

Diez mandamientos en la pancreatoduodenectomía o proceder de Whipple: reflexiones para una cirugía segura

Ten Commandments for Pancreatoduodenectomy or the Whipple Procedure: Reflections on Safe Surgery

Alberto Suárez Cuevas^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0228-6706>

¹Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: albertosuarezcuevas@gmail.com

Recibido: 03/01/2026

Aceptado: 03/02/2026

Estimado editor:

La pancreatoduodenectomía (PD) o proceder de *Whipple* como resección multivisceral es uno de los procedimientos más complejos y demandantes en la cirugía abdominal, con una curva de aprendizaje prolongada y una morbilidad no despreciable, incluso en centros de alto volumen.^(1,2)

Con el objetivo de sintetizar puntos críticos basados en la evidencia y la experiencia quirúrgica acumulada, se proponen los siguientes diez mandamientos, como recordatorio esencial para todo equipo que aborde esta cirugía.

1. Conocerás la anatomía y sus variantes, pues una disección meticulosa comienza con el respeto absoluto a la anatomía, al reconocer variantes como

1

la arteria hepática derecha aberrante o el origen de la arteria mesentérica superior (AMS), la identificación precoz del uncus pancreático y su relación con los vasos mesentéricos superiores, que es fundamental.⁽³⁾

2. Prehabilitarás al paciente de manera multidisciplinaria, ya que su preparación no es solo quirúrgica y sin lugar a dudas debe comenzar desde el primer contacto con el enfermo. La prehabilitación nutricional, psicológica y física es primordial al igual que la educación al paciente y sus familiares.⁽⁴⁾ El control de la ictericia, la valoración cardiorrespiratoria y la discusión en comité de tumores son pilares para reducir complicaciones. La profilaxis tromboembólica se impone para reducir el alto riesgo de eventos tromboembólicos venosos, incluyendo la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar, los que representan una causa significativa de morbilidad y mortalidad perioperatoria.⁽⁵⁾
3. Perseguirás la resección oncológica (R0) como objetivo supremo, pues en contextos oncológicos, la disección debe orientarse a lograr márgenes libres, especialmente el margen retroperitoneal (margen de la arteria mesentérica superior). El abordaje priorizado de la AMS es una estrategia valiosa para evaluar la resecabilidad.⁽⁶⁾
4. Preservarás el flujo sanguíneo gastroduodenal cuando sea posible, ya que la preservación del arco gastroduodenal y, por ende, de la vascularización gástrica, puede reducir significativamente el riesgo de fuga de la anastomosis gastro/duodeno-yeyunal y de isquemia gástrica.⁽³⁾
5. Reconstruirás con principios de seguridad, ya sea con la técnica de *Child* (pancreático-yeyunal, bilioyeyunal, gastro/duodeno-yeyunal, yeyuno-yeyuno) o de *Whipple*, pues la anastomosis pancreática debe ser técnicamente impecable. El uso de un *stent* pancreático interno o externo, y la decisión de ligadura vs. anastomosis del conducto pancreático, deben basarse en la textura de la glándula y el calibre del conducto.⁽¹⁾

6. Minimizarás el riesgo de fístula pancreática, esto más que un *mandamiento*, es el Santo Grial. La selección de la técnica anastomótica (invaginación vs. ducto-mucosa), el uso de cola de fibrina o parches falciformes, y el drenaje externo dirigido son maniobras auxiliares. La clasificación de la fístula, según el grupo internacional para el estudio de la fístula pancreática (ISGPF, por sus siglas en inglés de *International Study Group for Pancreatic Fistula*), en tipo A, B y C, debe guiar su manejo.⁽⁷⁾
7. Drenarás de forma estratégica, ya que el drenaje cercano a la anastomosis pancreática es estándar, pero debe manejarse activamente. Un drenaje “ciego” sin criterio de retirada es una invitación a complicaciones infecciosas. El protocolo de retirada temprana basado en el volumen y la amilasa del drenaje ha demostrado beneficios.⁽⁷⁾
8. Vigilarás y tratarás agresivamente las complicaciones, ya que la vigilancia posoperatoria debe ser intensiva. El síndrome posgastrectomía, el retraso gástrico, la colección intraabdominal y la hemorragia pospancreatectomía (especialmente la tardía, por pseudoaneurisma), requieren un alto índice de sospecha y manejo protocolizado, muchas veces por radiología intervencionista.⁽²⁾
9. Integrarás la cirugía mínimamente invasiva con juicio, pues la PD laparoscópica o robótica debe realizarse en centros con experiencia consolidada en la técnica abierta y en cirugía mínimamente invasiva avanzada. La selección de pacientes (tumores pequeños, sin compromiso vascular extenso) es crucial para iniciar el aprendizaje.⁽⁸⁾
10. Trabajarás siempre en equipo, ya que la PD no es una cirugía de un solo cirujano y en la cual la comunicación es vital, al requerir de un equipo coordinado de anestesiólogos, instrumentistas, enfermeras y auxiliares familiarizados con los pasos y los tiempos de la intervención. La reanimación posoperatoria y los cuidados intensivos son indispensables.⁽⁶⁾

En conclusión, estos principios no son dogmas inalterables, sino una guía concisa del fruto de las lecciones de la literatura y la práctica. Su aplicación sistemática puede contribuir a estandarizar el procedimiento, disminuir la variabilidad y, en última instancia, mejorar los resultados y la seguridad de los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez MC, Correa LA, Ruiz OA, Molina LG. Cirugía de Whipple en carcinoma de Páncreas. RECIAMUC. 2024 [acceso 30/12/2025];8(1):593-9. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1303>
2. Gutiérrez JA, Romaguera D, Rodríguez Z, Valón O, Lubín A, Romero LI. Morbilidad y mortalidad de la duodenopancreatectomía cefálica convencional en pacientes con enfermedad del confluente biliopancreático. Rev. cuban. med. mil. 2023 [acceso 30/12/2025];52(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572023000100012&lng=es
3. Rodríguez MJ, López J, Rico MM, Torres J, Quiñones J, Martínez A, González AJ et al. Variaciones anatómicas de la Vía Biliar. Cir Andal. 2025;36(4):360-2. DOI: <https://doi.org/10.37351/2025364.3>
4. Lubbad O, Mahmood WU, Shafique S, Singh KK, Khera G, Sajid MS. Efecto de la prehabilitación en pacientes sometidos a resecciones de cáncer hepatobiliar y pancreático: revisión sistemática y metaanálisis. World J Gastrointest Endosc. 2025;17(9):109029. DOI: <https://doi.org/10.4253/wjge.v17.i9.109029>
5. Orozco C, Muñoz A. Manejo de la Profilaxis Antitrombótica en el Paciente Sometido a Cir Oncológica. CS. 2022 [acceso 30/12/2025];5(6):61-8. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/368>
6. López A, Martínez B, Herradón N, Molina R. Actualización del cáncer de páncreas. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2025;14(25): 1486-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2025.01.013>

7. Tarazona CE, Camelo G, Pinzón S, García FA, Ruiz-Hernández Gabriel GF, Rengifo J. Fístula pancreática: una complicación temida. Experiencia en una unidad de cirugía hepatobiliopancreática de cuarto nivel. Rev. colomb. cir. 2024;39(2):260-7. DOI: <https://doi.org/10.30944/20117582.2415>
8. Aspiazu C, Pozo J, Freire P, Gómez A. Duodenopancreatectomía cefálica robótica versus abierta. Revisión sistemática. Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca. 2024;42(2):75-85. DOI: <https://doi.org/10.18537/RFCM/42.02.09>

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.