



Revisión de conjunto

Cirugía del cáncer de páncreas: estrategias quirúrgicas según los datos basados en la evidencia



Santiago Sánchez Cabús* y Laureano Fernández-Cruz

Departamento de Cirugía HPB y Trasplantes. ICMDiM, Hospital Clínic, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de octubre de 2014

Aceptado el 27 de marzo de 2015

On-line el 7 de mayo de 2015

Palabras clave:

Páncreas

Cáncer

Cirugía

Evidencia

Cirugía pancreática

Pancreaticogastrostomía

RESUMEN

La cirugía del cáncer de páncreas es un reto para el profesional debido a su complejidad técnica, las posibles complicaciones derivadas y, en último término, por la mala supervivencia. El objetivo de este artículo es resumir toda la evidencia científica en torno al tratamiento quirúrgico del cáncer de páncreas para poder facilitar al cirujano la toma de decisiones en el manejo de estos pacientes. En él se abordan cuestiones tan fundamentales como la necesidad de practicar una biopsia antes de la intervención, el tipo de anastomosis pancreática con mejores resultados, o la necesidad de la colocación de drenajes tras la cirugía pancreática.

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Surgery for pancreatic cancer: Evidence-based surgical strategies

ABSTRACT

Pancreatic cancer surgery represents a challenge for surgeons due to its technical complexity, the potential complications that may appear, and ultimately because of its poor survival. The aim of this article is to summarize the scientific evidence regarding the surgical treatment of pancreatic cancer in order to help surgeons in the decision making process in the management of these patients. Here we will review such fundamental issues as the need for a biopsy before surgery, the type of pancreatic anastomosis leading to better results, and the need for placement of drains after pancreatic surgery will be discussed.

© 2014 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Pancreas

Cancer

Surgery

Evidence-based

Pancreatic surgery

Pancreaticogastric anastomosis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ssanche1@clinic.ub.es (S. Sánchez Cabús).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.03.009>

0009-739X/© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

En el campo de la cirugía pancreática, el cáncer de páncreas se erige como una de las patologías con mayor predominancia. Desde el punto de vista de su frecuencia, ha experimentado un aumento notable a lo largo de los últimos 20 años. Los datos de estimación de la Sociedad Americana para el Cáncer son aproximadamente 46.420 nuevos diagnósticos de cáncer de páncreas para el año 2014. Además, a pesar de los avances tanto desde el punto de vista quirúrgico como de tratamiento oncológico, las previsiones de fallecimiento como consecuencia de la enfermedad son de 39.590 para el mismo año¹, de tal modo que se puede observar que la relación entre nuevos diagnósticos y defunciones es del 0,85.

La resección quirúrgica constituye el pilar fundamental del tratamiento del cáncer de páncreas, y dicha resección debe ser completa con márgenes suficientes y asociar una linfadenectomía adecuada. La alta complejidad de la cirugía y la frecuencia e importancia de las complicaciones hacen que sea fundamental disponer de sólidos conocimientos del manejo de los pacientes en el periodo perioperatorio. Por tanto, es necesario que el cirujano que se disponga a tratar un paciente con cáncer de páncreas disponga de la máxima información de cómo adecuar el manejo de los pacientes.

Recientemente han aparecido en la literatura 4 artículos de consenso del grupo de estudio internacional de cirugía pancreática (*International Study Group of Pancreatic Surgery [ISGPS]*), abordando temas tan importantes como la resección de los pacientes *borderline*, la linfadenectomía y pancreatoclectomía extendida, y la necesidad de una biopsia pancreática preoperatoria²⁻⁵. En este artículo hemos querido dar respuesta a estas y otras preguntas frecuentes que el cirujano se plantea a la hora de abordar un paciente que debe ser sometido a una resección pancreática en general y como consecuencia de un cáncer de páncreas en particular, basándonos en la evidencia científica que existe en la literatura en este momento. Además, para cada punto hemos querido hacer un resumen con la gradación en base a los niveles de evidencia y grados de recomendación (tabla 1).

¿Es necesaria la confirmación histológica preoperatoria? En caso afirmativo, ¿cuál es la mejor técnica?

Clásicamente, la alta morbilidad asociada a la cirugía pancreática hacía que el diagnóstico preoperatorio de las enfermedades malignas fuera una premisa para proceder al tratamiento quirúrgico de las mismas. Sin embargo, en la actualidad la morbilidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente ha experimentado una disminución notoria gracias a la evolución de la cirugía pancreática. Igualmente, la mejoría en las técnicas radiológicas ha conllevado una mejor capacidad diagnóstica no invasiva. La técnica radiológica fundamental para el diagnóstico del cáncer de páncreas en la actualidad es la tomografía computarizada (TC), tanto la

Tabla 1 – Niveles de evidencia y grados de recomendación

Niveles de evidencia

- I La evidencia proviene de metaanálisis de ensayos controlados, aleatorizados, bien diseñados
- II-1 La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado
- II-2 La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar
- II-3 La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero cuyo efecto puede evaluarse
- III La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles
- IV La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos

Grados de recomendación

- A Existencia de buena evidencia científica. Sugiere que los beneficios del tratamiento superan sustancialmente los riesgos potenciales
- B Evidencia científica justa. Sugiere que los beneficios del tratamiento superan los riesgos potenciales
- C Evidencia científica justa. Sugiere que el tratamiento proporciona beneficios, pero el balance entre los beneficios y los riesgos está demasiado cerca como para hacer recomendaciones generales
- D Evidencia científica justa. Sugiere que los riesgos del tratamiento son mayores que los beneficios potenciales
- I La evidencia científica es deficiente, de mala calidad o en conflicto, de tal manera que la relación riesgo-beneficio no se puede evaluar

Los niveles de evidencia y grados de recomendación de este trabajo están adaptados de la U.S. Department of Health and Human Services' Agency for Healthcare Research and Quality (<http://www.ahrq.gov>).

helicoidal como la multicorte, con una sensibilidad de entre el 76 y el 100%, según los datos publicados en la literatura⁶. La consecuencia negativa de la ausencia de diagnóstico histológico antes de la cirugía es, por supuesto, el error diagnóstico. En efecto, se estima que entre el 5 y el 10% de los casos con sospecha clínica y radiológica de malignidad tienen resultados anatomopatológicos benignos, y viceversa, hasta el 10% de los pacientes con diagnóstico preoperatorio benigno tendrá un resultado patológico positivo para células malignas⁷⁻¹².

En este sentido, el consenso acordado por el ISGPS es que en el caso de tener una masa en la cabeza pancreática sospechosa no se requiere la práctica de biopsia de forma rutinaria. Por tanto, una fuerte sospecha clínica y radiológica debe ser suficiente para indicar la intervención, reservando la confirmación histológica previa a la cirugía para aquellos casos en que el hecho de presentar o no un determinado diagnóstico pueda comportar un cambio en el manejo terapéutico. Además, en determinadas patologías, como la pancreatitis autoinmune, otras estrategias pueden ser útiles, como la dosificación de la IgG4 y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252220>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252220>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)