

Pancreatoduodenectomía en hemorragia de tubo digestivo. Reporte de un caso

Dr. Mauricio De la Fuente-Lira,* Dr. Federico Cassab,** Dra. María Luisa Márquez-Rocha***

* Médico adscrito al Servicio de Gastrocirugía, **Médico residente de Cirugía General, ***Médico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades, CMN siglo XXI, IMSS.

Correspondencia: Dr. Mauricio De la Fuente Lira. Céforo Núm. 11-202. Insurgentes-Cuicuilco 04700 México, D. F. Tel. 5666-7527 y 5509-3456 E-mail: delafuente1@hotmail.com

Recibido para publicación: 28 de enero de 2000.

Aceptado para publicación: 28 de febrero de 2001.

RESUMEN Objetivo: describir la presentación clínica y el tratamiento de un paciente con neoplasia pancreática neuroendocrina y hemorragia de tubo digestivo. **Antecedentes:** los tumores neuroendocrinos del páncreas son neoplasias relativamente raras; cuando no son funcionantes el cuadro clínico es inespecífico y se manifiestan hasta que la neoplasia ha adquirido grandes dimensiones. La hemorragia masiva de tubo digestivo alto es una manifestación clínica poco frecuente de este tipo de tumores. **Método:** se presenta un caso en el cual se requiere tratar una hemorragia masiva de tubo digestivo alto con pancreatoduodenectomía de urgencia por una neoplasia ulcerada de la cabeza del páncreas. **Conclusión:** la pancreatoduodenectomía es sin duda el procedimiento de elección para control de la hemorragia masiva duodenal en presencia de una neoplasia neuroendocrina del páncreas ulcerada.

Palabras clave: tumor neuroendocrino del páncreas, hemorragia gastrointestinal masiva, pancreatoduodenectomía.

SUMMARY Objective: To describe the clinical presentation and treatment of one patient with a neuroendocrine pancreatic neoplasm and gastrointestinal hemorrhage. **Background:** Neuroendocrine pancreatic tumors are relatively rare neoplasms. When the tumor does not have endocrine function, clinical manifestations are non-specific and show symptoms when the tumor is quite large. Massive upper gastrointestinal hemorrhage is an infrequent clinical manifestation of these tumors. **Method:** A case of gastrointestinal hemorrhage, which required a pancreaticoduodenectomy to control bleeding of an ulcerated pancreatic head neoplasm, is presented. **Conclusion:** Pancreaticoduodenectomy is the procedure of choice to control duodenal massive bleeding secondary to an ulcerated neuroendocrine tumor of the pancreas.

Key words: Neuroendocrine pancreatic tumors, Upper massive gastrointestinal hemorrhage, pancreaticoduodenectomy.

INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos del páncreas son entidades raras con incidencia anual de aproximadamente cinco casos reconocidos por cada millón de personas. Los tumores no funcionales o clínicamente silentes ocupan sólo 15% de esta clase de neoplasias y son morfológicamente indistinguibles de su contraparte funcional. Por esta razón su presentación clínica es similar a la de cualquier neoplasia pancreática sin actividad hormonal.^{1,2}

Entre las manifestaciones clínicas más comunes de este tipo de neoplasias se encuentran: ictericia, cuando la neoplasia se encuentra en la cabeza del páncreas y

produce obstrucción extrínseca de la vía biliar, dolor y pérdida de peso, generalmente por actividad metastásica local y regional; estos síntomas se presentan en más de 40% de los pacientes con neoplasias neuroendocrinas malignas no funcionantes del páncreas. La hemorragia del tubo digestivo alto es una manifestación clínica asociada a tumores productores de gastrina.¹ Cuando ésta se presenta asociada a neoplasias no funcionantes, es relativamente rara y se observa en menos de 6% de los pacientes.² El mecanismo de hemorragia en este tipo de neoplasias es generalmente la invasión a la pared duodenal y erosión vascular, porque no tienen actividad hormonal.

El caso que a continuación se presenta ejemplifica la presentación clínica poco usual de neoplasia neuroendocrina de la cabeza del páncreas, en donde el único signo clínico fue la hemorragia de tubo digestivo alto masiva, por lo que la metodología usual para su estudio resulta poco útil para orientar al diagnóstico de carcinoma neuroendocrino del páncreas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenino de 33 años de edad con historia de hemorragia de tubo digestivo alto de cuatro meses de evolución, manifestado únicamente por melena en dos ocasiones, tratada empíricamente con bloqueadores H₂, bloqueadores de la bomba de protones y hemotransfusión de un paquete globular por anemia. Fue enviada a nuestro hospital en su segundo episodio de hemorragia para realizar endoscopia diagnóstica y terapéutica. Durante su estancia en el servicio de urgencias se mantuvo hemodinámicamente estable, se colocó sonda de Levín nasogástrica y se realizaron lavados gástricos, los cuales fueron negativos para hemorragia, por lo que fue retirada. Al realizar la endoscopia se demostró úlcera de la segunda porción duodenal, de 1.5 cm de diámetro, sin datos de hemorragia activa y clasificada como Forrest IIIb. Se le realizó radiografía simple de abdomen que demostró únicamente fíleo inespecífico. A las ocho horas de su ingreso, presentó hematemesis abundante, acompañada de hipotensión arterial y taquicardia persistente, distensión abdominal con dolor sin datos de irritación peritoneal y cuenta leucocitaria de 11 800, por lo que se decidió someter a cirugía con diagnóstico de úlcera duodenal con hemorragia activa, choque hipovolémico y probable perforación de la úlcera. El hallazgo transoperatorio fue de un tumor de 8 x 8 cm aproximadamente, hipervascularizado, friable, de fácil sangrado a nivel de la encrucijada, biliopancreaticoduodenal, infiltrante al duodeno, el cual se encontró ulcerado y perforado con datos de hemorragia activa, sin evidencia de metástasis macroscópicas a ningún nivel. Una vez controlada la hemorragia mediante un punto transfixivo sobre la úlcera, y corregido el estado hemodinámico mediante transfusión de paquete globular y plasma, se decidió llevar a cabo manejo resectivo del tumor de la cabeza del páncreas, realizando pancreatoduodenectomía. La reconstrucción se llevó a cabo con hepaticoyeyunoanastomosis, gastroyeyunoanastomosis, colocación de sonda de yeyunostomía para nutrición enteral temprana, ligadura directa del conducto y cierre del muñón pancreático con colocación de drenaje cerrado. El tiempo quirúrgico fue

de 6.5 horas con hemorragia aproximada de 1200 mL.

La paciente fue egresada a Terapia Intensiva en el postoperatorio inmediato, evolucionando satisfactoriamente y fue egresada de la misma a las 48 h.

Al cuarto día inició con salida de líquido pancreático por el drenaje izquierdo, 50 mL/24 h, catalogado como una fístula pancreática de bajo gasto. Fue manejada basándose en nutrición enteral elemental y posteriormente polimérica, así como octreotida desde el postoperatorio inmediato, cerrando ésta el día 16, iniciándose dieta blanda con buena tolerancia; egresó para control por la consulta externa. Su estancia hospitalaria total fue de 21 días.

CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS

La lesión macroscópicamente se localizó en la cabeza del páncreas y medía 8 x 7 cm, con infiltración hacia la pared duodenal.

El duodeno, en la segunda porción, presentó úlcera de 2 x 2.5 cm de bordes irregulares y hemorragia reciente, así como sutura en el fondo y uno de sus bordes. (*Figura 1*)

Histológicamente se observó tejido pancreático con neoplasia neuroendocrina (*Figura 2*) con metástasis a ganglios linfáticos perilesionales e infiltración a la pared duodenal. Los bordes quirúrgicos fueron negativos para actividad tumoral.

Las tinciones con técnica de inmunoperoxidasa resultaron positivas para insulina y gastrina. (*Figura 3*)

DISCUSIÓN

La hemorragia de tubo digestivo alto como manifestación clínica de las neoplasias neuroendocrinas no funcionales del páncreas es poco frecuente, en series informadas previamente sólo alcanza 6% de los casos.²

El manejo con pancreatoduodenectomía fue descrito por Oberhelman en 1961 como el tratamiento de elección para los gastrinomas duodenales que se manifiestan con hemorragia de tubo digestivo alto, posteriormente se ha adoptado como tratamiento de elección la enucleación del tumor, reservando la pancreaticoduodenectomía para los casos en los cuales existe infiltración tumoral a la pared duodenal y región ampular.^{3,4} En la actualidad, el monitoreo transoperatorio y los cuidados postoperatorios han disminuido la morbilidad y la mortalidad quirúrgicas, haciendo de esta cirugía un procedimiento de elección con indicaciones precisas, particularmente en centros de concentración, los cuales tienen el mayor volumen y experiencia.

En estudios modelo, se muestra que el volumen de sangrado transoperatorio es de 800 mL aproximadamente



Figura 1. Neoplasia sólida de la cabeza del páncreas infiltrante y úlcera en pared duodenal.

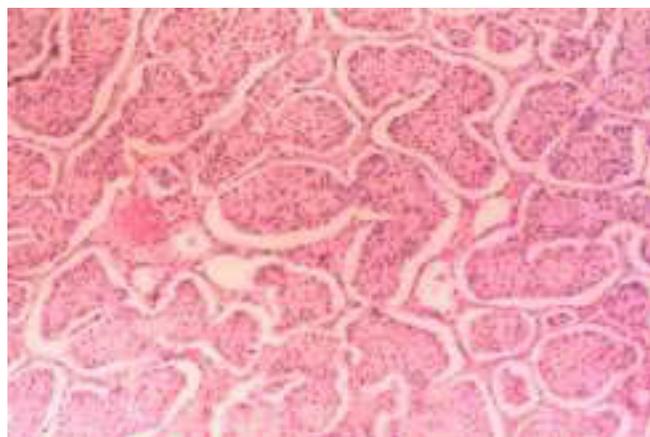


Figura 2. Neoplasia neuroendocrina que presenta un patrón sólido con nidos celulares y septos fibrosos (tinción H-E).

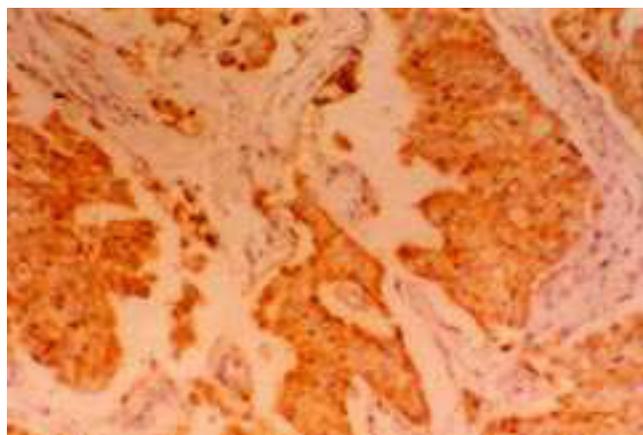


Figura 3. Neoplasia neuroendocrina que presenta un patrón sólido con nidos celulares y septos fibrosos (tinción H-E).

y 6.8 h de tiempo quirúrgico, no ameritando apoyo transfusional en la mayoría de los pacientes.³

Entre las complicaciones postoperatorias más frecuentes se encuentra la infección de la herida quirúrgica en 24%, fístula pancreática en 17 al 24% de los casos, y retraso en el vaciamiento gástrico en 15%.^{2,4}

Las indicaciones para realizar un procedimiento de Whipple como urgencia son el traumatismo pancreatoduodenal complejo y úlceras sangrantes, con indicación quirúrgica, en presencia de un tumor que infiltra la pared duodenal o región periampular.^{3,6,7} Las contraindicaciones para realizarlo son acidosis metabólica, hipotermia, choque hipovolémico y coagulopatía. En la actualidad, cuando la reanimación preoperatoria se lleva a cabo de manera adecuada, puede llevarse a cabo la cirugía en un solo tiempo, como lo informa Oreskovich y Carrico, con 100% de supervivencia en 10 casos consecutivos.⁷

La anastomosis pancreaticoyeyunal presenta fístula o dehiscencia hasta en 20% de los casos, las causas identificadas son: la pérdida hemática transoperatoria de más de 970 mL, tejido pancreático residual normal y suave, y conducto pancreático sin dilatación,⁵ presentes las tres en este caso, por lo que a fin de evitar esta complicación se realizó ligadura directa del conducto pancreático, cierre del muñón y colocación de drenaje cerrado.

La hemorragia masiva de tubo digestivo alto es una entidad que se debe tratar quirúrgicamente, el diagnóstico diferencial entre úlcera duodenal sangrante y neoplasia ulcerada con hemorragia es muy difícil de llevar a cabo, y en el paciente que se encuentra en choque hipovolémico, resulta en un consumo de tiempo valioso que finalmente modifica el pronóstico del paciente. Las metas del tratamiento quirúrgico en hemorragia gastrointestinal son: la corrección del estado hemodinámico, detener la hemo-

rragia, identificar la causa y realizar el tratamiento quirúrgico definitivo. Lo anterior no da oportunidad para estudios diagnósticos complejos y que consuman tiempo valioso cuando no se tiene el control de una hemorragia.

CONCLUSIONES

Los tumores neuroendocrinos no funcionales del páncreas, son una de las causas menos frecuentes de hemorragia masiva de tubo digestivo alto.

La pancreatoduodenectomía es sin duda el procedimiento de elección para el control de la hemorragia de tubo digestivo secundario a tumor neuroendocrino de la cabeza del páncreas ulcerado hacia duodeno, cuando las dimensiones, la localización y las condiciones del paciente así lo permitan.

REFERENCIAS

1. Norton JA. Neuroendocrine tumors of the pancreas and duodenum. *Curr Probl Surg* 1994; 31: 77.
2. Eckhauser FE, Cheung PS, Vinik AI, Strodel WE, Lloyd RV, Thompson NW. Nonfunctioning malignant neuroendocrine tumors of the pancreas. *Surgery* 1986; 100: 978-88.
3. Phan CG, Yeo CJ, Cameron JL, Maher MM, Hruban RH, Udelsman R. Pancreaticoduodenectomy for selected periampullary neuroendocrine tumors: fifty patients. *Surgery* 1997; 122: 989-97.
4. Oberhelman HA Jr., Nelsen TS, Johnson AN Jr., Dragsted LLR II. Ulcerogenic tumors of the duodenum. *Ann Surg* 1961; 153: 214-27.
5. Miedema BW, Sarr MG, Van Heerden JA, Nagomey DM, McLlraith DC, Ilstrup. Complications following pancreaticoduodenectomy. Current management. *Arch Surg* 1992; 127: 945-50.
6. Norton JA, Doppman JL, Jensen RT. Curative resection in Zollinger-Ellison syndrome: Result of 10 year prospective study. *Ann Surg* 1992; 215: 8.
7. Oreskovich MR, Carrico CJ. Pancreaticoduodenectomy for trauma: A viable option? *Am J Surg* 1984; 147: 618.