

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN León
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina



Tesis monográfica para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía

Abordaje endoscópico y características clínicas de pacientes con tumores de la encrucijada biliopáncreatica diagnosticados en el servicio de cirugía del HEODRA, en el período mayo 2017- mayo 2021

Autora:

Xochil Yubelka Marín Rodríguez

Tutor:

Dr. Cristian Pereira Santana

Especialista en Cirugía General, Alta especialidad en Endoscopía Gastrointestinal,

Laparoscopía Avanzada

UNAN-León/UNAM-México

Cod.MINSA 18714

Febrero, 2022

A la libertad por la Universidad

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN León
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina



Tesis monográfica para optar al título de:

Doctor en Medicina y Cirugía

Abordaje endoscópico y características clínicas de pacientes con tumores de la encrucijada biliopáncreatica diagnosticados en el servicio de cirugía del HEODRA, en el período mayo 2017- mayo 2021

Autora:

Xochil Yubelka Marín Rodríguez

Tutor:

Dr. Cristian Pereira Santana

Especialista en Cirugía General,

Alta Especialidad en Endoscopía Gastrointestinal, Laparoscopía Avanzada

UNAN-León/ UNAM-México

Cod.MINSA 18714

Febrero, 2022

A la libertad por la Universidad

DEDICATORIA

A Dios, por regalarme la vida, sabiduría, fortaleza, protección y el entendimiento que necesito cada día en mis estudios y por hacerme una mujer de bien para poder ayudar y servir a los demás con amor.

A mi persona porque cada día soy capaz de superar todas las pruebas en mi camino.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor que ha dedicado su tiempo, sabiduría, disposición, esmero, paciencia y comprensión en la culminación de esta tesis.

A mis maestros por compartir conmigo sus conocimientos, su maravilloso ejemplo y dedicación lo cual constituyen para mí un modelo a seguir.

Al personal de salud, que de una u otra manera colaboraron en la culminación de mi preparación como Médico.

Al personal de Biblioteca Médica HEODRA quienes me han apoyado con mucha paciencia y estima en la búsqueda y uso de recursos científicos en bases de datos que proporciona la UNAN-León, los cuales han sido indispensables en la finalización de mi tesis.

A los pacientes, mis estimados pacientes que son elementos fundamentales, ellos son la razón de nuestra labor médica.

RESUMEN

Objetivo: Describir el abordaje endoscópico y características clínicas de pacientes con tumores de la encrucijada biliopancreática diagnosticados en el HEODRA en el período de mayo 2017- mayo 2021

Diseño metodológico: se realizó un estudio descriptivo, serie de casos, se revisaron 93 expedientes clínicos de pacientes con tumores de la encrucijada biliopancreática en el período de mayo 2017- mayo 2021. A los cuales se les realizaron estudios endoscópicos por CPRE. La fuente de información fue secundaria. El tipo de análisis fue univariado y bivariado, con distribución de frecuencias y porcentajes. Se muestran los resultados en tablas.

Resultados: se revisaron 93 expedientes de pacientes a los cuales se les realizaron métodos endoscópicos (CPRE) y se determinó colangiocarcinoma en un 60.2%, cáncer de la cabeza del páncreas en un 22.6 %; ampulomas en un 17.2% ; predominó el sexo masculino en un 51.6% con una leve diferencia en relación a las mujeres(48.4%), los principales datos clínicos que motivaron el proceder fueron: la ictericia, resultados de tomografía, la CPRE hizo diagnóstico definitivo y dio la pauta para el tratamiento (colocación de stent, esfinterotomía, dilatación biliar) se considera necesario tomar biopsia y realizar el cepillado intraductal.

Conclusión: la tumoración que predominó fue colangiocarcinoma seguido del cáncer de la cabeza del páncreas, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica hizo diagnóstico definitivo y dio la pauta para el tratamiento como colocación de stent, esfinterotomía, dilatación biliar, cepillado intraductal y biopsia. Los resultados son similares a la literatura internacional publicada en revistas de cirugía y gastroenterología.

Palabras clave: CPRE, colangiocarcinoma, tumores de la encrucijada biliopáncreatica.

ABREVIATURAS

CPRE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Ca: Carcinoma

HEODRA: Hospital Escuela Óscar Danilo Rosales Argüello

TNM: Tumor Nodule Metastasis

TAC: Tomografía Axial Computarizada.

USG: Ultrasonografía

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACION.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	20
RESULTADOS.....	23
DISCUSION.....	28
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
ANEXOS.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	32

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias del sistema gastrointestinal representan un 5% de todas las tumoraciones y el 1% de estos está ocupado por neoplasias en la encrucijada biliopancreática, con presentación clínica en mujeres, los primeros lugares lo ocupan el carcinoma de estómago, colon, recto y esófago¹

El cáncer de vesícula biliar es una neoplasia poco frecuente en el tracto biliar. En Chile se representa como la tercera prevalencia más alta de cáncer de vesícula, y en países como Cuba se ha observado un incremento en el número de casos anualmente². Esto se debe a que este carcinoma es una patología silenciosa y sin síntomas específicos en primeras fases²

En Nicaragua, no existen datos específicos ni reportes de esta patología que crece de manera silenciosa y eleva causas de mortalidad en algún momento del curso de la vida, a pesar de que los factores de riesgo como el fumar constituye una variable en el desarrollo de una entidad oncológica ya sea a cualquier nivel del tracto gastrointestinal o del organismo en general^{2,3}

Las patologías digestivas representan en la actualidad un problema en la sociedad; desde un cuadro enteral, infección por *helicobacter pylori* y así mismo un cáncer in situ detectado de una manera tardía y avanzada porque no existe el hábito de un chequeo médico adecuado o así mismo la calidad y el estilo de vida³

En los últimos años los métodos endoscópicos constituyen un factor importante en la detección y estudio temprano de cualquier indicio de malignidad digestiva además que es un método mínimamente invasivo y con el papel de diagnóstico y terapéutico que promete y reduce las estancias intrahospitalarias y el paciente recupera el uso de sus actividades en corto tiempo posterior al procedimiento y mejora el pronóstico en los pacientes. Según las literaturas internacionales la esperanza de vida en estos pacientes puede mejorarse y prolongarse al hacer la detección temprana, por tanto, la terapia endoscópica cumple el rol principal para identificar lesiones, tratamientos y decisiones quirúrgicas¹⁻⁴

La mayoría de los pacientes con Cáncer de la encrucijada biliopancreática se encuentran en estados avanzados de la enfermedad, donde existe un alto porcentaje de irresecabilidad, la muerte generalmente ocurre secundaria a la obstrucción y a la sepsis de la vía biliar más que por una metástasis propiamente dicha. El único tratamiento es la resección quirúrgica, la cual solo es posible en un tercio de todos los pacientes⁴

Debido a la importancia que tiene la CPRE para el diagnóstico y terapéutica de los tumores de la vía biliar, el subregistro de estas neoplasias y los escasos estudios acerca de este tema en nuestro país, se decide realizar esta investigación, con el propósito de documentar y describir las lesiones neoplásicas más frecuentes en la vía biliar encontradas a través de CPRE, tomando en cuenta que el servicio de esta unidad hospitalaria se ha convertido en centro de referencia nacional al contar con personal altamente preparado.

ANTECEDENTES

Entre Enero 2006 y diciembre de 2014 se realizó una investigación retrospectiva descriptiva en pacientes a los que se realizaron CPRE en el centro de investigaciones Médico-Quirúrgicas de Cuba. Se realizaron 830 CPRE, se determinaron variables sociodemográficas (edad y sexo). Datos clínicos por los que se realiza(ictericia), en las terapias endoscópicas realizadas se determinó tumores de la vía biliar en 73 pacientes (8.8%), ampulomas en 40 pacientes (4.8%), predominó el grupo etario entre 60-69 años de edad (31%), el 57.8% eran sexo femenino, la ictericia fue el motivo de indicación del proceder, la colocación de endopròtesis fue la terapètica endoscòpica màs empleada en un 80.2% de los casos ³

En Octubre 2011, A. Guitròn-Cantù et al, realizaron un estudio retrospectivo de 5 años en el hospital de Especialidades UMAE número 71 IMSS, Torreòn, Coahuila. Mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes enviados a CPRE, variables demográficas, biopsias endoscópicas, estudios de imagen y evolución clínica. En total se realizaron 2753 CPRE de estas 829 fueron subsecuentes y 1924 atendidas por primera vez de estas 1351 fueron mujeres (70.20%) y 573 (29.8%) hombres. Cáncer de páncreas en un 27.9% y ampulomas 12.3% , se realizó cepillado intraductal para análisis histopatológico en un 86.7%, sin mortalidad asociada al procedimiento⁴

A nivel nacional no se cuenta con estadísticas confiables que nos permitan conocer la prevalencia real de estas neoplasias.¹⁻⁵ No existen registros claros ni estudios acerca del tema .El Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de la Dirección General de Epidemiología del hospital escuela Oscar Danilo Rosales no cuenta con este proceso.

JUSTIFICACION

La realización de este estudio permitirá una mejor comprensión referente a las neoplasias de la vía biliopancreática en pacientes que son atendidos en el servicio de cirugía del HEODRA. El procedimiento endoscópico está dirigido a los pacientes con el propósito de ofrecer un abordaje terapéutico, enfocado no solo a la atención temprana de la patología, sino a la instauración de un tratamiento oportuno acorde a la etapa y características del proceso neoplásico, mejorando la calidad y expectativa de vida de los pacientes.

Este estudio pretende demostrar la importancia del procedimiento y documentar la experiencia que los cirujanos de la unidad hospitalaria realizan, este trabajo se llevó a cabo con los hallazgos de las terapias endoscópicas realizadas, así mismo con el hallazgo histopatológico complementario y la descripción de los hallazgos clínicos más frecuentes de esta entidad. Este hospital al ser centro de referencia a nivel nacional, tiene que ser pionero y promotor de esta técnica, siendo este estudio un precursor en su clase y provee recolección de información como aporte de datos a la institución hospitalaria como bases a futuras investigaciones sobre el tema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel nacional no se cuenta con datos confiables que nos permitan obtener registros claros de casos reales de estas neoplasias, así como el manejo diagnóstico y terapéutico que se está llevando a cabo en la unidad de endoscopía del HEODRA.

Debido a la importancia que tiene el abordaje endoscópico para el tratamiento de las neoplasias de la vía biliar y pancreática es el método de elección en paliación de pacientes con estenosis malignas, con probabilidades superiores al 95% y baja morbilidad y mortalidad, el tratamiento quirúrgico puede reservarse para pacientes con casos potencialmente curables, por tanto, en este estudio investigativo se quiere determinar:

¿Cuál es el abordaje endoscópico y características clínicas de los pacientes con tumores de la encrucijada biliopancreática en pacientes diagnosticados en el HEODRA durante mayo 2017-mayo 2021?

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir el abordaje endoscópico y características clínicas de los pacientes con tumores de la encrucijada biliopancreática , diagnosticados en el HEODRA en el periodo de Mayo 2017- Mayo 2021

Objetivos específicos

1. Caracterizar los datos sociodemográficos y clínicos que presentan los pacientes con datos de tumores de la encrucijada biliopancreática al momento del ingreso al servicio de cirugía en HEODRA.
2. Identificar los hallazgos que se reportan en la CPRE que indican tumores biliopancreáticos.
3. Describir la terapia endoscópica utilizada en la sala de endoscopia gastrointestinal en los pacientes en estudio.

MARCO TEÓRICO

1. Aspectos anatómicos

La verdadera anatomía de la vía biliar es completamente diferente de la descripción anatómica que conocemos, ya que existen variantes anatómicas observadas. El especialista debe estar al tanto estas variaciones para trabajar frente a todas las situaciones quirúrgicas e impedir complicaciones mayores en tanto se realiza la disección⁵

La indagación peroperatoria de las vías biliares, mediante ultrasonido o CPRE, permite examinar estas variaciones morfológicas. el territorio ampular y periampular es un sector complejo que incluye la encrucijada biliopancreática y el área ubicada entre el páncreas, la papila duodenal mayor y el duodeno⁵.

Las vías biliares son las encargadas de transportar el líquido biliar , iniciando en el hilio del hepático hacia el duodeno; la vía biliar primordial desciende por el lado derecho de la cara anterior de la vena porta y la arteria hepática asciende a la izquierda de la vía biliar principal sobre la cara anterior de la vena porta. mediante un recorrido retroduodenopancreático, este canal hepatocolédoco desemboca posteriormente en la segunda división del duodeno exactamente a nivel de la ampolla de váter o en el de Wirsung, rodeados por el músculo esfínter de Oddi, constituyendo todos estos elementos la encrucijada biliopancreática⁵

La vesícula biliar es un reservorio de acumulación en el cual permanece el líquido biliar entre las comidas. Esta anatomía se considera como estándar y a su vez presenta muchas variaciones, cuya percepción y comprensión dependen del desarrollo a nivel embriológico de estas estructuras, la vía extrahepática biliar y la encrucijada biliopancreática, como se ha abordado, se representa según: un nivel superior; un nivel medio, un nivel inferior⁵.

2. Epidemiología

El cáncer de la vesícula biliar representa dos tercios de los cánceres de las vías biliares extrahepáticas. Su incidencia es tres veces más elevada en las mujeres, como indicio del papel favorecedor de la litiasis biliar, que se asocia al cáncer en el 75-90% de los casos. La litiasis es considerada como el principal factor de riesgo de cáncer, pero sólo el 0,3-3% de los

pacientes con cálculos vesiculares desarrolla un cáncer. Un cálculo de más de 3 cm de diámetro multiplica por 10 el riesgo relativo de desarrollar un cáncer, en comparación con los que miden menos de 1 cm ⁶

El adenocarcinoma de páncreas ocupa el 5to lugar de fallecimiento por carcinoma y el colangiocarcinoma representa el 3% de los tumores gastrointestinales, los factores etiopatogénicos que muestran mayor relevancia en el carcinoma de páncreas lo ocupan factores como los genéticos y el consumo de tabaco, siendo multifactorial en los tumores biliares⁷

El colangiocarcinoma del segmento hiliar o tumor de Klatskin es el colangiocarcinoma con mayor presentación clínica maligna, alcanzando un 10% de todos los tumores hepatobiliares, tiene un comportamiento agresivo y con buen índice de resecabilidad posterior al haberlo diagnosticado equivalente a un 47% y una esperanza de vida sin procedimiento quirúrgico con valor inferior al año, sin ningún tipo de intervención⁸

3. Proceso de carcinogénesis (Fisiopatología)

La causa exacta de las neoplasias de la encrucijada biliopancreática no ha sido aclarada aun del todo. Solo se asocia a factores de riesgo en los cuales se destacan como los principales: han sido la colelitiasis de largo tiempo y el ser mujer entre otras variables descritas, la mayoría de los estudios demuestran una asociación entre Carcinoma de vesícula biliar y la colelitiasis en sí. Es exclusivo la presencia de este carcinoma sin presencia de cálculo biliar. Se reporta que en pacientes que cursan con litiasis de vesícula biliar de más de 3cm de diámetro, el riesgo de desarrollar Carcinoma de vía biliar es aun 10 veces superior que en los que cursan con litos de menos de 1cm de diámetro. El Índice Masa Corporal aumentado, y el sobrepeso y la obesidad mórbida elevan el riesgo de presentar en algún momento de la vida cálculos biliares⁹

El adenocarcinoma de páncreas es uno de los tumores frecuentes a nivel gastrointestinal y así mismo el más fatal , el carcinoma pancreático provoca una desnutrición progresiva del enfermo, debida una deficiencia de las enzimas del páncreas, a los vómitos y la falta de apetito que puede causar el procedimiento con quimioterapia y radioterapia ,el surgimiento

de insuficiencia pancreática exocrina en el trayecto de un carcinoma de páncreas es un evento de esperarse y puede explicarse por diversas causas. Ésta puede deberse a un mecanismo en el cual se obstruye el conducto de Wirsung, que puede desmejorar por el progreso de una pancreatitis crónica distal por ese obstáculo, como resultado de la ictericia obstructiva causada por el carcinoma o por resultado de la cirugía de resección en la glándula a nivel pancreática¹¹

El colangiocarcinoma a nivel ductal que afecta principalmente a la bifurcación del hilio, mejor conocido como tumor de Klatskin, se considera como una neoplasia de complejo diagnóstico e indagación y tratamiento. En un tumor que cursa silenciosa y no alcanza grandes volúmenes, a veces resulta difícil de visualizar con los métodos de imagen convencionales como el ultrasonido y tomografía axial computarizada¹¹

4. Tipos de cáncer:

Anatomía Patológica

El adenocarcinoma de la vesícula biliar se comporta sumamente agresivo, es uno de los tumores digestivos de peor y muy mal pronóstico. En muchas veces, por la metástasis locorregional y de diagnóstico tardío, hay casos en los que la resección se vuelve imposible los casos se asocian a falta de detección temprana, histopatológicamente se reportan que la mayoría de las neoplasias de la vesícula biliar son adenocarcinomas (95-98% de los casos), El único que cuenta con resultado histológico con mejor pronóstico favorable en relación a esperanza de vida es el adenocarcinoma papilar, y los adenoescamosos las formas de muy mal pronóstico. Otros tipos histológicos, se destacan: carcinoma escamoso puro; tumor de células granulosas, rhabdomiosarcoma embrionario, carcinoide, carcinosarcomas, y tumores de estirpe hematopoyético o de tipo linfático¹²

El pronóstico de vida en todas las etapas del Cáncer Vesícula Biliar es cercano al 5%. La vida media en los pacientes diagnosticados incidentalmente es de 26,4 meses, la utilización del tipo histológico y estadiaje Tumor Nódulo Metástasis son criterios útiles para diseñar un tratamiento apropiado y pronosticar la sobrevida en los pacientes. La importancia de clarificar el estadiaje anatomopatológico repercutirá en la decisión terapéutica futura, ya que

actualmente se están obteniendo resultados alentadores con el abordaje quirúrgico radical de cáncer localizado en la vesícula biliar¹²

El carcinoma de páncreas resulta de las células de los conductos pancreáticos y representa el 95% de los tumores agresivos del páncreas. La esperanza de vida se reduce a los 5 años desde el momento de haberlo identificado es menor al 5%. Cerca del 80% se diagnostican en estadios avanzados de la enfermedad por falta de tamizaje, a pesar de la quimioterapia la supervivencia no alcanza los 8-10 meses de vida, es crucial el diagnóstico temprano. En años recientes se investigan métodos terapéuticos y en la biología molecular del ca de páncreas. El tabaco es el factor de riesgo muy importante; se ha documentado que uno de cada cuatro casos de Cáncer Pancreático se debe al tabaco, y que incrementa el riesgo 1,5 y 5 veces. Se ha relacionado con el consumo de carne de ganado vacuno y con la obesidad mórbida; y que el consumir frutas, verduras y vegetales ricos en vitamina C y algunos folatos representan tener un efecto de protección, entre otros relacionados con este tipo de cáncer son la diabetes y la pancreatitis. Un valor que se aproxima destaca que el 15% de los pacientes han presentado diabetes 6 meses antes de diagnosticarse y que el 80% son diabéticos o muestran tolerancia a la glucosa¹³

El colangiocarcinoma es una neoplasia maligna que surge en el epitelio de los conductos biliares. Descrito por primera vez por Durand-Fardel en el año 1840, su ubicación puede darse a cualquier nivel de la vía biliar, iniciando en los canalículos hasta la ampolla de Vater, lo clasificaremos según su localización, patrón de crecimiento y tipo histopatológico. se distingue el colangiocarcinoma intrahepático 20% -25%, carcinoma perihiliar en un 50% - 60%, el extrahepático 20% - 25% y el multifocal en un 5% . El extrahepático también se clasifica en hepático común, de la confluencia hiliar o de los lóbulos hepáticos derecho e izquierdo, el del tercio medio y colédoco hasta un plano que llega hacia el borde superior del duodeno, el del tercio inferior y luego desde el borde superior del duodeno hasta la ampolla de Vater. Se denomina tumor de Klatskin al que está ubicado en la confluencia hiliar, el tumor de Klatskin es de infiltrativo con invasión periductal maligna¹⁴

5. Factores de riesgo

Se han establecido numerosos factores de riesgo para el tumor de Klatskin, entre ellos siendo los más reconocidos la colangitis primaria y los quistes de colédoco, en la mayoría de los pacientes es difícil identificar un factor de riesgo evidente: la Colangitis, Enfermedad hepática poliquística, Colelitiasis y así mismo la hepato-litiasis, el síndrome de Lynch y papilomatosis biliar, enfermedad hepática de larga data, el colangiocarcinoma se muestra clínicamente obstruyendo el drenaje biliar, llevando a una ictericia. Entre los Síntomas más frecuentes son prurito en un 66%, el dolor abdominal en un 40-50%, pérdida de peso 40-50% y fiebre 20%. El dolor se presenta de manera constante, tipo sordo y en hipocondrio derecho principalmente. La colangitis es poco frecuente en este caso así mismo el crecimiento vesicular indoloro o signo de Courvoisier positivo. La lesiones perihiliares y a nivel distal se presentan con ictericia y las intrahepáticas por intenso dolor¹⁵

La triada de colestasis, dolor abdominal y pérdida de peso indican neoplasia pancreática o hepatobiliar. Algunos diferenciales de dolor en hipocondrio derecho se recogen en la siguiente tabla¹⁵

Tabla 1: causas de dolor en hipocondrio derecho

Colelitiasis	Cáncer de páncreas
Colecistitis	Urolitiasis
Colangitis	Pielonefritis
Colangiocarcinoma	Obstrucción intestinal
Hepatitis	Trauma
Absceso hepático	Perihepatitis
Úlcera péptica	Neumonía
Cáncer gástrico	Pleuritis
Pancreatitis	

El carcinoma de la vesícula biliar es una patología muy grave, muchos de estas neoplasias, con crecimiento relativamente de manera lenta y silente, son muy bien diferenciados; pero otros casos son muy raros, y se presentan como la variante esclerosada que tiende a asimilarse a una colangitis esclerosante, lo que tarda o hace ignorar el diagnóstico temprano

y por eso agrava el pronóstico. La neoplasia de vía biliar presenta baja incidencia en los países desarrollados, las personas con poco riesgo de cáncer de vesícula biliar están en el norte de Europa y entre la población blanca de Estados Unidos, mientras que las de más alto riesgo son particularmente Chile y Bolivia se atribuye a que las principales hipótesis que explican este patrón geográfico son genéticas con mayor vulnerabilidad en población amerindia, factores hormonales relacionadas principalmente con el estrógeno y algunos ambientales como dieta desequilibrada, mala calidad de vida e infecciones recurrentes¹⁶

Morfológicamente esta patología presenta 2 patrones de crecimiento: primero tumor exofítico y muy infiltrante. El exofítico se presenta como una masa muy irregular que se proyecta hacia la luz del órgano principalmente, con aspecto similar al de coliflor que puede infiltrar la pared del órgano. Esta porción muestra zonas de necrosis, ulceración y algunas hemorragias. Se localiza habitualmente en el fondo y cuello de la vesícula principalmente, a sí mismo una vez que afecta las paredes laterales en 20 % de los casos, la segunda manifestación es más común y aparece como un área indurada y engrosada principalmente la pared, completamente difusa, poco definida, que tiene capacidad de ulcerarse y ocupar todo el grosor de la pared y así mismo produce fistulas hacia sus órganos vecinos¹⁶

El carcinoma de vesícula biliar es completamente agresivo. Muy poco frecuente, afectando principalmente a mujeres. Los litos vesiculares constituyen un factor de riesgo con un mecanismo no conocido con exactitud. En un 57% de los pacientes se ha documentado el haber sufrido litos vesiculares y un 22% incluso puede presentar ictericia al momento del diagnóstico ya sea temprano o tardío. No existe específicamente una diferencia estadísticamente significativa en la esperanza de vida de estos pacientes con carcinoma de la encrucijada biliopancreática y casi siempre la mayoría de estos se encuentran en un estadio avanzado o terminal de la enfermedad¹⁷

El cáncer pancreático constituye el décimo segundo lugar de neoplasia más común y constituye un lugar importante como causa de muerte ocupando el cuarto y quinto lugar en Europa respectivamente. El tabaco se asocia como factor de riesgo a este cáncer en un 25% de los casos, con diagnóstico reciente asimismo otros factores como la edad, diabetes, pancreatitis de larga data y obesidad mórbida. En comparación con otros tumores sólidos el

índice sobre esperanza de vida es de al menos 5 años y como normalmente el adenocarcinoma pancreático se diagnostica en las últimas fases, de esta manera al menos un 20% son candidatos a cirugía y resección quirúrgica. Y un 30% son pacientes con adenocarcinoma completamente avanzado y de esto el 50% es maligno con metástasis a órganos adyacentes. He aquí la importancia de hacer un diagnóstico y pruebas de tamizaje ya sea con valoración por endoscopia digestiva o CPRE y así establecer un margen terapéutico correcto¹⁸

Manifestaciones Clínicas

Càncer de páncreas.

La mayoría de los pacientes con cáncer pancreático presentan dolor abdominal, ictericia y pérdida de peso y se conoce como la tríada del cáncer de páncreas. Pero además de eso existen otra sintomatología a esto se le suma: la anorexia, diarrea, esteatorrea, tromboflebitis y normalmente estos tumores o adenocarcinoma pancreático se desarrollan desde la cabeza del páncreas es por ello que ocasionan frecuentemente una colestasis obstructiva por compresión del conducto colédoco de igual manera los tumores ya sea en el cuerpo la cola del páncreas tienen una presentación más insidiosa. Esto contribuye a que el diagnóstico no sea temprano. Se destacan el dolor intenso abdominal en región hipogástrica irradiado y de carácter nocturno en los carcinomas avanzados y en algunos casos asociados a diabetes¹⁹

El adenocarcinoma de vesícula biliar suele presentar síntomas y signos similares a los de litos vesiculares, en sí el 90% de los tumores de klatskin muestran una variable de ictericia^{20, 21}

Exploración de Vesícula biliar en casos patológicos, cáncer.

Los síntomas con los que se presenta son poco claros, siendo difícil diagnóstico y diferenciación con respecto a los cólicos biliares o una colecistitis crónica. Esto constituye evidentemente un retraso del diagnóstico. Y se destaca el dolor abdominal, además del tinte icterico, síndromes constitucionales todos estos sugestivos de daño tumoral progresivo. El dolor abdominal constituye el síntoma más común. Típicamente el dolor surge en el hipocondrio derecho o epigastrio tipo punzante²²

En algunos casos se mitiga con comidas, similar a la úlcera péptica, casi siempre se presenta irradiación del dolor a la espalda. El dolor indica infiltración local de los nervios espláncnicos y a veces nos puede sugerir un signo de irresecabilidad. También se presenta una diabetes repentina por una insuficiencia del páncreas. Se le suma una trombosis venosa y tromboflebitis migratoria o signo de Trosseau y esto pone en evidencia normalmente los tumores del páncreas distal²³

8. Estudios de imagen

Sí sospechamos de cáncer pancreático se recurre a una tomografía axial computarizada de alta resolución y mejor así con contraste intravenoso o ultrasonido abdominal para ver la localización y el tamaño de la neoplasia de la encrucijada biliopancreática. Así mismo, su extensión, entre otras técnicas muy importantes son la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y la endoscopia, ya que estas dos técnicas además de diagnóstico permiten obtener muestras para estudio para biopsia y citología y establecer la mutación del Gen K ras para una evaluación genética. Las muestras se obtienen en la Colangiopancreatografía por cepillado o aspiración de líquido pancreático²⁴

El diagnóstico final de carcinoma de vesícula biliar se realiza con signos y síntomas y exámenes de laboratorio como la endoscopia y técnicas de imagen. Los reporte de laboratorio muestran bilirrubina directa aumentada con valores mayores a 5 mg/dl, la Colangiopancreatografía endoscópica por cepillado endoluminal mejora el obtener muestras para estudio histopatológico y el ultrasonido endoscópico visualizando la masa tumoral maligna²⁵

El tumor de Klatskin, maligno localizado es un tumor primario que surge en la confluencia de los conductillos biliares, ya sea derecho o izquierdo. Es importante el diagnóstico precoz y el estadio correcto principalmente por técnicas de imagen o evaluación endoscópica. Al inicio puede observarse como una estenosis benigna, pero en relación con su tipo de crecimiento incluye tres categorías crecimiento en forma de masa e infiltración y crecimiento intraductal entre estos destacan los tipos nodulares, esclerosantes y papilares de la clasificación que ya conocemos. Los más comunes son del tipo periductal infiltrante. Para

hacer un diagnóstico diferencial podemos agregar alguna diseminación linfática ya que en esos casos suele haber dilatación ductal e infiltración en ambos lóbulos hepáticos²⁶

9. Diagnóstico

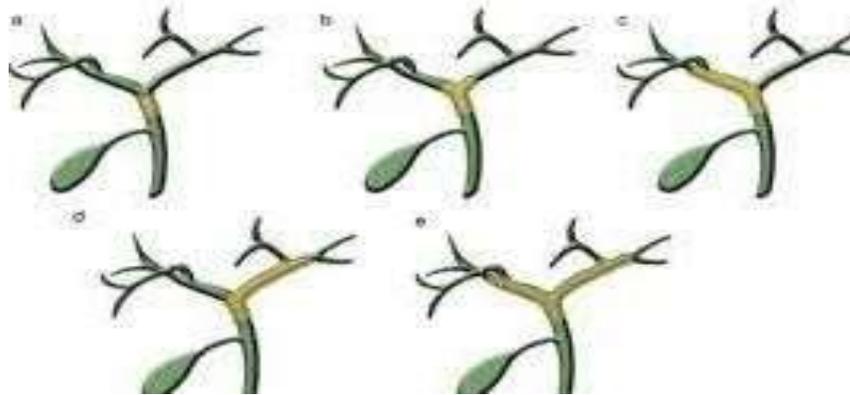
Los reportes de laboratorio en un tumor de klatskin evidencian una ictericia obstructiva, hiperbilirrubinemia, fosfatasa alcalina elevada y transaminasas elevadas, en casos más graves descende el hematocrito y pruebas de coagulación con anomalías. No se precisa de un marcador específico tumoral en esta patología. Los diagnósticos diferenciales incluyen el carcinoma de vesícula biliar el síndrome de Mirizzi o una impactación de un lito en el cuello de la vesícula. Algunas estenosis focales y comúnmente las metástasis biliares, ya sea de estómago, mama, pulmón o de colon. El diagnóstico se evidencia por signos y síntomas y técnicas endoscópicas. El signo de Corvouisier Terrier se presentan en loscolangiocarcinomas que se ubican en el tercio inferior del colédoco²⁷

Estatificación de los colangiocarcinomas según TNM²⁷

Tumor primario			
TX	No se puede evaluar el tumor primario		
T0	No hay pruebas de tumor primario		
Tis	Carcinoma in situ		
T1	El tumor está restringido histológicamente a la vía biliar		
T2	El tumor invade más allá de la pared de la vía biliar		
T3	El tumor invade la vesícula biliar, el páncreas, el duodeno u otros órganos adyacentes, sin compromiso del eje celiaco o la arteria mesentérica superior		
T4	El tumor compromete el eje celiaco o la arteria mesentérica superior		
NX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales		
N0	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales		
N1	Metástasis en los ganglios linfáticos regionales		
M0	Metástasis a distancia		
M1	Metástasis a distancia		
Estadio anatómico/grupos pronósticos			
Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
III	T4	Cualquier N	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Para los colangiocarcinomas tipo hiliares se emplea: clasificación de Bismuth Corlette:

- Tipo I. Ubicado bajo la confluencia.
- Tipo II. ubicado en la confluencia.
- Tipo IIIa. con extensión al hepático derecho.
- Tipo IIIb. con extensión al hepático izquierdo.
- Tipo IV. con extensión hacia ambos hepáticos.²⁷



10. CPRE

La Colangiopancreatografía retrograda endoscópica es un procedimiento indispensable en el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades y toda patología biliopancreática principalmente las de acceso a la encrucijada. Fue descrita en los años de 1968 realizando una canulación endoscópica de la ampolla de vater y luego 6 años después se realiza la primera Esfinterotomía endoscópica en tiempo real. Esta técnica ha venido evolucionando desde su descubrimiento hace más de 35 años. La CPRE usa endoscopía luminal y proyecta una imagen fluoroscópica para tratar y diagnosticar cualquier patología asociada al sistema pancreatobiliar²⁸

Abordaje terapéutico.

Para abordar el colangiocarcinoma debemos saber que las posibilidades son limitadas y que puede haber caso de recurrencia, la esperanza de vida es muy corta y que la resección

quirúrgica es la única opción definitiva ya que mejora el índice de esperanza de supervivencia, hasta más de 35 meses en un 63% por eso sino es resecable el paciente morirá posterior al año de haber hecho el diagnóstico definitivo²⁹

La resección completa quirúrgica es la base del tratamiento de carcinoma pancreático con una resección que abarque márgenes suficientes y una buena linfadenectomía para evitar recidivas, el procedimiento quirúrgico es muy complejo y debe realizarse por personal altamente calificado³⁰

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Descriptivo, serie de casos

Área de estudio

Salas del depto. de Cirugía de HEODRA-León. Unidad de Endoscopia Gastrointestinal y Cirugía de la Consulta Externa del HEODRA

Población en estudio

Pacientes que ingresaron al servicio de Cirugía con datos sugestivos de patología tumoral de la encrucijada biliopancreática en el servicio de Cirugía (Unidad de Endoscopia GI) del HEODRA durante el periodo de mayo 2017. Mayo 2021

Muestra

Tipo no probabilístico y por conveniencia ya que solo se incluirán a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que presentaron un diagnóstico sospechoso de estenosis maligna propia de la vía biliar.
- Pacientes con datos de ictericia por clínica y resultados de laboratorio con bilirrubina directa mayor a 5mg/dl.
- Pacientes con Reportes de Tomografía y colangiorresonancia que indiquen lesiones en región biliopancreática
- Mayores o iguales a 20 años de edad

Criterios de exclusión

- Se excluyen pacientes menores de 19 años de edad
- Pacientes que se repetían el proceder nuevamente en el centro hospitalario
- Pacientes sin patología tumoral biliopancreática

Fuente de información:

Fue secundaria, se recolectó la información por medio de una ficha de recolección de datos obteniendo

Recolección de datos

Por protocolo, se realizó carta de solicitud de recolección de información a la Dirección de este centro hospitalario HEODRA.

Obtención de información de fuente secundaria mediante llenado de ficha de recolección de datos, revisión de expedientes y resultados de estudios de laboratorio (TAC, CPRE)

Análisis de la información

Se elaboró una base de datos en el programa SPSS. Tablas de frecuencia y porcentaje de cada variable. Se realizó un análisis univariado de frecuencias y porcentaje. Se cruzaron algunas variables para determinar un mayor análisis integral. Dichos resultados se muestran en tablas.

Consideraciones éticas

La información recolectada se obtuvo de manera anónima y se utilizó únicamente con fines investigativos, no se recolectó ningún dato que permita identificar a los sujetos en estudio. los datos de expedientes y libros de servicio.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES		
Variable	Definición	Valor
Grupo etario	Edad en años del paciente desde su nacimiento hasta la fecha	20- 40 años Entre 41-50 años Entre 51-60 años 61- años a más
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas entre hombre y mujer	Femenino Masculino
Ictericia	Tinte icterico, coloración y tono amarillento de la piel, escleras o mucosas	Si No
Pérdida de peso	Disminución del peso corporal mayor a 10 libras durante 1 mes	1)Pérdida de peso superior a las 10 libras en el mes anterior 2)Sin registro de pérdida de peso 3)No perdió más de 10 libras en el último mes
HALLAZGOS TAC Masa identificable	Masa sólida hiperecogénica en vesícula y vías biliares	1)Evidencia de lesión maligna en abdomen 2)No se encontró lesión maligna
HALLAZGOS CPRE	Reporte de lesión maligna al momento de la evaluación diagnóstica y terapéutica	1) se identifica lesión maligna en vía biliar y estructuras adyacentes de carácter avanzado

		<p>2) sin evidencia de lesiones malignas a la exploración</p> <p>3) paciente sin datos que sugieran patología biliopancreática</p>
Datos imagenológicos de irresecabilidad	Evidencia de infiltración a nivel de porta y aorta, la afectación de una arteria hepática bilateral y la atrofia lobular con implicación de la vena porta contralateral o de radicales biliares	<p>1) Posee criterios de resecabilidad</p> <p>2) el daño es avanzado a nivel biliopancreático lo cual hace difícil la resección quirúrgica</p>
Cepillado ductal	Obtención de células de la vía pancreatobiliar mediante citocepillo a través de CPRE para diagnóstico histológico de cáncer	<p>1) se realiza técnica adecuada de cepillado de las células de vía biliar y pancreática</p> <p>2) no se realiza técnica de cepillado ductal a ningún nivel de la vía biliar ni pancreática</p>
Biopsia	Obtención de tejido de características morfológicamente sospechosas de malignidad a través de la colangiopancreatografía	<p>1) se realiza extracción de fragmentos de tejidos en ampolla de váter y conductos biliares (cístico y colédoco) y hepáticos.</p> <p>2) solo se realizó obtención de fragmentos de la vía biliar</p> <p>3) No se obtuvieron fragmentos para biopsia</p>

<p>Esfinterotomía y corte</p>	<p>La canulación libre del conducto pancreático se realiza usando el esfínterótomo Pull doble lumen standard de 5 o 6 French, que es insertado en el orificio pancreático, a través de este se realiza una guía hidrofílica de 0,018- 0,025 pulgadas dentro del conducto pancreático. la dirección de corte se orientará entre las posiciones 2 y 5 de las agujas del reloj con una longitud de 5- 8 mm. Se utiliza una combinación de corte/ coagulación en una proporción 3:1</p>	<p>1)Se realiza Esfinterotomía a nivel del conducto pancreático 2)No es necesario realizar Esfinterotomía y corte en el conducto pancreático</p>
<p>Colocación de stent biliar</p>	<p>Los stents biliares son dispositivos tubulares de plástico, teflón, polietileno, poliuretano, metal (aleación de acero inoxidable o de níquel- titanio) usados para aliviar las obstrucciones o estenosis</p>	<p>1) es necesario colocar un stent biliar en la CPRE 2) no se considera necesario colocar stent biliar ni pancreático, la vía biliar se encuentra funcional</p>
<p>Tumores de la encrucijada biliopancreática</p>	<p>Masas solidas con metástasis que afectan la encrucijada biliopáncreatica y que obstruyen el transito del líquido biliar y enzimas pancreáticas</p>	<p>1) colangiocarcinoma 2) cáncer de la cabeza del páncreas 3) Ampuloma</p>

RESULTADOS

Se realizó un estudio en el servicio de Endoscopía Gastrointestinal , del departamento de Cirugía del Hospital Escuela Óscar Danilo Rosales Argüello con una revisión de 93 expedientes de pacientes que cursaron con diagnóstico de tumores de la encrucijada biliopancreática , se demuestra la importancia del abordaje y el uso de las técnicas endoscópicas principalmente la realización de colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas en pacientes con datos de patología tumoral que ingresaron a esta unidad hospitalaria en la cual se realizaron procedimientos efectivos siguiendo los protocolos y guías internacionales, las técnicas mínimamente invasivas por personal altamente preparado para abordar el diagnóstico y la terapéutica de las patologías en los pacientes , así se da resultado inmediato, abordaje temprano, mejorando la esperanza de vida y el pronóstico de los pacientes.

Esta unidad hospitalaria se convierte en centro de referencia a nivel nacional ya que dichos procedimientos se realizan a pacientes de casi el 90% procedentes de todos los departamentos del país que son referidos a la unidad asistencial con resultados exitosos durante la intervención.

Se muestra que predomina el grupo etario mayor a 60 años. Todos cursaron con ictericia.

El 38.7% reportaron pérdida de peso en los últimos 3 meses, procedentes en su mayoría del norte de Nicaragua, Matagalpa el departamento con más transferencias de pacientes (20.4%) pacientes con colangiocarcinomas en un 60.2% diagnosticados y con terapéutica en HEODRA, seguido de cáncer de cabeza del páncreas con un 22.6%, la terapéutica empleada fue la Esfinterotomía y corte, colocación de stent biliar y drenaje biliar con dispositivos especializados, el diagnóstico final lo dio la CPRE y así mismo el abordaje del paciente.

Tabla 1 . Distribución porcentual de las características sociodemográficas de los pacientes que ingresan al servicio de cirugía con datos de afectación a nivel biliopáncreatica HEODRA, mayo 2017 a mayo 2021. N= 93

		Total		Género			
				hombre		mujer	
		N	%	N	%	N	%
Edad	< 39 años	7	7.5	3	6.3	4	8.9
	40-50 años	12	12.9	8	16.7	4	8.9
	51-60 años	35	37.6	17	35.4	18	40.0
	>60 años	39	41.9	20	41.7	19	42.2
Procedencia	León	10	10.8	5	10.4	5	11.1
	Chinandega	10	10.8	4	8.3	6	13.3
	Managua	3	3.2	1	2.1	2	4.4
	Matagalpa	19	20.4	11	22.9	8	17.8
	Jinotega	10	10.8	5	10.4	5	11.1
	Somoto	15	16.1	9	18.8	6	13.3
	Ocotal	15	16.1	8	16.7	7	15.6
	Estelí	11	11.8	5	10.4	6	13.3

Fuente: Expediente clínico(secundaria)

La tabla 1, muestra los rangos de edades de los pacientes el cual el 42% de la población estudiada refleja que son las personas mayores de 60 y en menor proporción los menores de 40 años, el 100% presentaban ictericia como dato clínico al momento del ingreso.

La procedencia con mayor porcentaje son pacientes de Matagalpa (20.45%), seguido de Ocotal y Somoto (16.1%), en HEODRA son atendidos pacientes que no pudieron ser abordados en sus lugares de origen ya que no se contaba con el personal altamente preparado para realizar evaluación y procedimientos por lo cual lo convierte en centro de referencia en Nicaragua.

Tabla 2. Distribución porcentual de las características clínicas de los pacientes que ingresan al servicio de cirugía con datos de afectación a nivel biliopancreática HEODRA, mayo 2017 a mayo 2021. N= 93

	Total		Género			
			hombre		mujer	
	N	%	N	%	N	%
Ictericia	93	100	48	100.0	45	100.0
Pérdida de peso en último mes (PP)						
PP > 10 libras	36	38.7	20	41.7	16	35.6
sin PP	17	18.3	9	18.8	8	17.8
no sabe	40	43	19	39.6	21	46.7
Malestar general	93	100	48	100.0	45	100.0

Fuente: Expediente clínico(secundaria)

La presencia de ictericia fue observada en 48 pacientes del sexo masculino y en las 45 mujeres en estudio(100%). Se reporta pérdida de peso en un 77.3% de los pacientes.

Tabla 3. Distribución porcentual de hallazgos que se reportan en la CPRE y toma de biopsia por cepillado intraductal, que indican grado de lesión en HEODRA periodo mayo 2017-mayo 2021. n=93

		Total		Género		P
		N	%	hombre N	mujer %	
Colangiocarcinoma	< 39 años	3	5.4	1	3.3	0.642
	40-50 años	7	12.5	5	16.7	
	51-60 años	23	41.1	10	33.3	
	>60 años	23	41.1	14	46.7	
	Total	56	60.2	30	100.0	
CA de cabeza del páncreas	< 39 años	2	9.5	1	10.0	0.677
	40-50 años	4	19	2	20.0	
	51-60 años	7	33.3	4	40.0	
	>60 años	8	38.1	3	30.0	
	Total	21	22.6	10	100.0	
Ampuloma / papila duodenal	< 39 años	2	12.5	1	12.5	0.887
	40-50 años	1	6.3	1	12.5	
	51-60 años	5	31.3	3	37.5	
	>60 años	8	50.0	3	37.5	
	Total	17.2	17.2	8	100.0	

Fuente: Expediente clínico(secundaria)

Tabla 3. Se reporta las masas tumorales por CPRE en el cual predomina masas tumorales a nivel del conducto cístico proximal y distal con un 60.2%(colangiocarcinomas), seguido del ca de páncreas. La terapia endoscópica mayor utilizada es la Esfinterotomía más la colocación de Stent biliar en 100 % de los casos, a todos los pacientes se les tomó muestras para biopsia y cepillado intraductal.

Tabla 4. Distribución porcentual de las técnicas endoscópicas utilizadas en el servicio de endoscopia gastrointestinal en los pacientes con patología tumoral en HEODRA periodo mayo 2017-mayo 2021. n=93

		Género			
		hombre		mujer	
		N	%	N	%
Terapia endoscópica	Colocación de stent biliar + esfinteromía	48	100%	45	100%
	Drenaje	48	100%	45	100%

Fuente: secundaria (expediente)

La tabla 4 reporta las terapias endoscópicas utilizadas en los pacientes abordados en la sala de endoscopia Gastrointestinal en HEODRA, al 100% de los pacientes se les realizó Esfinterotomía endoscópica más la colocación de stent biliar en casos de estenosis y drenaje biliar.

DISCUSION

Se revisaron 93 expedientes de pacientes con datos clínicos de tumores de la encrucijada biliopancreática en HEODRA en el periodo de mayo 2017- mayo 2021.

Este estudio demostró que los tumores de la encrucijada biliopancreática son frecuentes en pacientes en edades avanzadas, específicamente en adultos mayores de 60 años, este resultado coinciden con otros estudios realizados en Cuba por Ramos et.al , en el Hospital Militar Luis Diaz Soto ³¹ , en los diferentes reportes revisados , el predominio existe en pacientes afectados y mayores de 50 años , coincidiendo con los resultados encontrados en este trabajo investigativo, Morán et,al en Perú ³² realizaron un estudio investigativo serie de casos en el cual documentaron que de 1702 casos, se reporta que el 45% de los pacientes estaban en edades comprendidas en mayores de 55 años.

Mientras tanto en otro estudio realizado por Godoy et al.³³ en Venezuela, se encontró que el 50% de los pacientes se encontraban en rangos de edad entre los 50 y 69 años, con una distribución similar a la de este estudio.

El estudio de Soriano et al ³⁴, sobre carcinomas en Cuba, demostró y reconoció que los que los tumores de la encrucijada son más frecuentes en edad avanzada, mientras tanto Savio et al ³⁴, así mismo Brizuela y Fábregas ³⁵ presentan diferentes estudios de series de casos en los cuales demuestran que estas neoplasias aparecen con más frecuencia en este grupo etario³⁶

Los resultados obtenidos en este estudio en relación a la manifestaciones clínicas no difieren con respecto a la literatura internacional , ya que se destacan los síntomas predominantes como la ictericia que en la mayoría de las ocasiones, constituye el elemento clínico fundamental que promueve la realización de CPRE Moghimi et al ³⁷ en trabajos presentados sobre colangiocarcinomas, refieren el mismo cuadro clínico Montes de oca et al ³⁸ ,Ruiz et al³⁹ y destacan el colangiocarcinoma como tumor más frecuente⁴⁰

La Esfinterotomía es la intervención terapéutica que con más frecuencia se practica en la CPRE, esta terapéutica es el método de elección en la paliación de pacientes con estenosis malignas, con probabilidades de éxito superiores al 90 % y bajas morbilidad y mortalidad; el

tratamiento quirúrgico se puede reservar para casos potencialmente curables. La paliación endoscópica se mantiene como el objetivo en muchos pacientes, puesto que la enfermedad maligna biliopancreática generalmente está presente en la mayoría de los casos en estado avanzado de la enfermedad, en pacientes ancianos con enfermedades concomitantes y, por tanto, con elevado riesgo en la cirugía.

En conclusión, la CPRE desempeñó un papel principal en el diagnóstico y tratamiento paliativo de este grupo de pacientes como única alternativa en la mayoría de los casos. El HEODRA se convierte en centro de referencia nacional al atender a pacientes no solo de la ciudad de León, sino que atiende a todo paciente que es referido a la unidad hospitalaria de diferentes departamentos del país.

Son pocos estudios que han abordado este tema, existen numerosas investigaciones a nivel internacional, es importante valorar la importancia de realizarse un abordaje temprano para evitar complicaciones fatales graves y tomar medidas para mejorar la calidad y esperanza de vida en pacientes con tumores de la encrucijada biliopáncreática.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes estudiados fueron en su mayoría del sexo masculino, con una pequeña diferencia respecto al sexo femenino, los pacientes eran procedentes de numerosos departamentos del país principalmente del norte del Nicaragua.
2. En el rango de edad mayor a 60 años presentaron síntomas clínicos de ictericia, el tumor predominante fue el colangiocarcinoma, seguido del cáncer de cabeza del páncreas,.
2. La técnica de imagen reporta lesiones a nivel biliar y pancreático. Mediante la CPRE se reportaron casos de estenosis, lesiones irregulares, ecogenicidad heterogénea, ampulomas, dilatación de conductos colédoco y cístico y que mediante CPRE se tomaron biopsias y muestras para cepillado intraductal para reportarlas al servicio de patología y obtener diagnósticos histopatológicos.
3. Se reportan colangiocarcinomas, cáncer de cabeza de páncreas y ampulomas. El cáncer de páncreas se describe como un cáncer de mal pronóstico, agresivamente biológico y diagnóstico tardío con un índice bajo de resecabilidad en un 10 y 15% ya que los datos de irresecabilidad apenas se conocen al momento del diagnóstico.
4. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica hizo diagnóstico definitivo y dio la pauta para el tratamiento (colocación de stent, esfinterotomía, dilatación biliar, cepillado intraductal y biopsia).

RECOMENDACIONES

A las autoridades de la unidad hospitalaria:

- Promover investigaciones en salud sobre la importancia de detectar a tiempo cualquier evento que indique carcinomas principalmente en la vía digestiva, con el fin de comparar resultados con las investigaciones realizadas como la presente y evaluar si se dan o no cambios a través del tiempo, y el impacto que ocasiona a la salud patologías graves que son poco conocidas.
- Dar seguimiento a los pacientes que son ingresados y valorar su evolución clínica.
- Que sea personal altamente preparado con el uso de dispositivos endoscópicos quien evalúe a los pacientes sospechosos así se evita mal diagnóstico y mala praxis.
- Es necesario un mayor abastecimiento de los materiales para las técnicas endoscópicas ya que en ocasiones no se dispone de Stent ni de materiales similares.

Al personal de salud:

- Conocer a profundidad las numerosas afecciones en el aparato digestivo y el riesgo que implica padecer estas patologías, conocer el abordaje y manejo que no debe ser solo un manejo médico, sino que implica un manejo quirúrgico
- Informar a los pacientes sobre este conjunto de enfermedades y que sepan la importancia de cuidar su salud aplicando medidas preventivas, identificando síntomas temprano y la importancia de un chequeo médico temprano constante
- Explicar a los pacientes la gravedad que implica padecer una entidad cancerígena digestiva y el riesgo para la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1 Nava Gustavo, Vasallo Miguel, Ruiz María Elena, Martínez Yolette, Madrid Ylbia, Navarro Janira. Tumores del confluente bilio-pancreático estudio morfológico de 23 piezas de gastroduodenopancreatectomía (resección de whipple). [citado 2021 Jun):

Disponble en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032008000100006&lng=es.

2 Navarro Rosenblatt D, Durán Agüero S. Cáncer de vesícula biliar en Chile y factores nutricionales de riesgo. Nutr Hosp. 2016;33(1):105–10.

3 Alonso Soto Jordi, Martínez Piti Anaisa, Díaz Rondón Belsis, Chao González Lissette, Tusen Toledo Yunia, Barroso Márquez Lisset. Caracterización de los pacientes con tumores de la vía biliar mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Rev cubana med [Internet]. 2016 Jun [citado 2021 Jun 02] ; 55(2): 141-149. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000200005&lng=es.

4 Güitrón-Cantú A, Adalid-Martínez R, Segura-López FK. Epidemiología de neoplasias bilio-pancreáticas en el Hospital de Especialidades UMAE N°71, IMSS. Torreón, Coahuila. Rev Gastroenterol Méx (Engl Ed). 2011;76(4):287–94.

5 Renard Y, Sommacale D, Avisse C, Palot J-P, Kianmanesh R. Anatomía quirúrgica de las vías biliares extrahepáticas y de la unión biliopancreática. EMC - Téc Quir - Apar Dig. 2014;30(4):1–21.

6 Gainant A, Mathonnet M. Cáncer de la vesícula biliar. Técnica quirúrgica. EMC - Téc Quir - Apar Dig. 2015; 31 (1): 1–17.

7 Díez EE, Higuera FJÁ, Álvarez FC. Cáncer de la vía biliar y del páncreas. Medicamento. 2016; 12 (8): 430–41

8 Tumor de Klatskin: Diagnóstico, evaluación preoperatoria y consideraciones quirúrgicas
Molina V, Sampson J, Ferrer J, Sanchez-Cabus S, Calatayud D, Pavel MC, Fondevila C, Fuster J, García-Valdecasas JC

9 Actualización en cáncer de vesícula biliar Mario Uribe M, Clauio Heine T, Freddy Brito M, Diana Bravo L Rev. médica Clín. Las Condes , 2013 - Artículo de revista científica

10 Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina en el cáncer de páncreas Navarro Colás S Gastroenterol. Hepatol. , 2005 - Artículo de revista científica

11 El tratamiento quirúrgico del tumor de Klatskin. Una asignatura pendiente de la cirugía Figueras J, Valls C Cir. Esp. , 2001 - Artículo de revista científica

12 Piamo Morales Alberto J., Ferrer Marrero Daisy, Chávez Jiménez Digna, Arzuaga Anderson Isnerio, Palma Machado Lourdes, Sotolongo Montano Loandy. Caracterización histopatológica del cáncer de vesícula en el Hospital “Joaquín Albarrán”, La Habana, Cuba, en el periodo 2010-2019. Gac Med Bol [Internet]. 2020 Ago [citado 2021 Jun 03] ; 43(1): 23-27. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662020000100005&lng=es.

13 A.-Cienfuegos Javier, Rotellar Fernando. Cáncer de páncreas. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2012 Jul [citado 2021 Jun 03] ; 104(7): 385-385. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082012000700010&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082012000700010>.

14 Burgos San Juan Luis . Colangiocarcinoma: Actualización, diagnóstico y terapia. Rev. méd. Chile [Internet]. 2008 Feb [citado 2021 Jun 03] ; 136(2): 240-248. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200015>.

15 Castaño Llano Rodrigo. Tumor de la confluencia hiliar hepática (Klatskin). Rev Col Gastroenterol [Internet]. Junio de 2011 [citado 03 de junio de 2021]; 26 (2): 121-130. Disponible en: http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572011000200008&lng=en.

16 Escalona Veloz Rafael, Milá Pascual Milagros de la Caridad. Cáncer de vesícula biliar. MEDISAN [Internet]. 2011 Jul [citado 2021 Jun 03] ; 15(7): 1003-1007. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000700015&lng=es.

17 Medina-Franco Heriberto, Ramos-Gallardo Guillermo, Orozco-Zepeda Héctor, Mercado-Díaz Miguel Ángel. Factores pronósticos en cáncer de vesícula. Rev. invest. clín. [revista en la Internet]. 2005 Oct [citado 2021 Jun 03] ; 57(5): 662-665. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000500001&lng=es.

18 Rebaza Vasquez Segundo. Cáncer de páncreas. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2016 Abr [citado 2021 Jun 03] ; 36(2): 105-106. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000200001&lng=es.

19 Pacheco Mejías Albio. Cáncer de páncreas, un reto al sistema sanitario. AMC [Internet]. 2018 Oct [citado 2021 Jun 03] ; 22(5): 847-876. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-025520180005000847&lng=es.

20 Navarro Rosenblatt Deborah, Durán Agüero Samuel. Cáncer de vesícula biliar en Chile y factores nutricionales de riesgo. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016 Feb [citado 2021 Jun 03] ; 33(1): 105-110. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000100019&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.37>.

21 Céspedes Rodríguez Héctor Alejandro, Céspedes Rodríguez Héctor Rafael, Fernández Pérez Raúl. Tumor de Klatskin (colangiocarcinoma hiliar) su morbimortalidad en un servicio de cirugía. Rev Cubana Cir [Internet]. 2020 Jun [citado 2021 Jun 03] ; 59(2): e920. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000200003&lng=es. Epub 01-Jun-2020.

22 Justo Iago, Marcacuzco Alberto, Nutu Oana-Anisa, Manrique Alejandro, Calvo Jorge, Caso Óscar et al . Análisis retrospectivo en pacientes con cáncer de vesícula biliar: tratamiento quirúrgico y supervivencia en función del estadio tumoral. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2018 Ago [citado 2021 Jun 03] ; 110(8): 485-492. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000800003&lng=es)

[01082018000800003&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000800003&lng=es) <https://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5435/2017>.

23 Hidalgo Pascual M., Ferrero Herrero E., Castillo Fé M. J., Guadarrama González F. J., Peláez Torres P., Botella Ballesteros F.. Cáncer de páncreas. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2004 Oct [citado 2021 Jun 03] ; 96(10): 714-722. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004001000006&lng=es)
[01082004001000006&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004001000006&lng=es)

24 Khosravi Shahi P., Díaz Muñoz de la Espada V. M.. Adenocarcinoma de páncreas: actualizaciones terapéuticas. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2005 Ago [citado 2021 Jun 03] ; 22(8): 390-394. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000800010&lng=es)
[71992005000800010&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000800010&lng=es)

25 San Juan Luis . Colangiocarcinoma: Actualización, diagnóstico y terapia en cáncer de vesícula biliar. Rev. méd. Chile [Internet]. 2008 Feb [citado 2021 Jun 03] ; 136(2): 240-248

26 Céspedes Rodríguez Héctor Alejandro, Céspedes Rodríguez Héctor Rafael. Elementos etiopatogénicos y diagnósticos del tumor de Klatskin o colangiocarcinoma hiliar. RevCubana Cir [Internet]. 2020 Dic [citado 2021 Jun 03] ; 59(4): e980. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000400007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000400007&lng=es) Epub 01-Ene-2021.

27 Hidalgo Méndez Fernando. Colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatskin). Rev Clin Med Fam [Internet]. 2014 Feb [citado 2021 Jun 03] ; 7(1): 69-72. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100013&lng=es)
[695X2014000100013&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100013&lng=es) <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100013>.

28 Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pancreatitis biliar aguda. ¿Herramienta diagnóstica o terapéutica? Revisión sistemática de la literatura 2008-2013

Tlatoa-Ramírez HM, Ocaña-Servín HL, Fierro-González MA, Mondragón-Chimal MA, Bermeo-Méndez J Medicina. Investig. , 2015 - Artículo de revista científica

29 Colangiocarcinoma, una revisión de retos en diagnóstico y manejo Pérez Navarro JV, Tello Barba IM, Anaya-Prado R, Castellort Cervantes LF, Schadegg Peña D, Canton Diaz A, Ochoa Herrera R Cir. gen. , 2014 - Artículo de revista científica

30 Cirugía del cáncer de páncreas: estrategias quirúrgicas según los datos basados en la evidencia Sánchez Cabús S, Fernández-Cruz L Cir. Esp. , 2015 - Reseña en una revista científica

31. Ramos J, Martínez L, Infante M, Rosa M, Almenares Z, Brisuela R. Experiencias en el tratamiento de afecciones biliopancreáticas mediante colangiografía endoscópica retrógrada. Rev Cubana Med Milit. 2013;42(1):2-11.

32 . Morán Tisoc L, Cumpa Quiroz R, Vargas Cárdenas G, Astete Benavides M, Valdivia Roldan M. Characteristics of the endoscopic retrograde cholangiopancreatography in a national referral center. Rev Gastroenterol Peru. 2005 Apr-Jun;25(2):161-7.

33. Godoy Briceño A, Herrera Mejias J, Luizzi Torre J, Machado Ochoa T, Salas Marcano I, Delgado Ortega G. Experiencia en el tratamiento quirúrgico de las neoplasias periampulares. Rev Venez Cir. 2006;59(1):18-22.

34. Soriano García JL, Galán Álvarez Y, Luaces Álvarez P, Martín García A, Arrebola Suárez JA, Carrillo Franco G. Incidencia en Cuba del cáncer en la tercera edad. Rev Cubana Oncol. 1998;14(2):121-8.

35. Savío López AM, Copo Jorge JA, Martínez Blanco CA, Soliva Domínguez R. Pancreatoduodenectomía cefálica en los tumores periampulares: experiencia en nuestro centro y revisión del tema. Rev Cubana Cir. 2001;40(4):284-90.

36. Brizuela Quintanilla R, Fábregas Rodríguez C. Experiencia en el tratamiento endoscópico de la obstrucción de la vía biliar principal. Rev Cubana Med Milit. 2003;32(2):81-7.

37. Moghimi M, Marashi SA, Salehian MT, Sheikhvatan M. Obstructive jaundice in Iran: factors affecting early outcome. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2008;7(5):515-9.

38. Montes de Oca E, Soler L, Noa G, Barreto E, Carmenates B, Reyes A. Tumores malignos biliopancreáticos: diagnóstico y terapéutica mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Arch Med Camaguey. 2013;12(1):150-61.
39. Ruiz J, Brizuela R, Martínez R, Díaz- Canel O, Pernia L. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: experiencia de 14 años en un centro de concentración de alta especialidad. Endoscopia. 2009;21(4):27-31.
40. Khan SA, Toledano MB, Taylor-Robinson SD. Epidemiology, risk factors, and pathogenesis of cholangiocarcinoma. HPB. 2008;10:77-82.

ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León

Departamento de Cirugía General

Unidad de Endoscopia Gastrointestinal

Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, HEODRA, León

Abordaje endoscópico y características clínicas de pacientes con neoplasias de la encrucijada biliopancreática diagnosticados en el HEODRA en el periodo de mayo 2017- mayo 2021

Número de la ficha: _____

Número de expediente _____

Lugar de procedencia: _____

Fecha:

Ficha de recolección de datos

Datos generales

Grupo etario

20 a 40 años:

Entre 41- 50 años:

51-60 años:

+61 años:

Sexo: _____

Presentación clínica al ingreso:

Ictericia: si _____ No: _____

Pérdida de peso: pérdida de peso mayor a 10 libras en el último mes:

No se reporta pérdida de peso en los últimos meses:

Hallazgos

de

USG/

TAC: _____

Hallazgos de CPRE: _____

Toma de biopsia:

Si : _____ No: _____

Cepillado ductal : Si _____ No _____

Terapia endoscópica paliativa utilizada: _____

Colocación de stent biliar:

Si: _____ No: _____

Esfinterotomía y corte :

Si: - _____ No: _____

Criterios de Resecabilidad:

Si: _____ No: _____

Descripción de reporte de resultados Histopatológicos: Biopsia y cepillado ductal

Colangiocarcinoma: _____

Ca de cabeza del páncreas: _____

Ampuloma _____