Resúmenes de los mejores trabajos del XIII Congreso Paraguayo de Cirugía

1. Manejo del traumatismo abdominal penetrante en el interior del país.

Alcaraz C, Oleñick A, Paredes T

Considerando los datos adquiridos en el archivo del Hospital Regional de Encarnación. Haciendo un análisis retrospectivo de los casos registrados de Traumatismo abdominal penetrante que ingresaron por el Servicio de Urgencias del Hospital, en los últimos 6 años que va del periodo comprendido entre Marzo del 2000 hasta Marzo del 2006. Según los datos obtenidos cabe mencionar: **Criterios de Inclusión:** Pacientes con antecedentes de traumatismo penetrante abdominal. **Criterios de Exclusión:** Pacientes con antecedentes de traumatismo abdominal contuso, traumatismo abdominal y manifestaciones leves, como equimosis, excoriaciones, heridas penetrantes de comprometimiento superficial. **Objetivo:** describir la casuística de nuestro Hospital Escuela, y el manejo operatorio del trauma abdominal penetrante en el interior del país. **Palabras clave:** trauma abdominal, trauma abdominal penetrante, herida de arma de fuego, herida de arma blanca, Lesión de asas delgadas, Laparotomía exploradora. Se registro 351 expedientes clínico de traumatismo abdominal de los que han sido excluidos 225 de ellos, lo que representa el (64%), de los cuales 83 eran registrados como traumatismo abdominales leves y 142 casos de traumatismo abdominal sin expediente clínico existente en archivo, quedando así seleccionados tan solo 126 de ellos lo que representa el (36%) de todos los traumatismos abdominales registrados en los últimos 6 años. Del total de los casos seleccionados resultaron 110 casos del sexo masculino (87%) y 16 casos del sexo femenino (13%). Los casos de Trauma abdominal penetrante 9 (9%) de ellos no requirieron cirugía y 115 (91%) de ellos sí. Resultando una evolución favorable en 97 casos (77%), se presentaron complicaciones en 15 (12%) de los casos sometidos a cirugía, y un índice de mortalidad de 14 (11%).

2. By pass Gastrico Laparoscopico, experiencia inicial en Paraguay

Dr. Paiva, C.* – Dr. Paiva, G. – Dr. González D. C. – Asunción – Paraguay.

Introducción

El By Pass Gástrico Laparoscopico, es un procedimiento mixto, restrictivo y malabsortivo, que empezó a realizarse en el mundo desde principios de la década de 1990, y en nuestro país desde el año 2004. Esta cirugía ofrece a los pacientes con Obesidad Mórbida, una buena calidad de vida y una adecuada perdida de peso, que se mantiene en el tiempo (70% a cinco años). Presentamos nuestra experiencia inicial con los 20 primeros casos. **Objetivos** 1- Conocer los resultados de las primeras experiencias de By Pass Gástrico laparoscopico, realizadas en el Paraguay por cirujanos paraguayos. 2- Demostrar la reproducibilidad de la técnica en nuestro medio. 3- Demostrar que nuestros resultados en perdida de peso son comparables a los de la literatura. **Materiales y Métodos:** El diseño fue prospectivo de corte transversal. La población incluida fue conformada por pacientes de práctica privada, operados en el Sanatorio San Roque y Sanatorio Americano de Asunción, desde el 1 de septiembre de 2004 hasta el 14 de agosto de 2006. Se revisaron la fichas pre y post operatorias y se tuvieron en cuenta las siguientes variables: a) edad y sexo del paciente b) índice de masa corporal c) Tratamiento bariatrico previo, d) técnica operatoria (longitud del asa alimentaria y montaje, anastomosis gastroyeyunal y pie de asa) e) complicaciones y su evolución f) perdida de peso a los 3 y 12 meses. **Resultados:** Se revisaron las fichas de un total de 20 pacientes, de las cuales 17 pertenecen al sexo femenino y 3 al masculino, la población se encuentra entre los 20 y 56 años. La mitad de los pacientes tenía un IMC superior a 45. 6 pacientes tenían Banding previo, uno de ellos en dos oportunidades. La longitud del asa

alimentaria fue entre 200 y 250 cm. Y el montaje, al inicio de nuestra experiencia fue transmesocolico, en 5 casos, actualmente preferimos hacerlo pre cólico. En todos los caso la anastomosis gastroyeyunal la realizamos con sutura manual laparoscopica, con puntos de fijación, sutura continua en el plano posterior y puntos separados en el plano anterior, calibrados a 12 mm. La anastomosis yeyuno yeyunal la hacemos con sutura mecánica en el plano posterior y puntos separados en el plano anterior. En todos los casos practicamos test de azul de metileno que dio positivo en una ocasión, indicando sitio de fuga, corregido con punto adicional. La conversión a laparotomía ocurrió en 2 pacientes debido a múltiples adherencias producidas por cirugías bariatricas (doble Banding, banda inflable colocada por laparotomía) en el resto de los pacientes con banding previo, no se presentaron inconvenientes, salvo la prolongación del tiempo operatorio. Con respecto a las complicaciones, se presentaron en 2 casos, 1 sangrado, manejado en forma conservadora, y una obstrucción intestinal en el pie de asa, que requirió re laparoscopia y laparotomía, ambas con buena evolución posterior. No registramos fístulas. La perdida de peso a los 3 meses es de entre el 20 y el 70% del exceso de peso y al año entre el 55 y el 85% del exceso de peso. **Conclusión y Discusión:** hemos logrado reproducir la técnica laparoscopica con baja tasa de morbilidad y 0 de mortalidad, los resultados en perdida de peso son los esperados y coinciden con los de la literatura, también creemos que la realización del By Pass gástrico debe realizarse por vía laparoscopica. La curva de aprendizaje es larga y requiere de adecuado instrumental, y de infraestructura hospitalaria. Coincidimos con otras publicaciones, en que el equipo quirúrgico debe ser estable, pues la sistematización de los gestos ayuda a acortar considerablemente la duración de la intervención. Creemos también que la realización de la cirugía bariatrica exige dedicación plena del equipo al paciente. **Palabras Claves:** by pass gástrico laparoscopico, obesidad mórbida.

3. Prevalencia de Litiasis Coledociana en Pancreatitis Aguda en remisión - Hospital Nacional de Itaugua.

Ramírez Onieva Victor***, Galeano Aquino Carlos De Jesús**, Martinez Leiva Maria*, Ortiz Guerrero Limpia*
****Jefe de Sala ** Jefe de Residentes, *Medico Interno*

Introducción: Sigue siendo un problema a resolver la prevalencia de litiasis coledociana en la pancreatitis aguda en remisión. La Colangiografia per operatoria es una alternativa valida para objetivar esta situación.**Material y Métodos**: Revisión de historias clínicas de 120 pacientes internados en nuestro servicio desde enero 2005 a junio 2006, con diagnostico de pancreatitis aguda que durante la colecistectomía se realizaron colangiografia per operatoria. **Resultados**: Fueron estudiados 120 historias clínicas de pacientes con pancreatitis aguda en remisión, durante la colecistectomía se encontró una prevalencia del 4% de litiasis coledociana, predominantes en el sexo femenino en un promedio de edad de 41 años **Conclusión-Discusión:** En el momento de la resolución del problema biliar concomitante en la pancreatitis aguda, la mayoría de la litiasis coledociana ya migraron al intestino, sin embargo prevalece dentro del arbol biliar un porcentaje del 4% por lo que están indicadas la exploración de la vía biliar principal durante el acto operatorio, aunque hayan remitidos los valores predictivos de ocupación coledociana. Los casos diagnosticados por este método fueron tratados por diferentes métodos auxiliares y fueron dados de altas sin complicaciones. La serie estudiada incluye 85 pacientes del 2003 hasta el 2005 y del 2005 a junio del 2006, catalogados como pancreatitis aguda de origen biliar mediante criterios clínicos y ecograficos, utilizando criterios de gravedad de Ranson y estadificación de Baltasar, internados en el servicio de cirugía del hospital nacional de itaugua, incluyen casos leves y graves. Fueron hallados pacientes de ambos sexos que corresponden a 70 (82%) femenino y 15(18%) sexo masculino. Los grupos etéreos estudiados se presentan de la siguiente forma: menos de 20 años, 1(1%), de 21 – 30 años 9 (11%) 31- 40 años 23 (26%) 41 - 50 años 24 (27%) 51 – 60 años 14 (17.5%).

4. Simpatectomía Videotoracoscópica

Filártiga, A; Rodríguez, R; Ferreira, R*. Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica. FCM-UNA

Introducción: La sudoración excesiva, cuyo término médico es Hiperhidrosis Primaria ó esencial, es un problema relativamente frecuente en la población y a la cual con frecuencia no se le presta mayor atención debido a que no es una condición que ponga en peligro la vida de quienes la padecen. Sin embargo, la sudoración excesiva tiene consecuencias importantes desde el punto de vista psicológico, social y aún laboral de los pacientes que la padecen. Este problema, caracterizado por sudoración excesiva en las palmas de las manos, las axilas, la cara y los pies, típicamente aparece durante la infancia o la adolescencia. Con el conocimiento de que la simpatectomía torácica es una solución para este verdadero dilema de los pacientes, la vía de abordaje fue cambiando paulatinamente desde la toracotomía clásica con abordaje posterior, luego la vía transcervical, hasta el acceso toracoscópico, últimamente utilizado por ser un método poco agresivo, rápido y que soluciona definitivamente el problema con satisfacción del 99% de los pacientes. **Objetivos**: Presentar la experiencia y resultados de la simpatectomía videotoracoscópica realizadas en pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis palmo – plantar y axilar, y enfermedad de Raynaud. **Materiales y métodos**: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de historias clínicas de pacientes internados, en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica FCM – UNA, entre marzo del 1999 y julio del 2006, con el diagnóstico hiperhidrosis palmo – plantar y axilar que fueron sometidos a simpatectomía videotoracoscópica. **Resultado**: Fueron realizadas 32 simpatectomías en 16 pacientes (8 varones), en edades comprendidas entre 20 y 73 años. De los 16 pacientes 15 presentaron hiperhidrosis palmar y axilar y 1 Enfermedad de Raynaud. El tiempo operatorio varió entre 40 y 60 min. Estancia hospitalaria fue de 1 día en todos los casos. Morbilidad: 3 pacientes (neumonía, Sx. de Claude Bernard Horner transitorio y paresia transitoria de miembros superiores). Mortalidad nula. **Conclusión**: Sin duda alguna la simplicidad del procedimiento videotoracoscópico, la precisión y confiabilidad del acceso a la cavidad torácica y la cadena simpática torácica hacen de este procedimiento una buena alternativa en el tratamiento de la hiperhidrosis palmo – plantar y axilar así como en toda la gamma de indicaciones (Enfermedad de Raynaud, trastornos vasculares como la poliarteritis de miembros superiores, distrofia simpática refleja y blushing facial).

5. Cirugía Experimental – transplante de hígado en cerdos

Filártiga, A; Giménez, A; Rodríguez, R*. Díaz, Rodney. Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica FCM - UNA

Introducción: El trasplante hepático abarca una sucesión de hechos, que involucra a una gran variedad de profesionales, en el que el acto central es la Cirugía, y cuyo desenlace depende de un equipo médico multidisciplinario bien entrenado;El primer trasplante heterotópico de hígado experimental, se realizó en perros en 1955 en Nueva York. En el Paraguay existe un número cada vez mayor de pacientes con hepatopatías de diversas etiologías y estadios, con todo el espectro de alteraciones funcionales y compromiso del estado general, sin que podamos darle solución definitiva a los casos irreversibles de insuficiencia hepática;En la Facultad de Ciencias Médicas hemos conformado un grupo de médicos que en años anteriores, efectuamos todas las etapas del trasplante hepático en cerdos, con resultados alentadores. El interés de nuestro grupo radica actualmente en continuar con el entrenamiento del manejo de los protocolos quirúrgicos, para la implementación de la fase clínica del Trasplante Hepático prevista como siguiente fase obvia de este programa. **Objetivos**: Presentar la experiencia y resultados de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica en transplante experimental de hígado de cerdos. Dar a conocer los protocolos implementados en el trabajo. **Materiales y métodos**: Estudio experimental, prospectivo. Transplante experimental de hígado de cerdos realizado en enero del año 2005 aplicando modelos protocolizados de cirugía experimental, con las correspondientes normas de Bioética. Se utilizaron 8 cerdos de la raza Lardrace, White Large o cruzas, de aprox. 30 kilogramos cada uno. 3 de ellos utilizados como donantes, 3 utilizados como receptores y 2 como banco de sangre. **Resultados**: Se realizaron tres jornadas quirúrgicas, en cada una de las cuales se realizó un transplante hepático. En el donante el tiempo operatorio varió entre 75 y 90 min., y la cantidad de suero fisiológico frío utilizado fue de 3000 ml. En el receptor: el tiempo operatorio varió entre 170 y 220 min., el tiempo de isquemia fría entre 163 y 220 min., tiempo anhepático entre 70 y 140 min., tiempo de anastomosis entre 54 y 75 min. Solamente en el tercer transplante se logro realizar la derivación biliodigestiva y el receptor presentó una sobrevida de 120 min. **Conclusión**: La cirugía experimental es factible de realizar dentro del ámbito universitario sobre todo para entrenamiento en cirugías complejas como el trasplante de órganos. La aplicación

rigurosa de protocolos en cirugía experimental lleva a buenos resultados como el de este trabajo. Es necesario continuar con esta experiencia hasta implementar la fase clínica del transplante. **Palabras claves:** Cirugía experimental – trasplante de hígado

6. Plugstein para el tratamiento de las hernias inguinales.

Cuenca O., Rodriguez C., Villalba J., Yamanaka W.*, González l., Ferreira R.
II CCQX (Sala IV). Dpto. de pared abdominal. Hospital de clínicas. FCM-UNA.

Introducción. A partir del año 1980 se produce un progreso notable en la evolución de la cirugía de las hernias inguinales, con la introducción del concepto de hernioplastia sin tensión. Se desarrollaron numerosas técnicas que tienen varios puntos en común:utilización de material protéstico aplicado sin tension, baja tasa de recidiva, y resultados fácilmente reproducibles. **Material.** Se analizan los resultados de un estudio propectivo para el tratamiento de la hernia inguinal, utilizando como técnica de reparación, la hibridación de dos técnicas conocidas de hernioplastia sin tensión, que presenta menor tasa de recurrencia. De enero de 1998 a marzo de 2006 fueron intervenidos quirúrgicamente 458 pacientes portadores de hernia inguinal, se realizaron 586 reparaciones con la técnica de Plugstein (plug de polipropileno enrollado a mano para cubrir defecto herniario directo o indirecto y parche del mismo material, fijado según la técnica de Liechtenstein, suturado sobre el canal inguinal). Se utilizó la clasificación de Gilbert para hernias inguinales, con régimen de internación ambulatorio con anesthesia raquídea. Se utilizó antobiótico profilaxis en todos los casos y el material protésico utilizado fue el de polipropileno. **Resultados.** El sexo predominante fue el masculino, con predominio de tipo III de la clasificación de Gilbert. El tiempo quirúrgico medio fue de 74 minutos, y el 84% de las intervenciones fueron realizadas por residentes del servicio. La estancia media hospitalaria fue de 18 horas y las complicaciones locales del 1%. Se realizó seguimiento al mes, tres meses, 6 meses, 12 meses y 24 meses, con porcentajes decreciente a partir del tercer mes. Se observaron 2 recidivas. **Conclusión.** La utilización combinada de dos técnicas de hernioplastia sin tensión, con baja de recidiva, constituye un método eficaz para el tratamiento definitivo de cualquier tipo de hernia inguinal.

7. Trauma toracoabdominal penetrante

Quintana C.*; Arevalo A.; Frutos C.; Benitez D.; Garay M.

Introducción. Valorar la epidemiología y morbimortalidad del trauma toracoabdominal penetrante, evaluar el comportamiento de los órganos de la cavidad abdominal en los traumatismos penetrantes. **Material y método**. Forma observacional, retrospectiva y analítica, fueron estudiadas 1679 documentaciones clínicas de trauma en general, obteniendose 181 casos de trauma toracoabdominal penetrante en un periodo de enero 2003 a enero 2006 en el Centro de Emergencias Médicas. Las documentaciones fueron analizadas con base de datos de EPIINFO 2005. **Resultados.** Edad promedio 29.3 (_+16), más frecuente en el sexo masculino, procedentes de área urbana 57,1 %, traído por ambulancias 48.3%, con hemodinamia inestable 65.7%, el tiempo de trauma a urgencia en un promedio de 6.8 (_+ 15.61) horas, RTS = 11.43 (_+1,76). ISS= 16.34% (_+ 14,05). El hemitorax más afectado fue el derecho 32%, el mecanismo de trauma en su mayoría fue el de arma blanca 64.1% las lesiones encontradas en orden de frecuencia y grado fueron: diafragma G II 51,4%, baso GII 47.6% neumotorax GI 62.5% pulmón GII 62.5%, colon GIII 55.9%, pancreas GII 60% yeyuno ileon GIII 63.6%, trauma hepatico GIII 43.2% estómago GIII 41.7% hemotórax 22.1%, Hemoneumotórax 6.6%. Con hemodinamia intraoperatoria estable 77.3%, requirió transfusión el 14.4%, se realizó tto conservado al 6.1%. Los procedimientos realizados fueron: drenaje pleural 71.3% laparotomía mediana 59.7%, sutura diafragmática 33.7%, sutura gástrica 18.8%, raffia hepatica 9.9% esplenectomía total 5.7% toracotomía anterolateral 7.7% sutura yeyunal 8.3% raffia cardiaca 2.8%, abdomen abierto 0.6% control de daños 6% parking 1.7% toracotomía de resucitación 6%.Fracaso de tto conservador 1.1% complicaciones: hemotórax retenido 3.9% piotorax 2.2% paquipleuritis 1.1% colecciones; subfrénica 2.2% Douglas 1.1%, interasas 1.1% dehiscencia gástrica 6% y de colon 2.2%, el 0.8% de los pctes requirió reoperación, días de internación en sala 8.63 (_+ 8.81) y se tuvo mortalidad de 2.8%, como causas más frecuentes el shock hipovolémico y CID. **Conclusión.** El traumatismo toracoabdominal penetrante es más frecuente en adultos jóvenes con riesgo de afectación de todos los órganos intraabdominales y toráxicos que con tto adecuado llevan a un índice de mortalidad bajo.

8. Hemona retroperitoneal

Martinez R*, Benitez D; Huber C.; Portillo J.; Mareco N.

Introducción. Demostrar la frecuencia y el manejo de los mismos en un centro de Referencia. **Materiales y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo y analítico de 1679 documentaciones clínicas de trauma en general, con 125 casos (7.44% de Hematoma Retroperitoneal, en un periodo de tiempo de 3 años (enero 2003 – enero 2006) en el Centro de Emergencias Médicas; analizados con base de datos de EPIINFO 2005. **Resultados**. Edad media de 25.87 años (_+ 10,74), de sexo masculina en 92% y de procedencia urbana en 55%, tiempo transcurrido de trauma a urgencia en promedio de 6,26 hs (_+ 13.5). el tipo de trauma en nuestra casuística es más frecuente el penetrante 93,6%. Y el cerrado en 6,4%. Ingresaron con hemodinamia estable el 68.8% de los pacientes con un RTS de 11.52 (_+ 1.13). Los hallazgos de hematomas retroperitoneales con mayor frecuencia la zona II 65.6% (Derecha 30.4%, Izquierda 35.2%), zona I 21,6%, zona III 7.2 % y más de una zona afecta 5.6%. Se encontraron lesiones vasculares abdominales en 20.8% riñon derecho 15.2% riñon izquierdo 20.8%, uréter 9.8%, páncreas 12% duodeno 6.4%, colon 28%. Y lesiones asociadas Yeyuno ileon 43.2%, Hígado 2.4%, estómago 14.4%, baso 5.6%, diafragma 11.2%. En su mayoría se realizaron: sutura primaria 59.2%, nefrectomía parcial en 3.2%, nefrectomía total 12%. Reparación vascular el 6.4 %. En el 4.8% requirieron de Control de Daño. Alcanzado un ISS promedio de 21.69% (_+ 19.58). Requirieron transfusiones intraoperatoria 31.2% y post operatoria 7.2%. Requirieron reoperación el 12% por resangrado en el 4% se constató colección intraabdominal en el 4.8% dehiscencia de sutura vascular 0.8% y lesión inadvertida 1.6%. Estadía en sala promedio de 9.41 días (_+ 11.71). requirieron de terapia intensiva 9.6% en un promedio de 6 días. La mortalidad fue de 8% y como causas: Shock hipovolémico 55.5%, Cid 27.7% y Fmo 16.6%. **Conclusión.** El hematoma retroperitoneal es más frecuente en varones adultos jóvenes con trauma penetrante por arma blanca, más frecuente en zona II, donde 1/3 llegaron inestables, con una mortalidad de 8% principalmente por shock hipovolémico.

9. Riesgo nutricional y evolución de pacientes en servicios de cirugía del Paraguay

María Elena Goiburú. Hospital de Clínicas. Dpto. de Nutrición

Objetivo. Determinar la asociación entre pacientes quirúrgicos que tienen indicación de soporte nutrional pero no lo reciben y su evolución. **Material y métodos.** Estudios propectivos donde fueron incluidos 469 pacientes dentro de las 72 horas de admisión a los servicios de Cirugía General en 6 hospitales públicos del Paraguay, ingresados desde junio del 2003 hasta abril del 2004 (casos consecutivos). El riesgo nutricional (RN) se evaluó con el Nutricional Risk Screening (NRS 2002). Se realizó el seguimiento para determinar el tiempo de estancia, complicaciones y mortalidad. Los datos fueron procesados con el EPIINFO 2002 considerandose una p< 0,05 como significativas y expresados como riesgo relativo (RR) con un intervalo de confianza de 95%. **Resultados.** Fueron incluídos pacientes de los siguientes hospitales: IPS 29% (n=137),Clínicas 24% (n=113), Itagua 24% (n=103), Cáncer 11% (n=53), Emergencias 11% (n=52), Quemados 2% (n=11), con edad promedio de 51+_20 (15-98), un 52% del sexo masculino. El 74% de los pacientes fue intervenido quirúrgicamente. El índice de Masa Corporal promedio fue de 23,8 _+ 5. El 43,7% recibió dieta oral normocalórica, el 51,2% dieta hipocalórica, el 3,6 % se encontraba en ayuno y el 1,5% recibió nutrición enteral dentro de la 72 horas de ingreso. Los diagnóstico más frecuentes fueron: cáncer 24,3%, enfermedad biliar 8,2 % y otros. Según el NRS 2002 el 48,2% se encontraban en RN (n=226). En los pacientes con ayuno o dieta hipocalórica (n=171) que estaban en RN encontramos un 54,4% (n=93) de complicaciones totales versus 41,8% (n=36) en los que no estaban en RN (p 0.05) RR 1,66 (1-2,86). El 10,5% de los pacientes en ayuno o dieta hipocalórica y en RN óbito (n=18) versus el 3,5% sin RN (n=3) (P 0.02) RR 3,55 (1,08 – 11,65). El tiempo de estancia mayor de 14 días en los pacientes con ayuno o dieta hipocalórica y en RN fue del 52,6% (N=90) vs el 37,2% (n=32) del otro grupo (p 0,019) RR 1,41 (1,04-1,93) **Conclusiones.** El porcentaje de pacientes quirúrgicos en RN es elevado en Paraguay. Los que están en riesgo nutricional con ayuno o dieta hipocalórica y con indicación de tratamiento nutricional pero que no lo reciben, tienen mayor tiempo de estancia y morbimortabilidad que aquellos sin riesgo nutricional.

10. Operación de Whipple: Analisis retrospectivo

Autores: Gimenez M*; Ruiz Díaz P.; Paniagua G.; Mayans N.; Trussy C.; Veron O.; Monges D.; Vera J.; Campuzano E.
Servicio de Cirugía General del Hospital Central del I.P.S.

Material y método. Estudio observacional retrospectivo de corte transverso de las operaciones de Whipple realizadas en el Servicio de Cirugía General del HCIPS en el período 2004-2006. **Objetivo**. Determinar los motivos de la Cirugía de Whipple a fin de concluir sus indicaciones. **Resultados.** Se analizaron 19 pacientes, de los cuales 11 (57.9 %) eran portadores de Tumor de Cabeza de Pancreas; 5 (26,3%) de Tumor de la Ampolla de Vater; 2 (10,5%) de Pancreatitis crónica y 1 (5,3%) de Tumor de coledoco terminal. El rango de edad más frecuente encontrado en estos pacientes fue de 70-79 años (31,6%), predominando el sexo masculino (52,6%), siendo el motivo de consulta más frecuente la coloración amarillenta de piel y mucosa (68,4%). Método de diagnósticos utilizados en el 100% de los casos: Ecografía abdominal y Tomografía computarizada y en menor proporción (73,7%) la Colangiografía Retrograda Endoscópica. En el 47,3% de los casos se tomó una muestra para biopsia. El tipo histopatológico más encontrado en estas patologías fue el de adenocarcinoma (84,2%), seguido del de pancreatitis crónica (10,5%). La estadificación de los pacientes con neoplasia de acuerdo al TNM fue: estadio I (82,3%) y estadio II (11,8%). **Complicaciones:** Quirúrgicas: 42,1% de los casos, siendo la infección del sitio quirúrgico lo más frecuente y Clínicas: 10,5 % siendo más frecuente la neumonía intrapospitalaria. Mortalidad: 8 pacientes (42,1%), ocurriendo estos óbitos en UTI. Promedio de estancia hospitalaria postoperatoria: 15 días. **Conclusión.** La operación de Whipple es el tratamiento quirúrgico estándar utilizado para los tumores de Cabeza de Páncreas y de la Ampolla de Vater, en estadio temprano, es decir, tumores resecables sin comprometimiento de otro órgano y de la Pancreatitis crónica en un porcentaje muy bajo. En los últimos 5 años se realizó operación de Wipple en aprox. el 34,8% del total de los pacientes con patología de pancreas, tejidos peripancreaticos y vías biliares.