

Pancreatoduodenectomía durante el embarazo por adenocarcinoma de ampolla de Vater y posterior resección de recurrencia ganglionar con buen resultado a corto y largo plazo

Pancreatoduodenectomy for ampullary adenocarcinoma and re-intervention for ganglionic recurrence

Gustavo Reaño Paredes ¹, José De Vinatea De Cárdenas ¹, Fernando Revoredo Rego ¹, Fritz Kometter Barrios ¹, Luis Villanueva Alegre ¹, José Arenas Gamio ², Mónica Uribe León ¹

¹ Servicio de Cirugía de Páncreas, Bazo y Retroperitoneo, Departamento de Cirugía General, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Lima, Perú.

² Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Lima, Perú.

Recibido: 09-01-2014; Aprobado: 02-06-2014

RESUMEN

Mujer de 30 años con 13 semanas de su segunda gestación que se presentó con síntomas de anemia severa, hemorragia digestiva alta, dolor epigástrico y baja de peso. Mediante endoscopia alta se diagnosticó un adenocarcinoma bien diferenciado de ampolla de Vater. Se le practicó pancreato-duodenectomía a las 16 semanas de su embarazo sin complicaciones. Durante el seguimiento se identificó recurrencia ganglionar loco-regional 4 meses después por lo que se le realizó parto por cesárea a las 34 semanas con neonato saludable de 2500 gr. Se decidió reintervención para resección de enfermedad ganglionar la cual se realizó con éxito. Lleva 36 meses de seguimiento sin evidencia de recidiva de la enfermedad. Su hija ha tenido un desarrollo normal.

Palabras clave: Pancreatoduodenectomía; Gestación; Adenocarcinoma; Ampolla de Vater (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

A 30 years old woman in the 13 week of her second pregnancy who had severe anemia, upper gastrointestinal bleeding and weight loss. She was given the endoscopic diagnosis of a well differentiated ampullary adenocarcinoma. She underwent a pancreato duodenectomy during the 16 week of pregnancy without complications. After 4 months of follow up we identified a ganglionic local recurrence so that's why she underwent a cesarean in the 34 week of pregnancy. The product was a healthy 2500 gr. newborn. We decided a reoperation for the resection of the recurrence and it was carried out successfully. Currently the patient has 36 months of follow up without evidence of recurrence and her baby has a normal grow up.

Key words: Pancreatoduodenectomy; Pregnancy; Adenocarcinoma; Ampulla of Vater (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Evitar intervenir quirúrgicamente a una mujer en el período del embarazo y tratar de posponer cualquier tratamiento quirúrgico posterior al parto, cuando las circunstancias lo permitan, es una conducta lógica y racional. Disminuir el impacto del trauma quirúrgico y la exposición a medicamentos con efectos potencialmente adversos al binomio madre-feto, implica sin embargo, valorar meticulosamente las consecuencias de un manejo conservador en circunstancias clínicas muchas veces, ambiguas. Sin duda, un abdomen agudo quirúrgico, como una apendicitis aguda, debe terminar resuelto en quirófano al más breve plazo, independientemente de la gestación. Por otro lado, el manejo de un cólico vesicular o un episodio de colecistitis crónica reagudizada, tal vez, nos permita posponer la colecistectomía al período postparto.

Se tiene claro, también, que sí se debe operar durante el embarazo el mejor momento es el segundo trimestre ⁽¹⁾. Se ha superado la etapa embrionaria de mayor susceptibilidad a la potencial teratogenicidad externa del producto y el lapso en que los abortos se presentan con mayor frecuencia y aún el útero no ha alcanzado gran tamaño que impide muchas veces llevar a cabo una operación sin manipularlo o traccionarlo lo que incrementaría el riesgo de parto prematuro. Además cuando la paciente ya se encuentra en el tercer trimestre, si hay necesidad de operar, se puede tener libertad de culminar el embarazo sin riesgos incluso a partir de la semana 34 luego de lograr la madurez pulmonar fetal ^(1,2).

Pero qué hacer cuando se debe enfrentar una enfermedad oncológica que se presenta durante el embarazo, que en el caso de la cirugía del aparato digestivo siempre entrafna la realización de

procedimientos quirúrgicos complejos, como una gastrectomía o una colectomía. Más aún si la operación que se debe practicar es una hepatectomía mayor o una pancreatoduodenectomía cefálica (PDC). La operación de Whipple plantea un reto formidable en cualquier circunstancia, por su elevada morbilidad (30-50%) y su persistente incidencia de complicaciones graves que pueden desencadenar la muerte (menos del 3% en centros especializados) del paciente (3,4). A esto se añade el gran problema diagnóstico que plantea, en general, cualquier enfermedad durante la gravidez. Los síntomas y signos que pueden producir los tumores del páncreas pueden enmascarse en el contexto clínico del embarazo, que puede conducir a tomar decisiones incorrectas, por diagnósticos tardíos o erróneos (1,2).

La experiencia reportada en PDC durante el embarazo es sumamente escasa. Se han reportado hasta donde se tiene conocimiento 8 casos, 2 por adenocarcinoma ductal, 3 por tumor neuroendocrino, 2 por tumor sólido pseudopapilar y 1 por adenocarcinoma de ampolla de Vater (2,5-11). Todas las pacientes tuvieron un curso postoperatorio favorable luego de la cirugía. Esto permitiría conjeturar que esta operación podría realizarse con éxito para la madre y el feto en un servicio especializado en cirugía pancreática y en un centro que permita manejar las potenciales complicaciones post quirúrgicas y obstétricas.

Se reporta el noveno caso en la literatura mundial de pancreatoduodenectomía durante la gestación, siendo el segundo caso por adenocarcinoma de ampolla de Vater, en quien se resecó recurrencia ganglionar con buen resultado a corto y largo plazo. Así también se hace una revisión de la información existente al respecto.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años con tiempo de enfermedad de 8 meses caracterizada por melenas, palidez de piel y mucosas, astenia, adinamia, dolor abdominal punzante en epigastrio, pérdida de peso progresiva de 10 kg y distensión abdominal. Adicionalmente presentaba amenorrea de aproximadamente 2 meses de evolución. Al examen, se encontró una paciente adelgazada, con marcada palidez de piel y mucosas. No se evidenció ictericia de piel y/o escleras. Antecedente de gestación y parto eutócico previo. No presentó ningún antecedente de historia familiar ni personal de importancia. No se detectó adenopatías periféricas. A la evaluación abdominal se encontró dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de ascitis. Se palpó un útero grávido ligeramente por encima de la sínfisis del pubis. Altura uterina fue de 13 cm. Sin evidencia de sangrado vaginal. Se confirmó con evaluación ginecológica y ecografía obstétrica que la paciente se encontraba con 13 y 2/7 semanas de su segunda gestación, encontrándose feto único, con vitalidad conservada (Figura 1).



Figura 1. La ecografía obstétrica mostró un feto de 13 y 2/7 semanas con signos de bienestar fetal adecuados.

En los exámenes de laboratorio se encontró una hemoglobina en 4 g/dl, por lo que recibió 3 unidades de paquete globular hasta obtener hemoglobina de 10,3 g/dl. El recuento de leucocitos fue de 6430 x mm³, recuento de plaquetas 270 000, tiempo parcial de tromboplastina 27 s, tiempo de protrombina 10 s, INR 0,96, TGP 18 U/L, TGO 12 U/L, bilirrubina total 0,58 mg/dl, (directa 0,15 mg/dl, indirecta 0,43 mg/dl), PT 6,2 g/dl, albúmina 3,6 g/dl, globulina 2,64 g/dl, fosfatasa alcalina 187 U/L, creatinina 0,48 mg/dl, urea 5 mg/dl, glucosa 69 mg/dl, HIV negativo, HbC anticore positivo, HTLV-1 negativo, y el marcador Ca 19-9 en 2,5 U/ml. Se le realizó endoscopia alta que mostró una gran lesión proliferativa, lobulada, friable que ocupaba el sitio de la papila, deformándola totalmente, que se extendía 4 cm en forma distal en el duodeno. La biopsia confirmó un adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado con permeación linfática presente. La ecografía abdominal mostró hígado normal, sin líquido libre en cavidad peritoneal. El colédoco se encontró dilatado con 17 mm de diámetro (Figura 2) y se localizó una masa tumoral de 27 x 20 mm en duodeno (Figura 3).

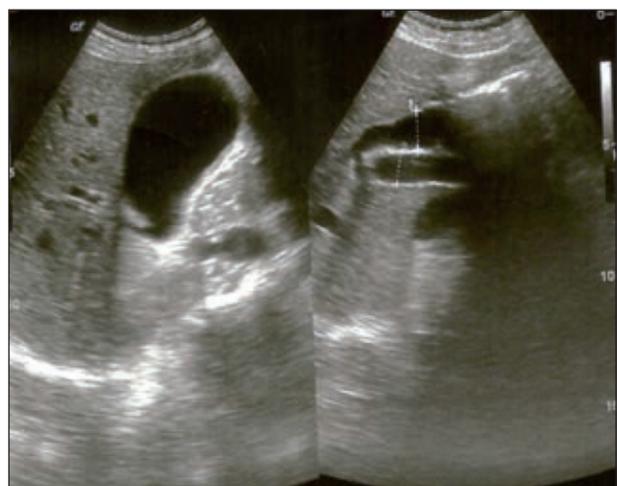


Figura 2. La ecografía abdominal mostró hígado normal, sin líquido libre en cavidad peritoneal. El colédoco se encontró dilatado con 17 mm de diámetro.



Figura 3. Se identificó una masa tumoral de 27 x 20 mm en duodeno (flecha).

Con estos resultados se informó a la paciente y familiares del riesgo/beneficio materno/fetales de una cirugía de alta complejidad y el peligro potencial de un parto prematuro y sus consecuencias. La paciente decidió que se le realice la operación propuesta preservando la gestación.

Se realizó pancreatoduodenectomía clásica a las 16 semanas de embarazo, encontrando tumoración exofítica en región de papila de Vater, con ganglios peripancreáticos duros. Hígado y peritoneo libres de enfermedad. Colédoco de 18 mm y Wirsung de 5 mm. Páncreas remanente de consistencia blanda. La reconstrucción fue en doble asa en Y de Roux con anastomosis pancreático-yeyunal término-lateral con técnica en doble plano invaginante. La anastomosis hepato-yeyunal fue término-lateral en un plano con puntos separados y la anastomosis gastroyeyunal término-lateral fue antecólica en un plano de sutura continua. Se dejó dos drenes siliconados peripancreáticos. El tiempo operatorio fue de 5 horas. El sangrado fue de 400 cc. Se le transfundió 2 unidades de paquete globular.

Fue monitorizada en unidad de cuidados intensivos durante las primeras 48 horas. Se hicieron controles de amilasas en drenes peritoneales en forma interdiaria desde el primer día postoperatorio sin evidenciar elevación por encima de 300 U/ml al tercer día con lo que se retiraron al quinto día. Los valores de amilasas en drenes fueron en PO1 692 y 182, en PO3 25 y 35 y en PO5 6 y 8. Se realizó ecografía obstétrica en el segundo día postoperatorio demostrando bienestar fetal adecuado. Y fue reevaluada por obstetricia al séptimo día verificándose buena evolución de la gestación. Recibió hidroxiprogesterona de depósito 250 mg en postoperatorio inmediato. Inició dieta enteral por sonda nasoyeyunal en PO3 y vía oral en PO5. Fue dada de alta sin complicaciones el noveno día postoperatorio. Tuvo seguimiento obstétrico con

ecografías y pruebas de bienestar fetal mensualmente demostrando vitalidad fetal conservada.

El resultado anatómico-patológico de la pieza operatoria fue adenocarcinoma papilar bien diferenciado de ampolla de Vater, predominantemente extra-ampular, que infiltraba hasta la muscular del duodeno, sin compromiso del páncreas. Se observó extensa invasión vascular y linfática, sin invasión perineural ni venosa. Se encontraron 5 ganglios peripancreáticos comprometidos por la neoplasia de 21 resecaos (Figuras 4 y 5).

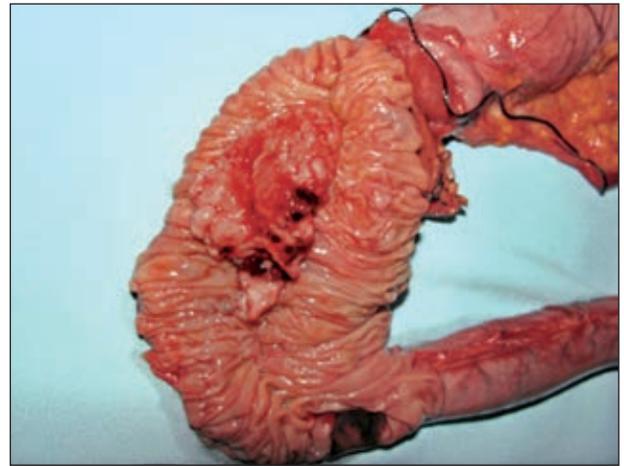


Figura 4. Tumoración proliferativa, exofítica, vegetante de 6x5cm de diámetro de ampolla de Vater con compromiso predominantemente extra-ampular.

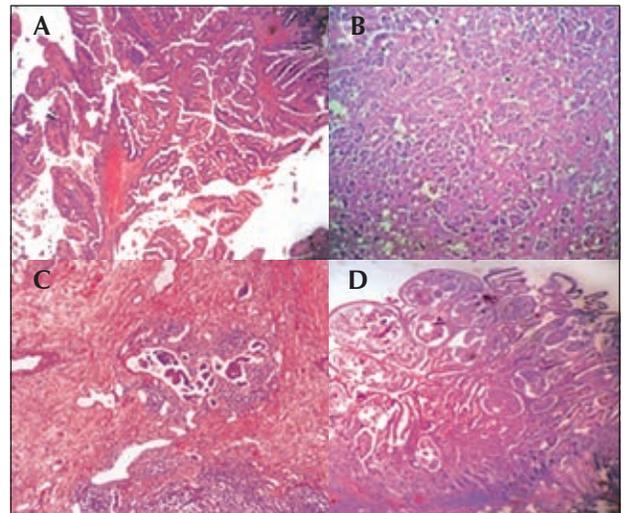


Figura 5. A mayor aumento el componente vegetante corresponde a un adenocarcinoma papilar bien diferenciado (A), mientras que el componente sólido corresponde a un adenocarcinoma micropapilar (B). Se aprecia invasión metastásica ganglionar (C) y extensa invasión con émbolos tumorales linfáticos, de la mucosa duodenal. (D)

Durante el seguimiento oncológico se le practicó RMN tórax abdomen y pelvis en el segundo mes postoperatorio revelando una imagen nodular con

alta señal en T2 por detrás de la arteria hepática de 1,5 cm sugestivo de un linfonodo locorregional y en el retroperitoneo un pequeño nódulo para-aórtico por debajo de la vena renal izquierda de 1,6 cm. Las dos lesiones de naturaleza incierta. Dos meses después, en nueva RMN se encontró crecimiento del nódulo de la arteria hepática el cual duplicó su tamaño a 3,4 cm mientras que el nódulo para-aórtico disminuyó a 1,4 cm. El resto de órganos no mostraron alteraciones (Figura 6).



Figura 6. Cuatro meses después de la cirugía en estudio de RMN se encontró crecimiento de nódulo sólido que se realza con el contraste predominantemente en la periferie en territorio de la arteria hepática común llegando a medir 3,4 cm compatible con recurrencia ganglionar (flecha).

Con fines de tratamiento de posible recurrencia linfática, con cirugía y quimioterapia adyuvante debido al alto riesgo de recurrencia por compromiso ganglionar, se decidió culminar el embarazo a las 34 semanas mediante parto por cesárea, con producto de 2500 gr el cual no tuvo mayores complicaciones.

Seis meses después de cirugía inicial se realizó exploración quirúrgica realizándose exéresis completa de ganglio de arteria hepática (grupo 8p) de 3,5 cm multilobulado, encapsulado en contacto con vena porta y cava inferior, el cual al estudio patológico confirmó adenocarcinoma metastásico. Fue dada de alta 3 días después sin complicaciones. Completó quimioterapia adyuvante luego de culminada la gestación (6 ciclos de gemcitabine). Lleva 36 meses de seguimiento sin evidencia de recurrencia de enfermedad. Su hija ha tenido un desarrollo y crecimiento normal.

DISCUSIÓN

Las neoplasias del aparato digestivo durante la gestación son un evento poco frecuente. El embarazo distorsiona la presentación clínica y evaluación diagnóstica, retrasando el tratamiento y empeorando el pronóstico de pacientes con neoplasias gastrointestinales.

Así mismo el enfoque de la cirugía y la quimioterapia deben ser modificados para minimizar los riesgos fetales y maternos, dependiendo de la etapa de la gestación ⁽¹²⁾.

El cáncer colorrectal es el más frecuente en países desarrollados. Sólo el 4 a 8% de estos casos se presentan en menores de 40 años. La incidencia en Estados Unidos es de 1 en 13 000, y se han reportado 300 casos en 4 millones de embarazos por año. En cáncer gástrico 3,5 a 6,5% son pacientes menores de 40 años. La frecuencia mayor de gestantes con esta enfermedad se describen en Japón, donde 200 a 300 (0,026%) mujeres por año tendrán cáncer de estómago ^(12,13).

Los tumores pancreáticos durante el embarazo, sin embargo, son mucho más raros. Hasta 1997 sólo habían reportados cuatro casos de adenocarcinoma de páncreas. Los tumores neuroendocrinos son las neoplasias pancreáticas más frecuentemente diagnosticadas en el embarazo, siendo los insulinomas el subtipo más frecuente ⁽¹³⁾. En una reciente revisión ⁽¹⁾ se recopilan 27 casos de neoplasias pancreáticas benignas y malignas reportados en la literatura, excluyendo los insulinomas. La extrema rareza de adenocarcinoma de ampolla de Vater diagnosticado durante la gestación se refleja en el reporte de sólo 2 casos en la literatura. El primero se realizó PDC durante la gestación y el segundo en el período postparto ^(8,14).

El carcinoma de ampolla de Vater representa el 4 a 10% de carcinomas peripancreáticos y 0,2% de los tumores malignos del tracto gastrointestinal encontrado en autopsias. La supervivencia a 5 años (45%) es superior al cáncer de páncreas y de vía biliar (10 y 30% respectivamente) ⁽¹⁵⁾. Incidencias más altas se detectan en población hispano-americana. Su presentación en gente joven menor de 45 años es bastante rara (menos de 2%) ⁽¹⁶⁾. No se ha definido una relación de predominancia de sexo. El síntoma principal es la ictericia (50-92% de pacientes) que puede asociarse con pérdida de peso, dolor abdominal y hemorragia digestiva alta. Los síntomas de tumor periampular se pueden agravar durante la gestación exacerbados por el útero grávido sobre la obstrucción distal del árbol biliar. El diagnóstico se confirma por duodenoscopia y biopsia de la lesión. Se puede intentar precisar el estadiaje local con ecoendoscopia, permitiendo definir grado de infiltración a órganos vecinos y/o establecer sospecha de metástasis ganglionar. El compromiso de órganos a distancia se establece con tomografía torácica y abdominal ⁽¹⁵⁾. Durante el embarazo se prefiere el uso de ecografía abdominal y resonancia magnética nuclear con el fin de evitar la exposición a radiación del feto. En el presente caso se utilizó ultrasonografía abdominal y duodenoscopia en el preoperatorio. No se realizó tomografía por la razón antes mencionada. La resonancia magnética nuclear (RMN) no la pudimos utilizar por no disponer de este método en nuestra institución en el momento del manejo de nuestra paciente. En nuestro

análisis retrospectivo al respecto, probablemente la magnitud de la hemorragia y la consecuente anemia severa (4 g/dl) hayan influenciado también en que nos inclinemos en explorar quirúrgicamente con premura sin esperar para obtener un mejor método de estadiaje en este caso (RMN) ⁽¹⁾. Por lo tanto, decidimos que realizar el estadiaje en estas circunstancias, con una exhaustiva ecografía abdomino-pélvica podría ser la alternativa más adecuada sobre todo para la evaluación de compromiso hepático y/o peritoneal (ascitis).

El tratamiento curativo es la resección completa del tumor. La pancreaticoduodenectomía es la operación que debe realizarse. Esta compleja intervención mantiene un nivel de morbimortalidad aún apreciable. Treinta a cincuenta por ciento de pacientes sufren alguna complicación y menos del 5% mueren como consecuencia de alguna o varias de ellas, en centros especializados. La fístula pancreática, la hemorragia post-pancreatectomía, la sepsis abdominal y la neumonía intrahospitalaria son las principales complicaciones graves de esta operación ^(3,4,15).

Existen actualmente 8 casos reportados de PDC durante el embarazo. Goldenberg y col. ⁽⁵⁾ reportan el primer caso en el año 1988. Realizan el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico a las 24 semanas de embarazo por tumor neuroendocrino no funcionante, el cual se manifestó clínicamente con sangrado gastrointestinal masivo por erosión duodenal. El parto fue a término con un neonato saludable. Bondeson y col. ⁽⁶⁾ reportaron mujer de 19 años con dolor abdominal intermitente, la ecografía mostró masa sólida en cuadrante superior derecho del abdomen y útero normal. La prueba de embarazo fue positiva. Fue sometida a laparotomía exploradora por sospecha de embarazo ectópico. Encontraron que la masa era de origen pancreático tomando biopsia solamente. Fue referida a un hospital de mayor nivel donde se le realizó la operación de Whipple por tumor sólido pseudopapilar. Se confirmó embarazo 3 semanas después (7 semanas de edad gestacional). La gestación fue interrumpida mediante un aborto pero no se precisa en el artículo si fue espontáneo, terapéutico o por decisión de la paciente. La evolución postoperatoria fue sin complicaciones. Sciscione y col. ⁽²⁾ reportan el tercer caso, también por tumor neuroendocrino no funcionante a las 20 2/7 semanas. Esta paciente fue identificada la lesión pancreática como hallazgo incidental a las 19 semanas mediante ecografía de control obstétrico. No hubo complicaciones postoperatorias. El producto murió de hemorragia intracerebral a las 27 4/7 semanas, 7 semanas después de la cirugía por lo que los autores plantean que no habría asociación de esta complicación fetal con la operación. Blackburne y col. ⁽⁷⁾ presentan el primer caso de pancreatoduodenectomía por adenocarcinoma ductal de páncreas, en una mujer con 17 semanas de embarazo. Debutó con dolor lumbar, náuseas, vómitos

y síndrome icterico, se hizo diagnóstico con tomografía, ecografía y colangiopancreatografía endoscópica. No presentó complicaciones postoperatorias. Al momento de publicación el feto mostraba adecuada viabilidad por ecografía 3 meses después de la cirugía. Ruano y col. ⁽⁸⁾ reportan el primer caso de adenocarcinoma de ampolla de Vater durante la gestación. El diagnóstico lo realizaron mediante biopsia guiada por ultrasonografía. La paciente fue a resección a las 25 semanas de gestación. A las 39 semanas se practicó parto por cesárea sin complicaciones. Levy y col. ⁽⁹⁾ reportan que resecan una lesión de 8 cm compatible con tumor sólido pseudopapilar en la cabeza del páncreas a las 16 semanas de gestación que se presentó como hiperémesis gravídica. La cirugía no tuvo complicaciones y el neonato fue un producto casi a término saludable. Kamphues y col. ⁽¹⁰⁾ describen a una mujer de 35 años en la semana 16 de su primer embarazo que se presenta con vómitos y pérdida de peso. Por ecografía y RMN se descubre una masa de 5 cm que a la biopsia con aguja fina reveló un tumor neuroendocrino bien diferenciado. Fue intervenida a las 18 semanas no presentándose complicaciones. Ocho semanas después madre y feto mostraron buena salud. Finalmente, Lubner y col. ⁽¹¹⁾ reportan a una mujer de 37 años con 16 semanas de gestación que presenta náuseas, vómitos y síndrome icterico. El diagnóstico de adenocarcinoma pancreático se confirmó con ecografía, CPRE y RMN. Se practicó una PDC luego de la cual, en la semana 24, se administró 2 ciclos de quimioterapia (gemcitabine 1000 mg/m²) hasta la semana 31. Se indujo trabajo de parto a las 35 semanas con producto normal. Doce meses después la madre falleció por enfermedad metastásica.

Estos reportes nos permiten plantear que la PDC es una operación que puede realizarse con éxito durante el embarazo sin efectos adversos en el feto, cuando es efectuada en un servicio con experiencia en cirugía pancreática y en un centro con la infraestructura necesaria para el manejo seguro de las potenciales complicaciones.

Así también se han reportado casos de neoplasias periampulares y de páncreas diagnosticados durante el embarazo pero en los que se decidió realizar la PDC en el período postparto o durante la cesárea debido principalmente a un diagnóstico cercano o en el tercer trimestre o por complicaciones agudas y graves relativas de la neoplasia. Kakoza y col. ⁽¹⁷⁾ describen a una mujer de 40 años G2P1 con 24 semanas de gestación en quien se diagnostica cáncer de cabeza de páncreas resecable, 4 semanas después (28 semanas) se procedió al parto por cesárea y 2 semanas después se realizó una PDC sin complicaciones. La paciente murió 6 meses después por progresión de enfermedad. Onuma y col. ⁽¹⁸⁾ evaluaron a una paciente con 34 semanas de embarazo que presentó contracciones

uterinas, luego de lo cual se instala un persistente dolor en hipocondrio derecho. Se detecta por TAC gran masa retroperitoneal. Con sospecha de apendicitis o perforación gástrica y absceso retroperitoneal la paciente fue sometida a cesárea de emergencia. Se encontró una perforación gástrica por una neoplasia papilar intraductal de cabeza de páncreas realizándose una PDC en la misma operación. Naganuma y col. ⁽¹⁹⁾ describen a una mujer de 32 años con 34 semanas de gestación que desarrolla abdomen agudo. Con sospecha de apendicitis perforada y absceso retroperitoneal es sometida a una cesárea de emergencia encontrándose un tumor extenso de cabeza de páncreas compatible con cistadenocarcinoma mucinoso roto, por lo que se practica una PDC de emergencia. Se reportan 3 años de seguimiento con madre e hijo en buena salud. Haddad y col. ⁽¹⁴⁾ describen a mujer de 28 años con 26 semanas de embarazo que presentó prurito y enzimas hepáticas elevadas. El diagnóstico de un adenocarcinoma de ampolla de Vater T1N0M0 se realizó con RMN y CPRE. A las 32 semanas se practica cesárea con producto saludable. Cuatro semanas después se realizó una PDC. Un año después tanto la madre como su hijo presentaban un buen estado de salud. Este es el segundo caso de carcinoma de ampolla de Vater durante la gestación.

La indicación quirúrgica durante el embarazo resulta pues un gran reto para el equipo multidisciplinario encargado del manejo de este excepcional grupo de pacientes. Este equipo debe estar conformado por el cirujano de páncreas, el gineco-obstetra, neonatólogo, el anestesiólogo, el gastroenterólogo, el intensivista y el oncólogo ^(1,2).

Teniendo en cuenta que no existen recomendaciones claras a nivel mundial por la infrecuencia de presentación de este escenario clínico, se desprende de los casos publicados algunas propuestas. Se deben tener consideraciones especiales para el análisis y planificación del tratamiento a seguir. La edad gestacional y el riesgo de progresión de enfermedad son probablemente las más importantes. El diferir el tratamiento después del parto permite evitar las complicaciones obstétricas y fetales que podrían producirse por esta compleja cirugía. Sin embargo, este manejo conservador podría someter a la madre a una posible progresión de la enfermedad oncológica. Dos a cuatro semanas de espera podrían no alterar el pronóstico ⁽¹⁷⁾, pero en una gestación temprana, como en nuestro caso, en donde debamos esperar hasta las 30-32 semanas para lograr la madurez fetal podemos poner en riesgo la oportunidad de curación presente. El tiempo de progresión de una etapa de enfermedad resecable a un estadio metastásico es muy difícil de establecer para cada caso en particular. Así también algunos reportes sugieren que el medio hormonal que se da durante la gestación podría inducir un estado de mayor agresividad en los tumores originados en el páncreas ^(10,17).

Por lo tanto, si la neoplasia se diagnostica en el primer trimestre tal vez lo más aconsejable sea diferir el tratamiento hasta el segundo trimestre, el mejor momento quirúrgico, donde los abortos espontáneos y la teratogenicidad disminuyen notablemente. Si el diagnóstico es en el tercer trimestre probablemente sea racional y correcto diferir la cirugía para el período postparto. Todo esto dependiendo de los síntomas de presentación, del riesgo oncológico y del consentimiento informado de la gestante. No cabe duda que el tratamiento quirúrgico de estas neoplasias periampulares debe ser con la mayor prontitud sobretodo en casos sintomáticos como anemia severa o hemorragia digestiva manifestaciones clínicas presentes en este caso.

La otra consideración de gran importancia es el deseo personal o expectativa de vida de la paciente y su futuro hijo. Con la debida información sobre los riesgos y beneficios se deberá respetar la decisión de la paciente y sus familiares para el momento del tratamiento. Si el diagnóstico tiene un pobre pronóstico como en el adenocarcinoma ductal de páncreas tal vez sea deseo de la madre dar prioridad a que su embarazo continúe hasta la madurez fetal, sobre todo si es primera y probablemente única gestación. Pero si el pronóstico es mucho mejor como es el del carcinoma de ampolla de Vater y la posibilidad de cura es apreciable, es probable que la paciente asuma el riesgo del tratamiento y que el desenlace de la gestación quede determinado por los resultados de la operación, más aún si ya es el segundo o tercer embarazo.

El factor pronóstico más importante establecido para el adenocarcinoma de ampolla de Vater es el compromiso ganglionar. El pronóstico de supervivencia a largo plazo depende en gran medida de la magnitud de la enfermedad ganglionar en los casos resecables sin metástasis a distancia tal como lo corroboran diversos estudios ^(20,21). Pacientes sin metástasis ganglionar tienen una mediana de supervivencia de 60-70 meses, mientras que los que tienen metástasis sólo 28-30 meses. Adicionalmente, la profundidad de infiltración, la diferenciación histológica, la invasión perineural y vascular así como el tamaño tumoral, se han correlacionado con un pronóstico adverso ⁽²⁰⁾.

La disección ganglionar del ligamento hepatoduodenal, tronco celíaco y arteria hepática común, por lo tanto, es de suma importancia. El completo vaciamiento del grupo ganglionar que se localiza en la cara posterior de la arteria hepática común en algunas circunstancias, es dificultoso en nuestra experiencia. Estos ganglios se confunden con el tejido adiposo en donde están inmersos y no se logran identificar ni visualmente ni por palpación. En nuestro caso se exploró y se intentó la linfadenectomía completa de esta área como lo prueba el número de ganglios reportados en el informe patológico (21 ganglios).

El número de ganglios que deben ser extirpados y recolectados por patología debe ser superior a 12 en esta neoplasia ⁽²¹⁾. Sin embargo, durante el seguimiento de la paciente, se detecta imagen sugestiva de recurrencia ganglionar del grupo posterior (8p) de la arteria hepática común, lo que nos confirmó que ésta al parecer no fue completa. Esta lesión creció duplicando casi su tamaño y esto, asociado al elevado número de metástasis ganglionares (5/21) en la pieza operatoria generó una alta sospecha de recurrencia de la enfermedad. No se ha establecido aún el tiempo en el cual se define recurrencia o progresión de la enfermedad neoplásica luego de tratamiento con intento curativo ⁽²²⁾. Hemos decidido definir en este caso recurrencia ganglionar a esta lesión ya que durante la operación no se identificó enfermedad residual macroscópica y se consideró haber logrado una limpieza ganglionar completa. Sin embargo, somos conscientes que el corto tiempo (4 meses) entre la aparición de la recidiva y la operación, nos hace sospechar que podríamos estar frente a la progresión de enfermedad residual microscópica ganglionar (R1) ⁽²²⁾.

Se decidió culminar el embarazo a las 34 semanas. Siendo la paciente posteriormente sometida a laparotomía exploradora para resección de adenopatía descrita, la cual se realizó sin mayores complicaciones obteniendo la extirpación completa dada su naturaleza encapsulada. Estando ya 3 años libre de enfermedad nos permite confirmar que el esfuerzo quirúrgico que implica una completa linfadenectomía debe ser obligatorio y que la resección de una recurrencia ganglionar aislada post-Whipple puede ser una opción válida.

En conclusión, el diagnóstico de adenocarcinoma de ampolla de Vater durante la gestación es de extrema rareza. La PDC es una operación que puede llevarse a cabo durante la gestación con buenos resultados postoperatorios a corto y largo plazo para la madre y el feto. El segundo trimestre parece ser el mejor momento quirúrgico. La indicación quirúrgica y la estrategia de manejo debe ser fruto del análisis del equipo multidisciplinario, equilibrando el riesgo obstétrico, el riesgo oncológico, la forma de presentación clínica y las expectativas maternas.

BIBLIOGRAFÍA

- Boyd C, Benarroch-Gampel J, Kilic G, Kruse E, Weber S, Riall T. [Pancreatic neoplasms in pregnancy: diagnosis, complications, and management](#). J Gastrointest Surg. 2012 May;16(5):1064-71. doi: 10.1007/s11605-011-1797-y.
- Sciscione AC, Villeneuve JB, Pitt HA, Johnson TR. [Surgery for pancreatic tumors during pregnancy: a case report and review of the literature](#). Am J Perinatol. 1996 Jan;13(1):21-5.
- Cameron JL, Pitt HA, Yeo CJ, Lillemoe KD, Kaufman HS, Coleman J. [One hundred and forty-five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality](#). Ann Surg. 1993 May;217(5):430-5.
- Fernandez-del Castillo C, Rattner DW, Warshaw AL. [Standards for pancreatic resection in the 1990s](#). Arch Surg. 1995 Mar;130(3):295-9.
- Goldenberg AM, Present DH, Bauer J, Gordon R. [Islet cell tumor presenting as massive upper gastrointestinal bleeding in pregnancy](#). Am J Gastroenterol. 1988 Aug;83(8):873-5.
- Bondeson AG, Bondeson L, Thompson NW. [Early pregnancy masquerading as a marker for malignancy in a young woman with curable neoplasm of the pancreas](#). Br J Surg. 1990 Jan;77(1):108-9.
- Blackbourne LH, Jones RS, Catalano CJ, Iezzoni JC, Bourgeois FJ. [Pancreatic adenocarcinoma in the pregnant patient: case report and review of the literature](#). Cancer. 1997 May 1;79(9):1776-9.
- Ruano R, Hase EA, Bernini C, Steinman DS, Birolini D, Zugaib M. [Pancreaticoduodenectomy as treatment of adenocarcinoma of the papilla of Vater diagnosed during pregnancy. A case report](#). J Reprod Med. 2001 Nov;46(11):1021-4.
- Levy C, Pereira L, Dardarian T, Cardonick E. [Solid pseudopapillary pancreatic tumor in pregnancy. A case report](#). J Reprod Med. 2004 Jan;49(1):61-4.
- Kamphues CH, Rocken C, Neuhaus P, Neumann UP. [Non-functioning, malignant pancreatic neuroendocrine tumour \(PNET\): a rare entity during pregnancy](#). Langenbecks Arch Surg. 2009 Mar;394(2):387-91. doi: 10.1007/s00423-008-0346-y.
- Lubner S, Hall B, Gopal DV, Soni A, Hegeman R, Winterle N, et al. [A 37 year-old pregnant woman with pancreatic adenocarcinoma treated with surgery and adjuvant chemotherapy: A case report and literature review](#). J Gastrointest Oncol. 2011 Dec;2(4):258-61. doi: 10.3978/j.issn.2078-6891.2011.023.
- Donegan WL. [Cancer and pregnancy](#). CA Cancer J Clin. 1983 Jul-Aug;33(4):194-214.
- Dunkelberg JC, Barakat J, Deutsch J. [Gastrointestinal, pancreatic and hepatic cancer during pregnancy](#). Obstet Gynecol Clin North Am. 2005 Dec;32(4):641-60.
- Haddad O, Porcu-Buisson G, Sakr R, Guidicelli B, Letreut YP, Gannerre M. [Diagnosis and management of adenocarcinoma of the ampulla of Vater during pregnancy](#). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005 Apr 1;119(2):246-9.
- Heinrich S, Clavien PA. [Ampullary cancer](#). Curr Opin Gastroenterol. 2010 May;26(3):280-5. doi: 10.1097/MOG.0b013e3283378eb0.
- Albores-Saavedra J, Schwartz AM, Batich K, Henson DE. [Cancers of the ampulla of Vater: demographics, morphology, and survival based on 5,625 cases from the SEER programme](#). J Surg Oncol. 2009 Dec 1;100(7):598-605. doi: 10.1002/jso.21374.
- Kakoza RM, Vollmer CM Jr, Stuart KE, Takoudes T, Hanto DW. [Pancreatic adenocarcinoma in the pregnant patient: a case report and literature review](#). J J Gastrointest Surg. 2009 Mar;13(3):535-41. doi: 10.1007/s11605-008-0697-2.
- Onuma T, Yoshida Y, Yamamoto T, Kotsuji F. [Diagnosis and management of pancreatic carcinoma during pregnancy](#). Obstet Gynecol. 2010 Aug;116 Suppl 2:518-20. doi: 10.1097/AOG.0b013e3283181de8995.
- Naganuma S, Honda K, Noriki S, Kimura S, Murakami M, Koneri K, et al. [Ruptured mucinous cystic neoplasm with an associated invasive carcinoma of pancreatic head in a pregnant woman: Report of case and review of literature](#). Pathol Int. 2011 Jan;61(1):28-33. doi: 10.1111/j.1440-1827.2010.02609.x.
- Askew J, Connor S. [Review of the investigation and surgical management of resectable ampullary adenocarcinoma](#). HPB (Oxford). 2013 Jan 10. doi: 10.1111/hpb.12038.
- Sierzega M, Nowak K, Kulig J, Matyja A, Nowak W, Popielka T. [Lymph node involvement in ampullary cancer: The importance of the number, ratio and location of metastatic nodes](#). J Surg Oncol. 2009 Jul 1;100(1):19-24. doi: 10.1002/jso.21283.
- Csendes A. [¿Recurrencia o progresión del cáncer?](#) Rev Chil Cir. 2005;57(4):288-90.

Correspondencia:

Gustavo Reaño Paredes
Servicio de Cirugía de Páncreas Bazo y Retroperitoneo.
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Av. Grau 800. La Victoria. Lima, Perú
E-mail: contacto@aparatodigestivolina.com



Mejor salud, un futuro más brillante