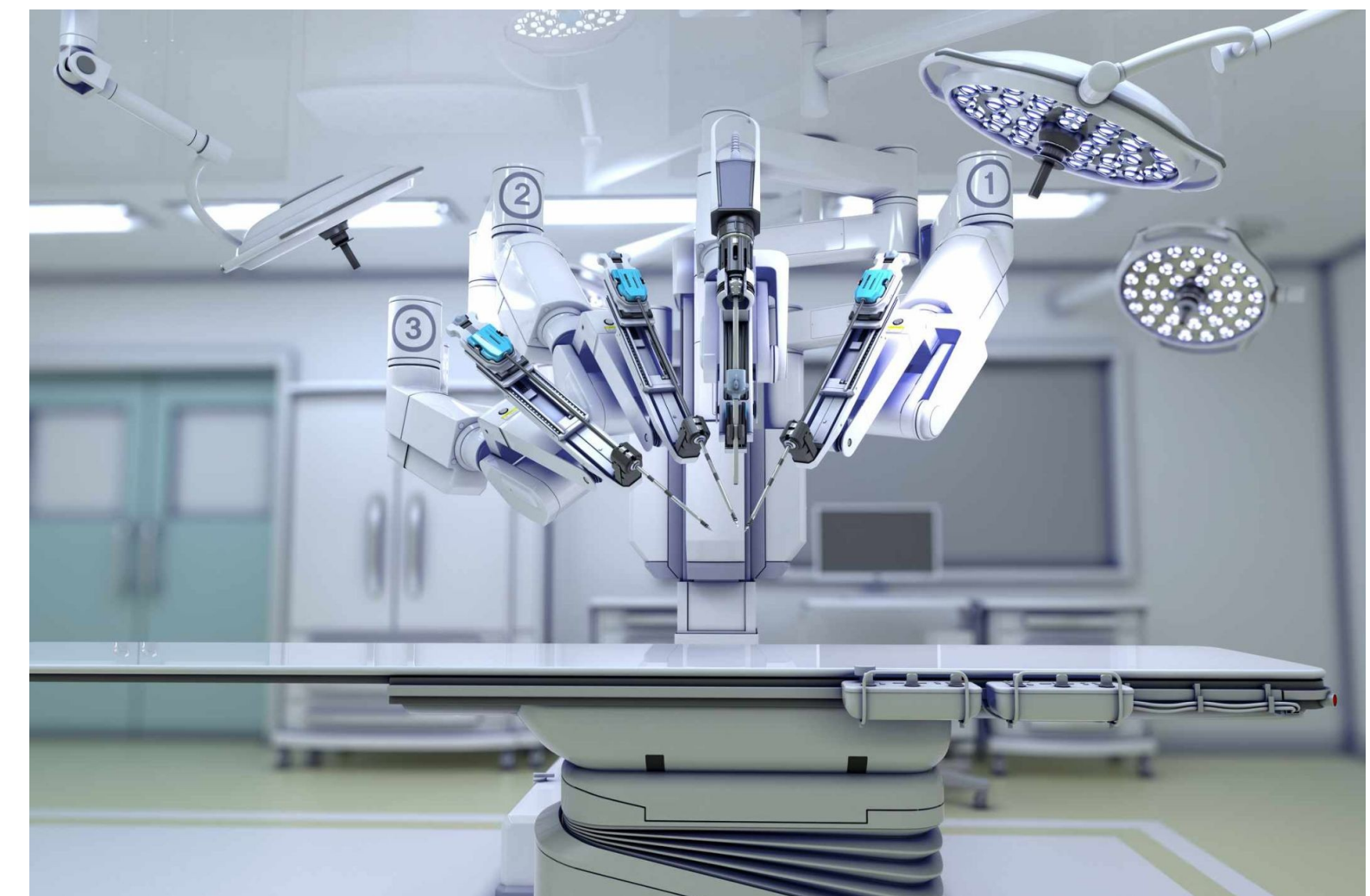
- Cirugías en centros de alto volumen.

Las vías de acceso pueden ser:

Abierta.

Laparoscópica.

Robotica.



Operación de Whipple

Fase de Resección o Extirpación.

Maniobra de Kocher.

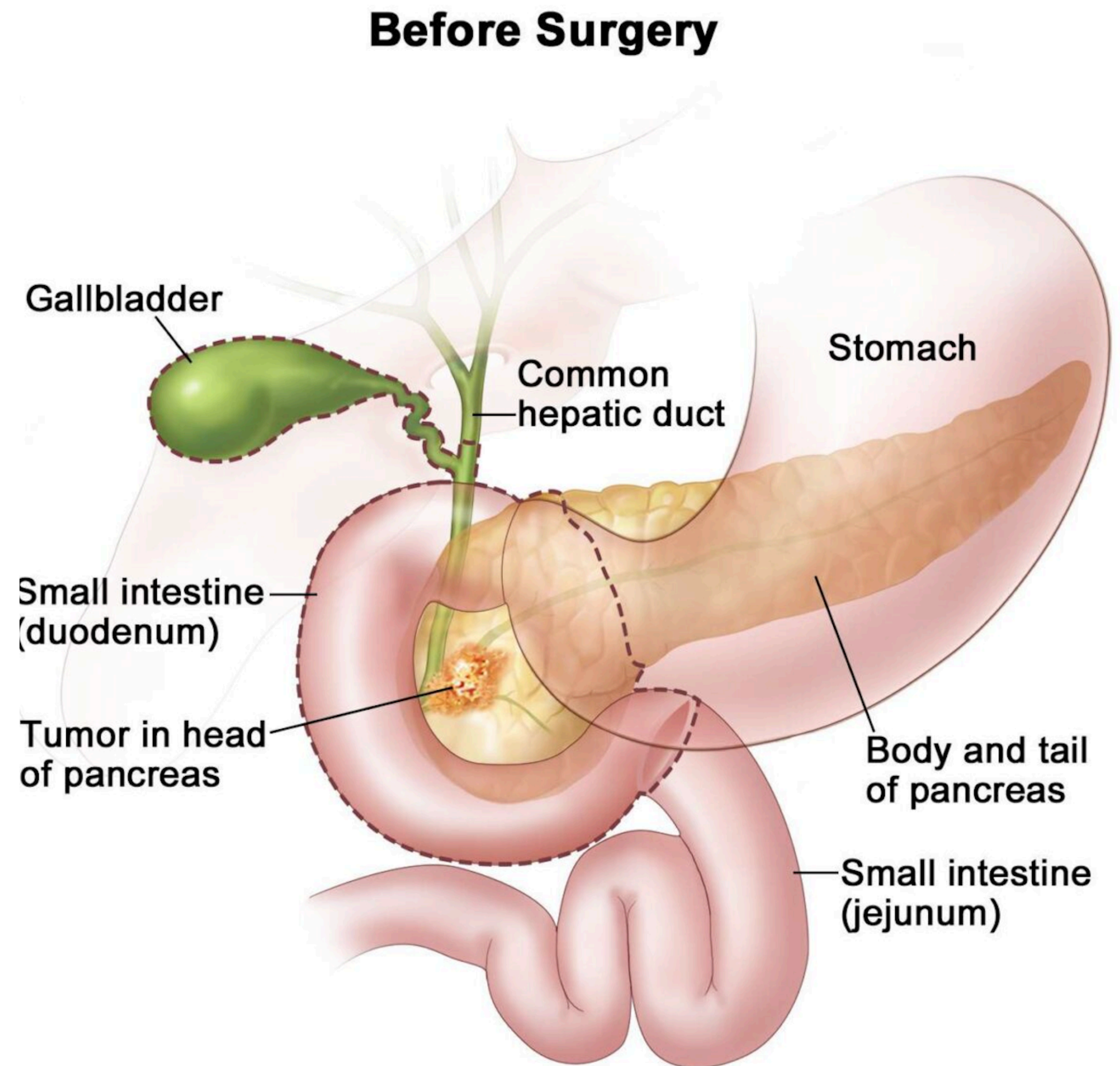
Colecistectomía y sección de la vía biliar.

Disección de la cara anterior de la vena Porta.

El duodeno (en el procedimiento con preservación del píloro) o el estómago (en el procedimiento clásico) se seccionan.

Ligadura de la GDA.

Sección del cuello del páncreas, proceso uncinado y yeyuno distal al ligamento de Treitz.



Operación de Whipple

Fase de Reconstrucción.

Pancreatico-yeyunostomía término-lateral con asa yeyunal isoperistáltica y retrocólica.

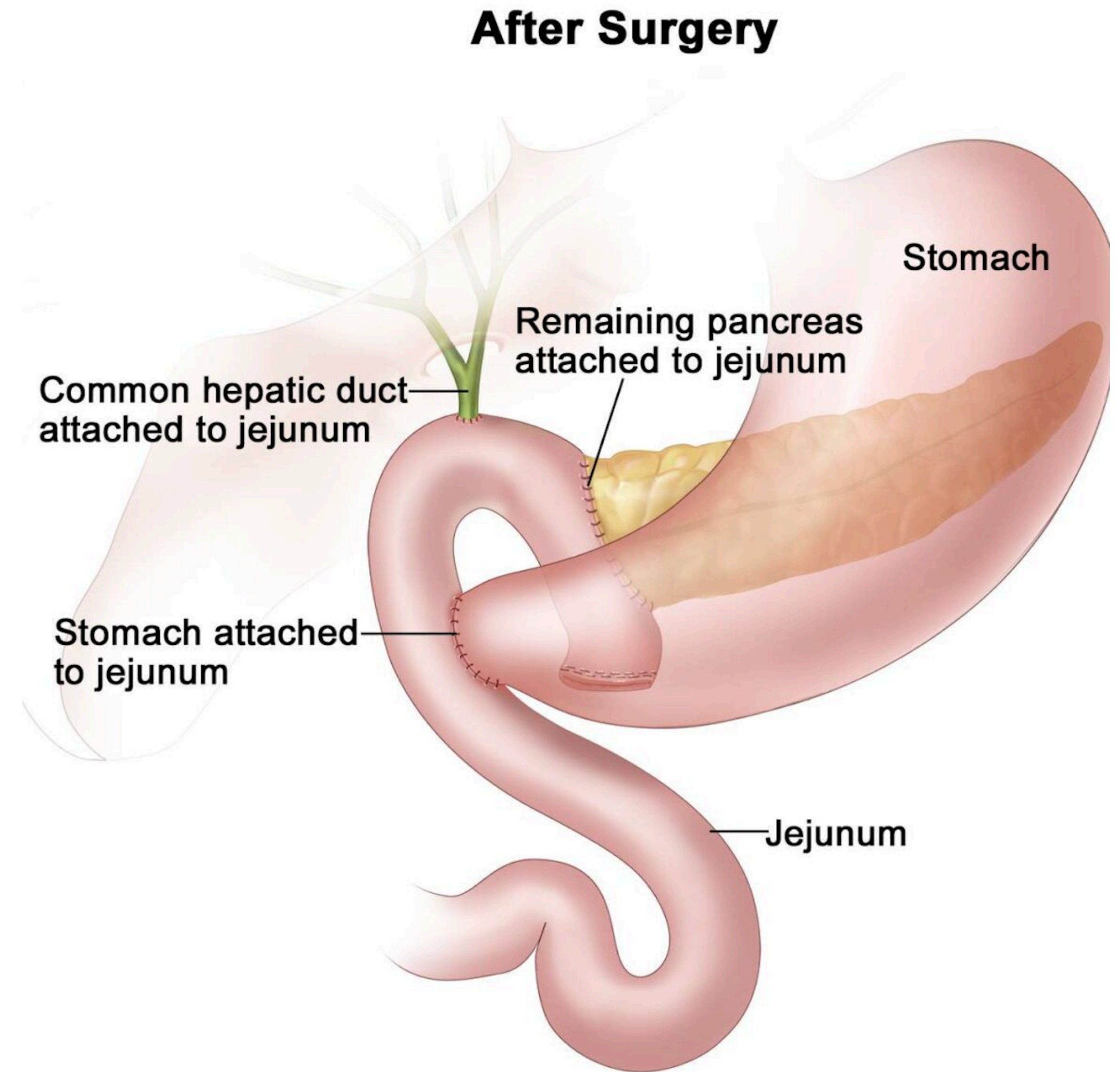
Hepatico-yeyunostomía término-lateral.

Duodeno-yeyunostomía término-lateral o Gastro-yeyunostomía.

La anastomosis pancreatico-yeyunal se puede hacer duct-to-mucosa, invaginación o intususcepción, penetrante.

Dos drenajes aspirativos de forma rutinaria.

Yeyunostomía de alimentación.



En la fase extirpativa:

Al ligar la GDA, controlar la irrigación del Hígado.

Dos ligaduras proximales, dejando un pequeño muñón y una ligadura distal.

En la fase extirpativa:

Luego de la sección del páncreas, cuidado con las pequeñas ramas de la cabeza del páncreas a la porta.

En la fase extirpativa:

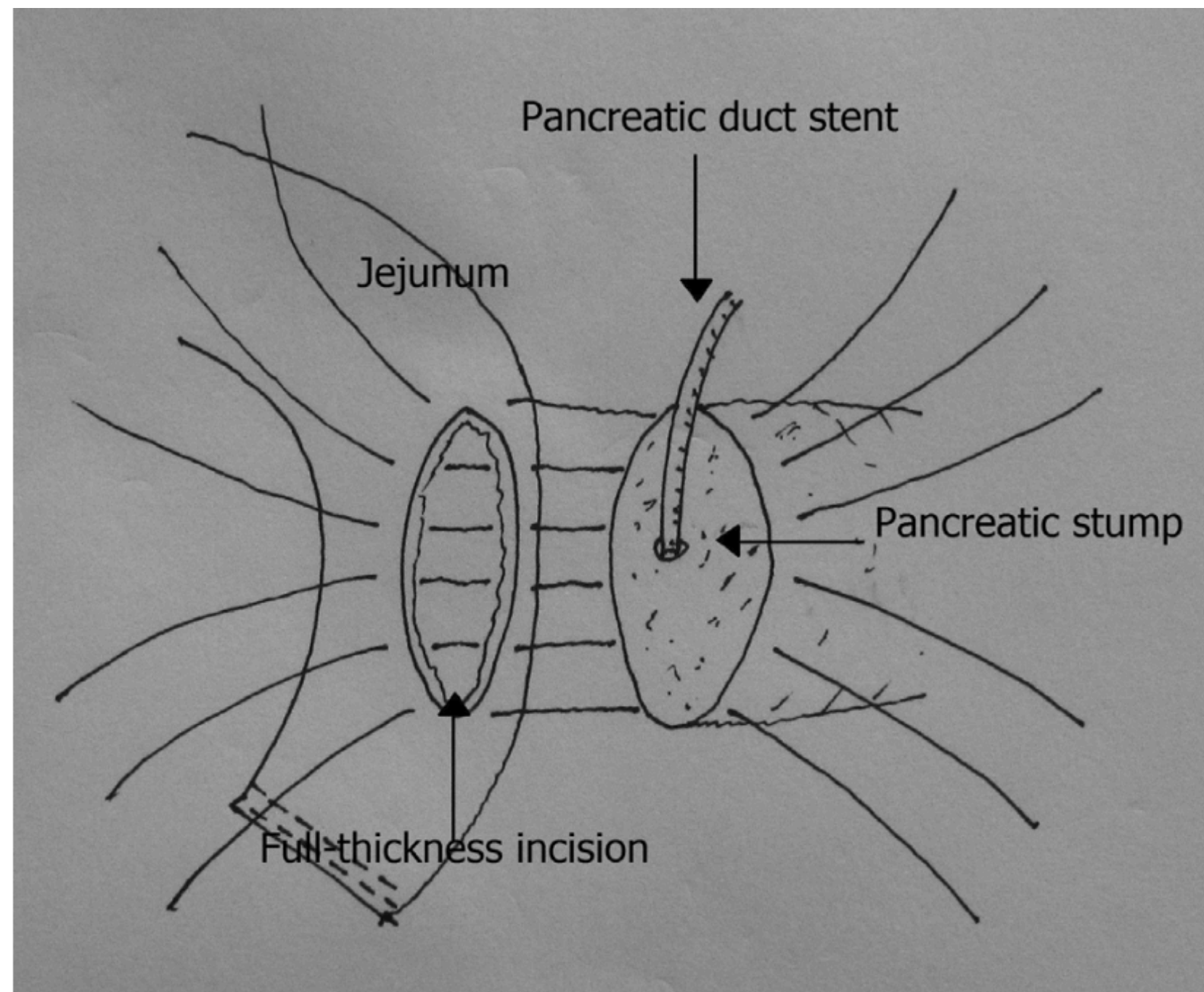
El Retropáncreas.



En la fase de reconstrucción:
Anastomosis Pancreatico-yeyunal
Anastomosis Pancreatico-gastrica

End-to-Side Penetrating-Suture Pancreaticojejunostomy: A Novel Anastomosis Technique

Yijun Chen, MB, Xuefeng Zhu, MM, Jianjun Huang, MB, Youngsheng Zhu, MB



En la fase de reconstrucción:

Hepatico-yeyuno anastomosis

Sutura continúa o puntos separados

Hilo reabsorbible PDS 4.0

Hilo no reabsorbible Prolene 4.0

En la fase de reconstrucción:

Con preservación pilórica

Antrectomía

Drenajes aspirativos Jackson-Pratts

Yeyunostomía de alimentación

Tumores resecables borderline.

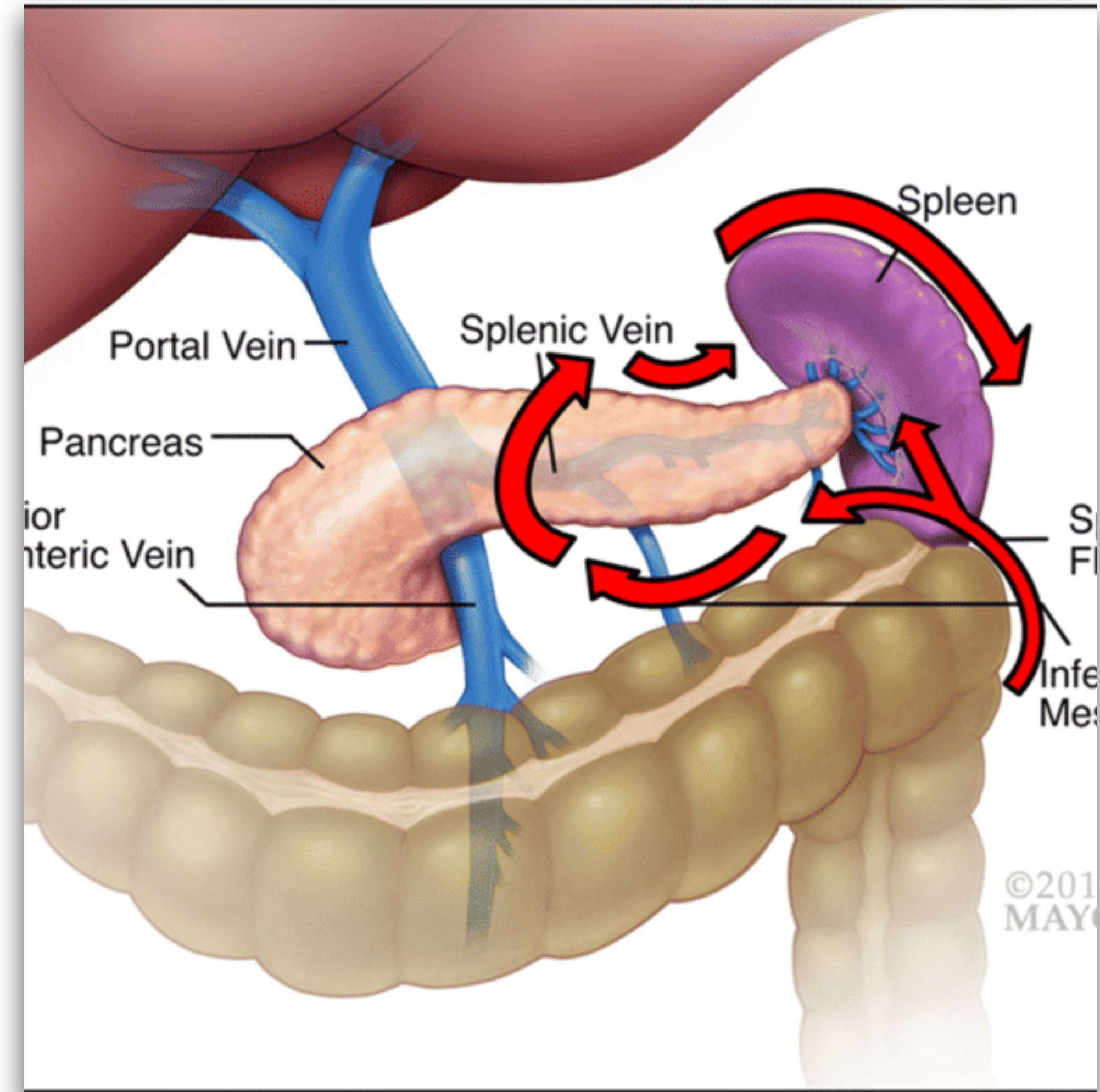
Resección de la porta.

Reconstrucción venosa.

Pancreatectomía Distal

Este procedimiento tiene una menor mortalidad que la operación de Whipple.

Lastimosamente las masas localizadas en cuerpo y cola se presentan más tardíamente que los tumores periampulares y por eso la resecabilidad es menor.



Pancreatectomía Total

Este procedimiento es el menos realizado.

Tiene una mayor mortalidad asociada (8,3%).
Aunque la morbilidad es comparable con la
operación de Whipple.

Se indica en tumores que invaden el cuello del
páncreas.

Los pacientes desarrollan diabetes insulino-
dependiente.

Los 5 avances más grandes a controlar

1. Lectura de TAC por IA antes de los radiólogos.
2. ADN circulante del tumor para enfermedad residual mínima.
3. Exámenes de sangre basados en el patrón de metilación.
4. Pruebas de drogas en organices (cultivo de células tumorales, personalizado).
5. Screening guiados por IA en poblaciones de alto riesgo.

MUCHAS GRACIAS