Revista de Gastroenterología de México. 2017;**82(Supl 1)**:32-34

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx

CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

Cirugía de vías biliares y páncreas

M. Á. Mercado-Díaz

Departamento de Cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Recibido el 22 de mayo de 2017; aceptado el 8 de junio de 2017

La colecistectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos abdominales más frecuentemente realizados. Existen indicaciones específicas para llevar a cabo dicho procedimiento, uno de ellos es la discinesia vesicular. Strasberg y colaboradores reevaluaron a 28 pacientes diagnosticados con discinesia vesicular basándose en una fracción de eyección < 35% en la gammagrafía hepatobiliar. Al repetir esta prueba, 50% tenía una fracción de eyección reducida, lo que confirmó su diagnóstico de discinesia vesicular. Sin embargo, el mismo número de pacientes obtuvo una fracción de eyección normal, por lo que se concluye que la gammagrafía hepatobiliar es una prueba poco reproducible puesto que en 50% de los pacientes se evitó una colecistectomía innecesaria al volver a realizar el estudio.[1]

El trasplante hepático es la única opción terapéutica para los pacientes con falla hepática crónica secundaria a lesión de vía biliar. Vilatoba y colaboradores realizaron un reporte de casos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" llevado a cabo durante 7 años. Se incluyeron 11 pacientes: seis de ellos ya han sido trasplantados, cuatro continúan en lista de espera y uno murió sin ser trasplantado. Cinco mujeres y un hombre, con una mediana de edad de 44 años, ya recibieron el trasplante. Las lesiones incluyen Strasberg E3 en tres casos y E4 en otros tres casos. La mediana de tiempo comprendida entre la lesión de vía biliar y el trasplante fue de 96 meses. Se estudiaron variables perioperatorias tales como tiempo de isquemia, tiempo y sangrado quirúrgico, transfusión sanguínea, tiempo de estancia en la UCI y hospitalización. Un paciente murió en el periodo posoperatorio, y los otros cinco solo tuvieron complicaciones menores.[2]

En la actualidad el trasplante hepático en pacientes con trombosis portal es un procedimiento aceptado en centros de Norteamérica y Europa. Sin embargo, en México no se había demostrado el resultado de dicha terapéutica en este grupo de pacientes. En un análisis retrospectivo de un periodo de 10 años hubo 218 trasplantes, de los cuales 10.09% presentó trombosis portal. Se consideraron variables intra y posoperatorias, y no se observó diferencia estadística al comparar la supervivencia a los 12 y 21 meses después del procedimiento entre los grupos que presentaban o no trombosis. La trombosis portal debe esperarse hasta en 25% de los casos, en 50% de ellos será diagnosticada durante la cirugía. Resulta importante para el cirujano de trasplantes conocer técnicas quirúrgicas de reconstrucción vascular.[3]

El principal factor de riesgo para el desarrollo del carcinoma hepatocelular (CHC) es la cirrosis hepática. Se realizó un estudio retrospectivo en 73 pacientes con cirrosis y CHC sometidos a resección hepática de 2011 a 2016. Se encontraron estos hallazgos relevantes: 70% lo constituían varones, con edad media de 60 años; 72% tenía hepatitis C y 24% hepatitis B. La puntuación media de Child-Pugh y de MELD fue

Correspondencia de Autor: Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Tlalpan, Ciudad de México, México. C. P. 14080. Teléfono: 5487-0900, exts. 7452 y 7453. *Correo electrónico*: mercadiazma@yahoo.com (M. Á. Mercado Díaz)

0375-0906/© 2017 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

de 5 y 7 respectivamente. El 80% se encontró en estadio T2, mientras que cuatro tenían ruptura del CHC; solo uno de estos cuatro murió. Se encontraron márgenes positivos en 14 pacientes y una tasa de recurrencia de 37%. El 88% se sometió a dos o más resecciones segmentarias. La cirugía más frecuente fue hemihepatectomía derecha (24%), seguida por resección lateral izquierda (21%), resección no anatómica (21%) y mesohepatectomía central (12%). La morbilidad global fue de 19% con tasa de fuga de la bilis de 5.5% y mortalidad a 30 días de 2.7%. La supervivencia a 1, 3 y 5 años fue de 82%, 66% y 40%, respectivamente. Se encontró que el margen positivo (p = 0.001), la MELD mayor de 8 (p = 0.0001) y la recurrencia (p = 0,001) eran predictores de incremento de la mortalidad.[4] La resección hepática en cirróticos es segura con resultados de supervivencia aceptables, excepto con MELD sobre 8 y mal pronóstico con márgenes positivos.

La incidencia de esteatosis hepática no alcohólica (NAFLD) es creciente. Mediante una revisión retrospectiva, se examinó la incidencia de NAFLD en pacientes sometidos a pancreatectomía por neoplasia mucinosa papilar intraductal no invasiva (IPMN). NAFLD se definió como menos de 40 unidades Hounsfield en la TC o como relación hígado: bazo < 0.9 en TC o RM. La cohorte del estudio incluyó a 110 pacientes con IPMN sin evidencia de NAFLD preoperatoria y más de 6 meses de seguimiento. La incidencia de NAFLD posoperatoria fue de 16,4% y la mayoría de los casos ocurrieron en 12 meses. La pérdida de peso y el desarrollo o progresión de atrofia del remanente pancreático se asoció con esteatosis hepática. Hubo aumento de NAFLD en pacientes sometidos a resección de Whipple. A medida que la incidencia de esteatosis se incrementa, es importante comprender la patogénesis y la prevención en esta población de pacientes.[5]

La tasa de éxito de la derivación biliodigestiva (DBD) (coledocoduodenostomía CD o hepatoyeyunostomía HY) en lesiones biliares poscolecistectomía o estenosis biliar es superior a 90%. Sin embargo, la disfunción puede conducir a colangitis piogénica recurrente, hepatolitiasis, colangitis esclerosante o cirrosis. Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de 2010 a 2016 en pacientes con DBD y complicaciones posteriores a la reconstrucción. Se identificaron 60 pacientes con disfunción en la DBD (5 CD y 55 HY); 24 tuvieron un desvío disfuncional: 5 CD y 19 HY. Siete de ellos fueron gestionados con desviación percutánea (cuatro terminaron en trasplante hepático) y 17 necesitaron una HY nueva (dos requirieron un nuevo tratamiento percutáneo), cinco necesitaron hepatectomía después de la reconstrucción y ninguno presentó una complicación Clavien Dindo grado V. El manejo quirúrgico de la disfunción biliodigestiva es seguro y superior en comparación con el manejo percutáneo.[6]

En un análisis retrospectivo realizado en la India se analizaron 385 pacientes con sospecha de cáncer de vesícula biliar, los cuales se dividieron en los que presentaron ictericia obstructiva quirúrgica (IOQ) y los que no presentaron ictericia obstructiva quirúrgica (IONQ). Se analizaron los predictores de resecabilidad y supervivencia a largo plazo y se compararon con sus subgrupos. La tasa de supervivencia a 1.2 y 5 años fue mayor en el grupo de pacientes IONQ. Finalmente, se describió que el cáncer de vesícula biliar con IOQ, afección ganglionar, infiltración de órganos adyacentes y estadio TNM alto predice una mala supervivencia.[7]

En otro estudio se analizó la aparición de trombosis de la vena porta tras su reconstrucción en 270 pacientes con resección de la vena porta durante cirugía hepatopancreatobiliar. Los resultados mostraron que la trombosis de la vena porta ocurre con más frecuencia tras hepatectomías que de pancretectomías. La trombosis se presentó en 24 de los 270 pacientes, en 20 casos término-terminal, 2 venorrafias y 2 injertos de parche; no se presentó en ninguno de los casos de injerto segmentario. La restauración del flujo de la vena porta se obtuvo con mejores resultados en reoperaciones tempranas dentro de los primeros 3 días en comparación con reoperaciones tardías (tras 5 días de la cirugía).[8]

Los carcinomas periampulares se originan en diversos sitios (páncreas, vía biliar, duodeno o el ámpulas de Vater); sin embargo, aunque la neoplasia provenga de la misma región, su comportamiento y pronóstico son totalmente diferentes. Chávez y colaboradores realizaron un estudio para evaluar los resultados que siguieron a una pancreatoduodenectomía (PD) en pacientes con adenocarcinoma ampular (AAC). Se evaluó el impacto de los factores clínicos e histopatológicos con terapia adyuvante (AT) en la supervivencia. En este estudio se concluyó que la AT no mejoró la supervivencia, aunque se administró más en enfermedad avanzada. Pacientes en estadio I tuvieron mayores tasas de recurrencia pero pocos recibieron AT. Debería considerarse una evaluación prospectiva de un régimen apropiado de AT y su uso en estadios tempranos.[9]

La mayoría del cáncer de hígado se debe a metástasis hepáticas y gracias a los avances en la tecnología y a la experiencia de los cirujanos hoy en día se puede proveer diferentes opciones terapéuticas, como cirugía abierta, cirugía laparoscópica y quimioterapia adyuvante. Mbah y colaboradores realizaron un estudio prospectivo en 120 pacientes a los que se les realizó resección hepática debido a metástasis por cáncer colorrectal durante los años 2007-2012. Se compararon 44 casos manejados por laparoscopia contra 76 casos de cirugía abierta en los que se llevaron a cabo resecciones similares. Los pacientes manejados por laparoscopia tuvieron menos sangrado, menor tiempo de hospitalización y menor lapso de tiempo para iniciar quimioterapia adyuvante. Los resultados mostraron que es posible iniciar de manera temprana la quimioterapia adyuvante en pacientes manejados con hepatectomía laparoscópica debido al menor tiempo de estancia intrahospitalaria comparado con el grupo de cirugía abierta sin comprometer los márgenes quirúrgicos o la extensión de la resección.[10]

Financiamiento

El autor declara no haber recibido financiamiento para la elaboración de este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses para la realización de este trabajo.

Referencias

1. Rose Jb, Strasberg Sm. Reproducibility of hepatobiliary scintigraphy with gallbladder ejection fraction for diagnosis of biliary dyskinesia: diagnosis is better the second time around? Sesión

de trabajos miniorales presentada en AHPBA Meeting; 2017 marzo 29-abril 2; Miami, FL. MO 22.
2. Vilatoba M, Mercado Ma, García I, et al. Liver transplantation for bile duct injury after open or laparoscopic cholecystectomy. Sesión de carteles presentada en AHPBA Meeting; 2017 marzo 29-abril 2; Miami, FL. P 32.
3. Bandan-Musa A, Martínez-Calderón P, Contreras-Saldívar A, et al. Liver transplant with portal thrombosis in México, report of the largest transplant center in Mexico. Sesión de carteles presentada en AHPBA Meeting; 2017 marzo 29-abril 2; Miami, FL. P 106.
4. Bhati C, Seth R, Kaplan B, et al. Outcomes of liver resection for hepatocellular carcinoma in the background of cirrhosis. Sesión de carteles presentada en AHPBA Meeting; 2017 marzo 29-abril 2; Miami, FL. P 12.
5. Luu C, Woo K, Thapa R, et al. Identification of nonalcoholic liver disease (NAFLD) following pancreatectomy for noninvasive IPMN. Sesión de carteles presentada en AHPBA Meeting; 2017 marzo 29-abril 2; Miami, FL. P 23.
6. Barrera L, Vergara F, Tarazona C, et al. Surgical management of biliodigestive dysfunction is superior over percutaneous management. Six year experience of an HPB center in Colombia. Sesión de carteles presentada en AHPBA Meeting; 2017 marzo 29-abril 2; Miami, FL. P3 9.
7. Mishra Pk, Saluja Ss, Prithiviraj N, et al. Predictors of curative resection and long term survival of gallbladder cancer – a retrospective analysis. Am J Surg 2017;16:30863-7.
8. Miyazaki M, Shimizu H, Ohtuka M, et al. Portal vein thrombosis after reconstruction in 270 consecutive patients with portal vein resections in hepatopancreatobiliary (HPB) surgery. Am J Surg 2016; en prensa.
9. Chavez Mt, Sharpe Jp, O'brien T, et al. Management and outcomes following pancreaticoduodenectomy for ampullary adenocarcinoma. Am J Surg 2017;16: 31036-4.
10. Mbah N, Agle Sc, Philips P, et al. Laparoscopic hepatectomy significantly shortens the time to postoperative chemotherapy in patients undergoing major hepatectomies. Am J Surg 2017;16:30736-X.