

Cistodenoma del páncreas

Dres. MANUEL ALBO VOLONTE, SELIKA PIOVANO DE LISTA

y TABARE CARDOZO *

INTRODUCCION

El interés de este trabajo radica en primer término en la rareza de este tipo de tumor.

Kern, citado por Hess recogió 110 casos en la literatura desde 1925.

Mozan (7) en 1951 encontró 29 casos. Posteriormente *Sawzer*, *Tagariello* y *Hankolk* (10) reportaron cuatro casos más.

Se ubican preferentemente en cuerpo y cola de páncreas. Excepcionalmente en la cabeza como en este caso.

A ello se agregan los problemas de orden táctico y técnico que se plantearon durante el tratamiento quirúrgico, según veremos más adelante.

HISTORIA CLINICA

M. S. de M., sexo femenino, 68 años.

Enfermedad actual. Comienza tres meses antes con: astenia, anorexia, adelgazamiento, repugnancia por la carne.

Desde hace un mes: ictericia progresiva, acolia, coluria, no dolor ni fiebre.

Antecedentes personales: Insuficiencia cardiaca tratada con digitálicos. ECG: alargamiento PR. Dispepsia selectiva para excitobiliares. Colecistografía normal dos años antes.

Examen: Ictericia verdínica. Hepatomegalia. Tumora- ción de hipocondrio derecho, redondeada, de 8 cms. de diámetro, dura, irregular, móvil, con la respiración y móvil en sentido transversal, indolora. Síndrome de Bard y Pick. No ascitis. T.R. normal.

Laboratorio. Funcional hepático de obstrucción con 5.40 de B.T. y 4 mgr. de Directa. Transaminasa: oxalacética, 80; pirúvica, 135. VES - 56 en la primera hora. Orina: coluria. ECG: alargamiento de PR interpretada por acción digitálica. Se suspende digital.

Operación. El 8-VII-72 (Dr. Albo), con el diagnóstico preoperatorio de ictericia obstructiva.

Exploración: Tumor de cabeza de páncreas de tamaño de un puño. Colédoco de 4 cms. de diámetro. Vesícula distendida. Hígado de estasis sin metástasis. No ascitis. Dos adenopatías vecinas a la hepática común de aspecto inflamatorio. No adherencia a cava ni tronco portomesentérico (Fig. 1).

Procedimiento: Se decide efectuar duodenopancreat- omtomía cefálica.

Ligadura de la gastroduodenal. Sección del colédoco bajo el cístico. Disección del pedículo mesentérico superior y vena porta, que se decola de la cara posterior del cuello del páncreas. Decolamiento duodeno- pancreático.

Sección gástrica a nivel de la parte media.

Sección de páncreas a izquierda del cuello. Wirsung de 1 cm. de diámetro. Sección del yeyuno a 20 cms. del ángulo duodenoyeyunal.

Se comprueban adherencias del tumor a la cara posterior de la vena porta.

Clampeo de la porta por arriba y por abajo de la zona adherencial (Fig. 2).

Resección del sector de pared venosa comprometido. Extirpación de la pieza. Sutura de pared portal. Anastomosis pancreaticoyeyunal en dos planos terminoterminal. Anastomosis hepaticoyeyunal T.L. con Kehr en el hepático. Colecistectomía. Gastroyeyunostomía oral parcial, transmesocólica (Fig. 3).

La pieza adhería a la arteria del ángulo derecho del colon, la que fue necesario ligar. Isquemia del sector derecho del transversal que se recobró parcialmente.

Postoperatorio. Se comenzó hidratación oral al segundo día. Al cuarto día se comenzó alimentación i/v hipercalórica. Al sexto día el drenaje biliar que era de alrededor de 500 cc. aumenta a 1.100 cc. Paciente febril. Se hace colangiografía por Kehr (Fig. 4).

Al octavo día contenido fecal por el tubo de drenaje.

Reintervención. Esfacelo de 8 cms. de transversal, próximo al ángulo derecho. Resección segmentaria y abocamiento de ambos cabos a la piel. Lavado y drenaje.



FIG. 1.— Se seccionó el ligamento gastrocólico y rebatido el estómago hacia arriba. Se ve la vesícula distendida y el tumor.

* Ex Asistente de Cirugía, Anatomopatólogo del M.S.P., Adjunto de Cirugía.

Presentado el 4 de octubre de 1972.



FIG. 2.— Se seccionó el estómago, páncreas y colédoco. La porta está clampeada por encima y debajo de la adherencia del tumor.

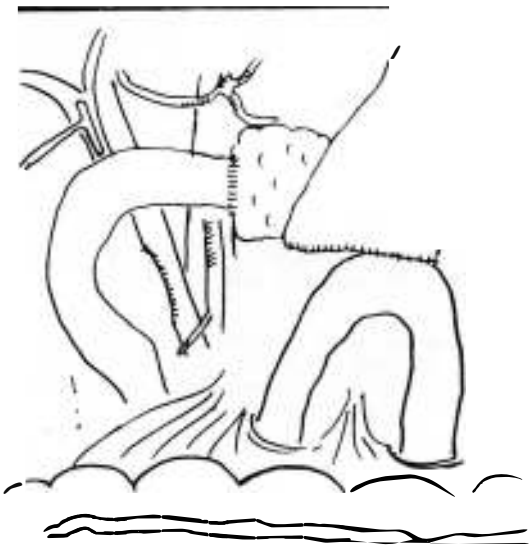


FIG. 3.— Operación completada. Se ven las anastomosis pancreático-yeyunal, hepático-yeyunal y la sutura de la vena porta.

Segundo postoperatorio. Buena evolución inmediata. Supuración parietal al 10º día que evolucionó bien.

A la séptima semana, ya dada de alta del punto de vista quirúrgico, hace una lipotimia. El ECG mostró bloqueo auriculoventricular y extrasístoles ventriculares multifocales.

Al día siguiente, muerte por paro cardíaco no respondiendo a la reanimación.

DISCUSION

Se trataba de un tumor de volumen excepcional, a tal punto que se palpaba en el examen clínico, hecho poco habitual en los carcinomas de cabeza de páncreas y que llevó a la confusión en el examen, con un signo de

Bard y Pick. A este respecto Mozan establece que hay tumor palpable en el 82 % de los cistoadenomas de páncreas. Ello sería debido al hecho de que estos tumores no infiltran directamente al colédoco y que la obstrucción del mismo se produce tardíamente y por compresión extrínseca.

Con el diagnóstico operatorio de neoplasma de cabeza de páncreas, haciendo un balance del estado general de la paciente, y en ausencia de elementos de diseminación, se decidió la duodnopancreatectomía.

Obviamente no se pensó que el tumor fuera un cistoadenoma pero de todos modos, aunque se hubiera arribado al diagnóstico histo-

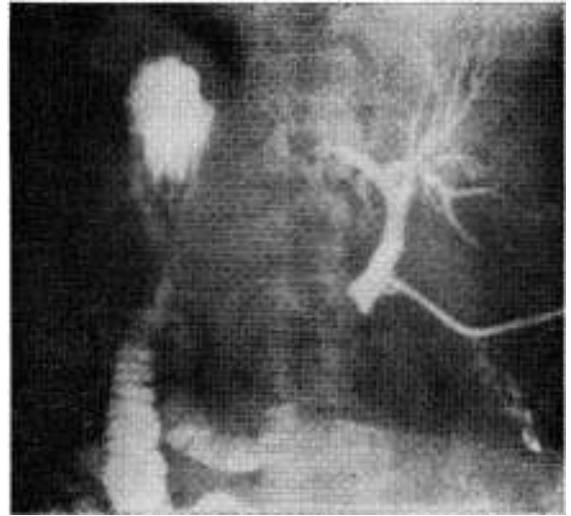


FIG. 4.— Colangiografía de control.

lógico correcto, dada la ubicación del proceso en la porción cefálica del órgano cabían dos posibilidades: la duodenopancreatectomía o la doble derivación biliar y pancreática y cabe destacar que este último procedimiento constituye una intervención importante que en el plano oncológico es estrictamente paliativa.

La transformación maligna si bien es rara, está descrita. Probsteyn y colab. (9) citan un caso de transformación maligna tardía al cabo de ocho años, lo que viene a justificar la exéresis del tumor, siempre que técnicamente sea posible.

La técnica utilizada en este caso, así como en otros tres anteriores, es la preconizada por Child (2) en algunas variantes sustentadas por Praderi y colab. (8).

Una vez efectuada la sección de la vía biliar, del estómago, del yeyuno y del páncreas, recién entonces se puso en evidencia la adherencia de la tumoración a la cara posterior del tronco mesentérico-porta, hecho excepcional. En efecto, lo habitual es la adherencia del tumor a la cara anterior del tronco venoso, lo que se investigó por la maniobra clásica de deslizar un dedo por arriba y por debajo del cuello del páncreas siguiendo el eje venoso.

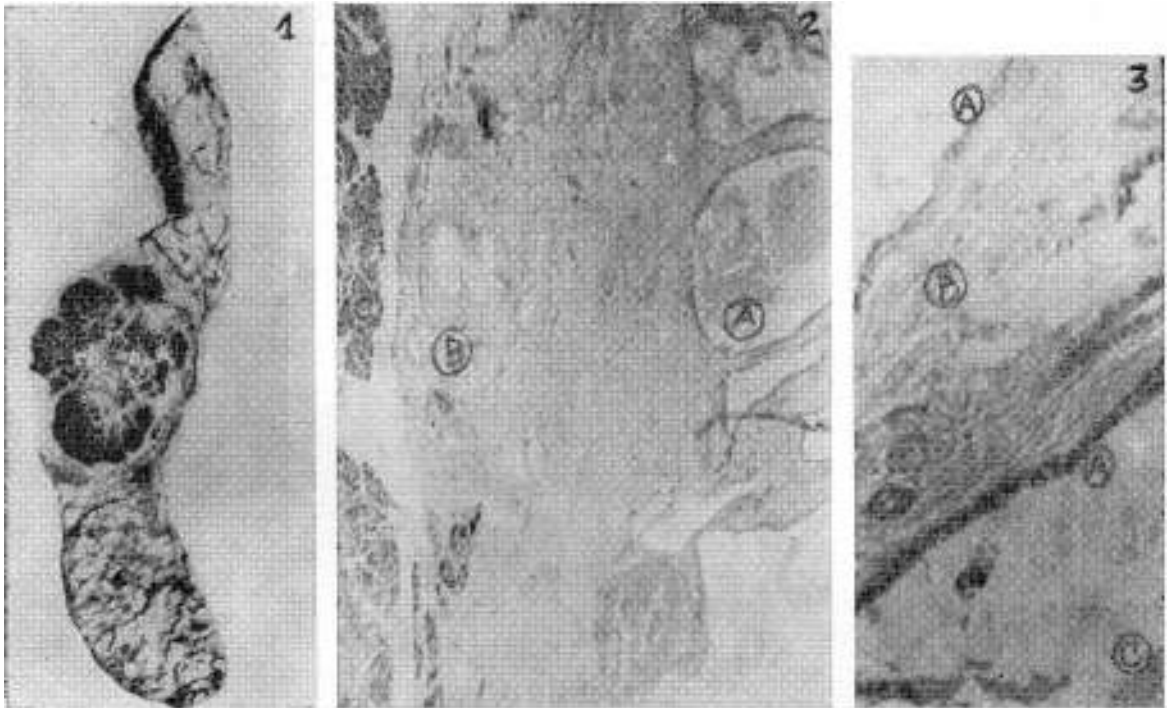


FIG. 5.— (1) Aspecto macroscópico del *Cistoadenoma pancreático*. Tumor capsulado; no invasivo; con una morfología muy característica de cavidades y/o celdas de pared fina; tapizadas por epitelio; dispuestas en forma radiada y con un contenido sero hemorrágico o hemorrágico. FIG. 2.— (2) Detalle microscópico topográfico; cavidades de pared muy fina revestidas de epitelio cúbico y/o plano; sin atipia celular. A), B): cápsula; C): páncreas separado del tumor por la cápsula. FIG. 7.— (3) Detalle a aumento de la pared de una de las cavidades. A) Epitelio; B) tabique conjuntivo fino y laxo. C) contenido sero hemorrágico.

Dado el momento en que se hizo este hallazgo, era imposible de abstenerse de hacer la duodenopancreatectomía. Frente al compromiso de la vena porta la conducta es discutible según los cirujanos:

- abstención de resecar,
- ligadura,
- resección y anastomosis mesentérico-cava.

Mc Dermott (6) y Hubbard (5) mostraron que este último causa una severa intoxicación amoniaca.

Child ideó una operación en dos etapas para remover la porta pero fue abandonada (1).

En este caso se solucionó el problema efectuando un clampeo provisorio de la porta proximal y distal a la adherencia, resección del sector involucrado y sutura de la pared venosa.

Este procedimiento resultó exitoso en la medida en que permitió completar la exéresis sin comprometer gravemente la circulación portal y sin prolongar excesivamente el acto quirúrgico aún cuando puede ser discutible del punto de vista oncológico.

Otro problema que se planteó fue el hecho de que el voluminoso tumor englobaba a la vena y a la arteria del ángulo derecho del colon (este último nacía más arriba de lo habitual, del tronco de la arteria mesentérica superior) que debieron ser sacrificados.

Durante el acto quirúrgico se tuvo la impresión de que el sector correspondiente del colon derecho, inicialmente cianótico, había readquirido una coloración aceptable, pero la evolución posterior se encargó de demostrar que la isquemia condujo a la necrosis y consecuentemente a la reintervención.

Esta complicación imprevista del acto quirúrgico justifica la actitud de algunos autores como Hepp (3) que aconseja la arteriografía selectiva del tronco de la mesentérica superior en el preoperatorio, a fin de despistar anomalías arteriales que pueden resultar peligrosas durante la exéresis.

Tal como se expresa más arriba, el restablecimiento de la continuidad después de la exéresis siguió en líneas generales el aconsejado por Child con el agregado de:

a) El asa yeyunal se pasó por delante de los vasos mesentéricos a los efectos de que no quedara comprendida en la pinza aortomesentérica, como lo aconseja Praderi.

b) Se colocó drenaje de seguridad en el muñón hepático con tubo de Kehr siguiendo lo aconsejado por diversos autores [Howard, J. (4), Praderi, R., etc.].

Este drenaje de seguridad no solamente cuida la anastomosis, sino que en nuestro caso contribuyó eficazmente en el diagnóstico de la complicación producida por la necrosis del ángulo derecho del colon al aumentar súbita-

mente, la bilirragia externa, sumado al hecho de que la colangiografía efectuada en ese momento, mostraba una atonía del asa yeyunal producida por el íleo paralítico regional alrededor del foco de necrosis colónica.

RESUMEN

Se presenta un cistoadenoma de páncreas, tumor poco frecuente, en general y en particular la localización cefálica.

Clínicamente este caso, así como la mayoría de los citados, en la literatura, había alcanzado gran tamaño.

El tratamiento quirúrgico consistió en duodenopancreatocetomía cefálica.

Se consideran los fundamentos anatomopatológicos y oncológicos de este procedimiento.

Se revisó la literatura existente al respecto.

Se destacan las dificultades técnicas y cómo fueron resueltas.

Se presenta la documentación histológica respectiva.

RÉSUMÉ

On y présente un cas de cystoadenome du pancreas, tumeur assèz rare en général et en particulier par sa topographie céphalique.

Cliniquement, la tumeur ainsi bien que les autres extraites de la littérature, était très large.

Le traitement chirurgical essayé fut une duodeno-pancreatocetomie céphalique.

Ou considère les fondamments hystologiques et oncologiques de cette procédée.

On a examiné la littérature respective.

On exprase les problems techniques et sa resolution.

On y presente la documentation hystologique.

SUMMARY

A case of cystadenome of the pancreas is reported, a rare tumor especially when located in the head of the visu.

On examination this tumor, aswell as the great majority of the cases quoted from the literature, was very large.

Surgical treatment employed was cephalic duodeno-pancreatocetomy.

Histological and oncological basis of this procedure are considered.

Bibliography was reviewed.

Technical hazards are outlined.

The histological data are presented.

BIBLIOGRAFIA

1. CHILD, C. Hepatic circulation and portal hypertension. Saunders, Philadelphia, 1954.
2. CHILD, C. Radical one stage pancreaticoduodenectomy. *Surgery*, 23: 492, 1948.
3. HEPP. L'apport de l'arteriographie selective dans la chirurgie pancreatique. *Bul. Acad. Nat. Med.*, 149: 595, 1965.
4. HOWARD, J. and JORDAN, C. Surgical diseases of the pancreas. Lippincot. Philadelphia. 1969.
5. HUBBARD, T. B. Carcinome of the head of the pancreas. Resection of the portal vein and portocaval shunt. *Ann. Surg.*, 157: 1958, 135.
6. McDERMOTT, W. V. One stage pancreatoduodenectomy with resection of the portal vein for car-

cinome of the pancreas. *Ann. Surg.*, 136: 1012, 1952.

7. MOZAN, A. Cystadenome of the pancreas. *Amer. J. Surgery*, 81: 204, 1951.
8. PRADERI, R., ORMAECHEA, C., DELGADO, B. Duodenopancreatocetomía cefálica. *Cir. del Uruguay*, 41: 298, 1951.
9. PROBSTEIN, J. C. and BLUMENTAL, H. Progressive malignant degeneration of a cystadenome of the pancreas. *Arch. Surg.*, 81: 683, 1960.
10. TAGARIELLO, P. L'adenoma cistico del pancreas. *Arch. Ital. Mal. App. Digest.*, 17: 325, 1951.

DISCUSION

DR. VALLS.— Felicito a los autores por la presentación de este trabajo que es muy importante en sí y además muestra un alarde de técnica quirúrgica.

Hemos aprendido con este trabajo, porque era una lesión que evidentemente beneficiaba de duodenopancreatocetomía cefálica, una operación de gran mortalidad y que se realiza poco. Yo personalmente tengo 3 nada más realizadas a lo largo de 25 años de cirugía.

En esta enferma nosotros aprendimos también uno de los detalles importantes, que dicen todos los autores cuando se realiza la técnica, que la operación es factible cuando se puede decolar el páncreas de la cara anterior de la vena porta y la vena mesentérica. Se puede introducir con esa maniobra un dedo de arriba a abajo, separarlo y entonces la operación es realizable. Aquí nos encontramos con que el tumor que tenía esta enferma estaba adherido a la cara posterior de la vena porta, de manera que previo al decolamiento del páncreas, de la vena porta y de la sección se encontraron que el tumor era adherente a la cara posterior de la vena porta, la cara posterior y lateral derecha, sector posterolateral derecho, y la solución frente a una enferma a la cual ya habían quemado las naves, porque habían seccionado el estómago, habían seccionado el páncreas, había que volver a suturar el páncreas y eso ya no era realizable. Entonces recurrieron a atacar la vena porta, ese sector lateral de vena porta y hacer una sutura, que yo me acuerdo que en el esquema aparecía algo estenosada, pero en la realidad, conversando con el Dr. Albo, dice que no quedó nada de estenosis, y se pudo realizar perfectamente la duodenopancreatocetomía cefálica. Hubo un problema de relaciones con los vasos, con adherencia con los vasos del ángulo derecho del colon que lo llevó a seccionarlos y provocar un sufrimiento vascular del ángulo derecho del colon que trajo una necrosis y aun a otra operación a realizar una colostomía. Seguramente estaban esos vasos incluidos en el tumor y por eso no pudieron ser respetados.

Nosotros hemos aprendido muchas veces que esos vasos pueden ser sacados y no perturbar la duodenopancreatocetomía si uno hace el decolamiento del colon derecho y lo lleva hacia adentro y después hace el decolamiento del ángulo duodenoyeyunal y de todo el duodeno; aquí como había adherencia que no estaba implicado en el tumor hubo necesidad de seccionarlo.

Evidentemente con toda esa cirugía la enferma evolucionó bien, se hizo una operación adecuada, evolucionó bien y por eso hay que felicitar al Dr. Albo.

Por otro lado mostró, además, que era una lesión poco frecuente. Nosotros tenemos el concepto de que el cistoadenoma no es tan raro, pero en este caso, conversando con el Dr. Albo, era una lesión que no era quística, sino sólida, aparecía con islotes lacuna-

res en el examen anatomopatológico, pero era una lesión sólida que planteaba dudas en el acto operatorio.

De modo que la solución fue perfecta, además mostró que se puede tratar perfectamente bien el eje venoso, al cual uno le tiene miedo, hacer una resección parcial y tener buenos resultados como tuvo él.

De modo que termino felicitando de nuevo al Dr. Albo por esa operación, por ese buen resultado, y por haber presentado ese enfermo.

DR. ALBO.— Bueno, quiero en primer término agradecer a los Dres. Valls y Mendivil que se ocuparon de esta presentación y en particular al Dr. Valls le diré que efectivamente, uno de los puntos que planteaba dificultad a nivel quirúrgico y por ende interés, era ese problema vascular agregado a la intervención, motivado por esa adherencia, como se describió en el trabajo, al tronco venoso que forma la mesentérica superior y que se continúa con la porta.

Se dijo ya, en el decurso de esto, y no lo vamos a repetir, las diversas soluciones que se han propuesto y la que en el momento nos vimos obligados a utilizar y que efectivamente, tal cual lo dice el Dr. Valls, después en conversaciones sostenidas con él, le hacíamos notar que el dibujo adolecía del defecto que parecía quedar estenosado el tronco venoso, en realidad eso no era así.

En cuanto a la rareza del tumor, yo lamento que la Dra. Piovano hoy no pudo venir, que por supuesto es la persona más autorizada para referirse a esto; simplemente tengo acá, está citado también en el trabajo, una de las tantas referencias que tiene su importancia por la talla del autor que en este caso es Hess y que repite aquí una vez más en cuanto a los cistoadenomas pudo recoger en la literatura solamente 110 casos desde 1925. Ocurre efectivamente que el cistoadenoma es un tumor que se presenta como macroscópicamente sólido, tiene sí cavidades, en este caso algunas de ellas rellenas por sangre como se veía en las preparaciones histológicas, pero es fundamentalmente un tumor de aspecto sólido, lo cual hace que por lo menos macroscópicamente la diferenciación con un auténtico neoplasma, es decir con un carcinoma, sea muy difícil y para nosotros imposible.

También se dijo y lo repetimos una vez más, que posiblemente de contarse en el momento con biopsia extemporánea, es decir las facilidades necesarias para efectuar la histología por biopsia extemporánea, se hubiese podido alcanzar algo más, pero es de todos conocido, no vamos a entrar tampoco al tema, que incluso el tema de la punción y/o biopsia, está cuestionado por diversos autores, apoyado por otros, es decir que incluso hasta el día de hoy es un tema en debate y sobre todo en nuestro medio, porque esta técnica como todas requiere una experiencia previa importante en el patólogo, que en nuestro medio no se da habitualmente y el patólogo, no es la primera vez, nosotros lo hemos vivido en alguna otra oportunidad, que informe en las biopsias extemporáneas del páncreas, tumor benigno y luego en el corte de histología por tinción aparece que es un adenocarcinoma; recordamos en particular a un paciente que se operó en servicio del Profesor Ardao, años atrás, era un hombre joven que tenía un tumor que fue diagnosticado intraoperatorio por un patólogo de gran talla como un tumor benigno y que sin embargo a la semana tuvimos el dato de que era un adeno carcinoma y que debió hacerse la resección en una segunda etapa.

Al Dr. Mendivil le diré que evidentemente se trata de una etiología y de una histología totalmente distinta, podría entrar en los llamados quistes disontogénicos o quistes de retención, habría que ahondar más en la histología. Evidentemente de tenerse esa seguridad diagnóstica intraoperatoria lógicamente que la resolución y la táctica quirúrgica son fundamentalmente distintas. Sobre todo, y por último, porque el cistoadenoma si bien no está descrito con frecuencia, sino al revés como una cosa rara, existen casos de transformación maligna; nosotros citamos al pasar una de las fichas bibliográficas, es muy interesante por otra parte, en que el autor siguió a un enfermo a lo largo del tiempo, que poseía un tumor quístico de esta característica, cistoadenoma, que no se resecó, que se le hizo una derivación y que el enfermo a lo largo de los años desarrolló malignidad en ese tumor y que era finalmente un tumor transformado.

Agradezco una vez más a los que se ocuparon del tema y nada más.