



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Revisión de conjunto

¿Sigue representando la infiltración arterial un criterio de irresecabilidad en el carcinoma de páncreas?



Emilio Vicente*, Yolanda Quijano, Benedetto Ielpo, Hipolito Duran, Eduardo Diaz, Isabel Fabra, Catalina Oliva, Sergio Olivares, Riccardo Caruso, Valentina Ferri, Ricardo Ceron y Almudena Moreno

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Centro Integral Oncológico Clara Campal, Facultad de Medicina, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de octubre de 2013

Aceptado el 4 de noviembre de 2013

On-line el 15 de marzo de 2014

Palabras clave:

Cancer de páncreas

Invasión vascular

Pancreatectomía ampliada

Keywords:

Pancreatic cancer

Vascular invasion

Major pancreatic resection

RESUMEN

La resección quirúrgica representa en la actualidad la única posibilidad terapéutica para pacientes afectos de carcinoma de páncreas (CP). Procedimientos quirúrgicos agresivos han sido descritos en un intento de incrementar la resecabilidad. La resección venosa representa en la actualidad una técnica quirúrgica aceptada en centros con importante experiencia en cirugía pancreática. Por el contrario, la resección arterial en enfermos afectos de CP sigue siendo una técnica muy controvertida. La infiltración arterial en estos pacientes suele ser considerada un criterio de irresecabilidad. En los últimos años, importantes avances en la técnica quirúrgica y en el tratamiento postoperatorio de estos pacientes han permitido reducir la morbimortalidad de las resecciones pancreáticas. Por otra parte, notables mejoras en el tratamiento neoadyuvante y adyuvante así como un mayor conocimiento en la biología del tumor además de nuevas opciones diagnósticas han permitido mejorar la supervivencia.

En el presente artículo, destacamos importantes puntos que un cirujano moderno debe de considerar para tratar a afectados de CP con infiltración arterial.

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Is arterial infiltration still a criterion for unresectability in pancreatic adenocarcinoma?

ABSTRACT

As surgical resection remains the only hope for cure in pancreatic cancer (PC), more aggressive surgical approaches have been advocated to increase resection rates. Venous resection demonstrated to be a feasible technique in experienced centers, increasing survival. In contrast, arterial resection is still an issue of debate, continuing to be considered a general contraindication to resection. In the last years there have been significant advances in surgical techniques and postoperative management which have dramatically

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilvic@bitmailer.net (E. Vicente).

0009-739X/\$ – see front matter © 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.11.001>

reduced mortality and morbidity of major pancreatic resections. Furthermore, advances in multimodal neo-adjuvant and adjuvant treatments, as well as the better understanding of tumor biology and new diagnostic options have increased overall survival.

In this article we highlight some of the important points that a modern pancreatic surgeon should take into account in the management of PC with arterial involvement in light of the recent advances.

© 2013 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En los países occidentales, el cáncer de páncreas (CP) representa la cuarta y quinta causa de muerte relacionada con el cáncer en hombres y mujeres respectivamente, con más de 100.000 muertes anuales en Europa y EE. UU.^{1,2}. Aproximadamente un 80-90% de los CP son lesiones localmente avanzadas o con diseminación sistémica al momento del diagnóstico. En pacientes susceptibles de tratamiento quirúrgico, la cirugía, siempre que se obtengan márgenes libres, representa el único tratamiento que puede ofrecer una prolongada supervivencia³.

La resección vascular en la pancreatometomía por CP es un tema controvertido. La afectación venosa, siempre que sea posible una reconstrucción del flujo venoso, es un factor de complejidad técnica, pero no debe de representar un concepto de irreseccabilidad. La afectación arterial ha supuesto durante mucho tiempo una contraindicación para la resección quirúrgica, debido a la alta tasa de morbilidad y al limitado beneficio oncológico. En los últimos años, un número reducido de grupos han ido modificando este criterio⁴⁻⁷. La estandarización de los procedimientos quirúrgicos, la participación de cirujanos generales con amplia experiencia en cirugía vascular y la centralización de la cirugía de páncreas en hospitales de referencia son factores que han contribuido a esta modificación.

La localización anatómica del páncreas y su proximidad con los grandes ejes vasculares abdominales condiciona la afectación arterial en los procesos neoplásicos. La arteria hepática común (AHC), el tronco celiaco (TC) y la arteria mesentérica superior (AMS) son los ejes arteriales más frecuentemente afectados por el proceso neoplásico. En determinados casos, bien por la propia extensión tumoral de la enfermedad, bien por la presencia de variantes anatómicas vasculares se ven afectados otros ejes arteriales como la arteria hepática derecha (AHD)⁴.

Diagnóstico

La estadificación preoperatoria es un paso de singular importancia en los enfermos afectados de CP. Su finalidad es reconocer las lesiones consideradas en el límite de la reseccabilidad (CPLR) en las que el tratamiento neoadyuvante es necesario y el tumor inoperable o irreseccable.

La afectación venosa portal/mesentérica o arterial fue el criterio establecido para definir el CPLR en la primera definición efectuada de este concepto⁸. Posteriormente, diferentes clasificaciones han sido descritas⁹⁻¹¹. En todas ellas, la afectación arterial define CPLR o lesiones irreseccables.

La tomografía axial computarizada (TAC), la PET/TAC y la biopsia por aguja fina guiada por ecografía endoscópica (EE) han demostrado ser adecuados métodos de diagnóstico y estadificación en el CP¹¹. La TAC y la EE se consideran igualmente pruebas necesarias para obtener información sobre la afectación arterial en pacientes con CP¹².

La inclusión arterial dentro del magma tumoral, o la combinación de afectación mayor del 50% de la circunferencia arterial, con irregularidad de la pared vascular o estenosis del mismo son criterios radiológicos de invasión arterial. Sin embargo, la valoración tomográfica del estado arterial en algunos pacientes con CP es difícil de establecer¹³. En muchos casos la TAC no logra identificar la afectación arterial o venosa¹⁴ que por otra parte es relativamente frecuente (21-64%)^{15,16}.

Sugiyama et al. han reportado que la precisión de la EE para la identificación de la afectación vascular portal es mayor que la de la TAC, la ecografía y la angiografía¹⁷. Otros grupos han reportado conclusiones similares^{18,19}. No existe sin embargo uniformidad en este criterio. La afectación vascular es evaluada con mucha más dificultad a través de EE^{19,20}, reportándose de manera global una sensibilidad del 50-100%²⁰⁻²³ y una especificidad del 58-100%^{20,23}.

La precisión diagnóstica de la resonancia magnética para la afectación vascular es muy similar a la de la TAC^{24,25}. Por ello se reserva esta técnica diagnóstica para aquellos pacientes en los que exista contraindicación para realizar una TAC; alergia a iodo, insuficiencia renal o embarazo.

Manejo quirúrgico de la afectación vascular

Arteria mesentérica superior

La exploración quirúrgica es la que confirma finalmente la infiltración vascular. En la duodenopancreatometomía cefálica estándar la afectación arterial se suele apreciar tras efectuar la transección del cuello del páncreas.

El abordaje «arterial-inicial» define una modificación técnica que permite identificar de forma precoz la afectación arterial en enfermos con CP²⁶. Se efectúa inicialmente la disección de la AMS. El cuello del páncreas y el estómago son divididos en la parte final de la resección. Se han descrito una variedad de diferentes técnicas bajo este término²⁷⁻³⁵.

En grupos que consideren la afectación arterial como una contraindicación absoluta para la resección quirúrgica, este abordaje vascular inicial resulta necesario en un intento de evitar que se detecte tardíamente la invasión arterial. Cuando esto sucede, el cirujano puede optar por 2 diferentes opciones: 1) considerar irreseccable la lesión tumoral, o 2) reseccar la lesión, dejando tumor adherido al vaso afectado. Un margen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252672>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252672>

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