

# Cistoadenocarcinoma de páncreas

## Presentación clínica inusual y operaciones no convencionales

Dres. José A. Hernández<sup>1</sup>, Alberto Lyonnet<sup>3</sup>, Andrés Colet<sup>2</sup>, Carlos Juambeltz<sup>2</sup>,  
Martha Chiossoni<sup>3</sup>, Roberto Estrugo<sup>3</sup>, Daniel Montano<sup>1</sup>, Raúl Praderi<sup>4</sup>

### Resumen

*Los autores analizan 4 casos de cistoadenocarcinoma pancreático que se presentaron clínicamente como tumoraciones abdominales, con sepsis en uno de ellos, hemorragia digestiva alta y síndrome coledociano en otro.*

*Se plantea como tratamiento ideal la duodenopancreatectomía con exclusión pancreática del remanente, estableciendo como procedimiento de alternativa la reducción de masa tumoral.*

**Palabras clave:** Cistoadenocarcinoma de páncreas-terapia

### Summary

*The authors analyse four cases of pancreatic cystadenocarcinoma whose clinical presentation was that of abdominal tumors, with sepsis in one case, upper digestive hemorrhage and choledocal syndrome in another.*

*They suggest as ideal treatment duodenopancreatectomy with pancreatic exclusion of the remanent proposing as an alternative procedure tumoral mass reduction.*

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3», Prof. Raúl C. Praderi, Hospital Maciel. Fac. Med. Montevideo

<sup>1</sup> Residentes. <sup>2</sup> Asistentes. <sup>3</sup> Profesores Adjuntos de Clínica Quirúrgica y Cátedra de Cirugía y Anatomía Patológica. <sup>4</sup> Profesor Clínica Quirúrgica.

Presentado como Tema Libre al XL Congreso Uruguayo de Cirugía Piriápolis, diciembre de 1989.

**Correspondencia:** Dr. Raúl Praderi. Luis P. Ponce 1337/502. 11300 Montevideo, Uruguay.

### Introducción

El cistoadenocarcinoma de páncreas (CACP) es un cáncer que se presenta bajo forma quística. Predomina en mujeres entre 40 y 60 años siendo raro en jóvenes. La edad media de presentación es alrededor de los 48 años. La relación por sexo es netamente predominante en el femenino en una relación de 8 o 9 a 1 con respecto al masculino. Se localiza con más frecuencia en cuerpo y cola de páncreas. La clínica depende de la topografía (cefálica o distal), presentándose bajo diferentes formas, algunas de carácter no habitual.

Howard<sup>(1)</sup>, en la segunda edición de su magnífico y exhaustivo libro sobre cirugía de páncreas, analiza las situaciones clínicas excepcionales, relatando seis observaciones de la literatura.

El objetivo del presente trabajo es mostrar cuatro casos de cistoadenocarcinoma de páncreas de presentación clínica inusual, a alguno de los cuales se le efectuó un tratamiento no convencional.

### Casos clínicos

#### Caso Nº 1

Mujer de 68 años. Raza blanca.

Comienza 2 meses antes del ingreso con dolor de hemiabdomen inferior, intenso, sin relación con las ingestas, acompañado de náuseas y vómitos. No elementos de ictericia. Repercusión general con adelgazamiento importante en este tiempo. Al examen se presenta febril con picos de hasta 39,5°C, oligúrica, con síndrome funcional respiratorio y síndrome en menos de base derecha e insuficiencia cardíaca y coronaria grave. Al examen abdominal se encuentra una gran tumoración ligeramente ovalada de aproximadamente 20 cm de diámetro mayor, que ocupa HI, FI, región umbilical, indolora, de consistencia elástica. No se palpan visceromegalias.

Es estudiada con ecografía abdominal y tomografía axial computarizada tóraco-abdominal, las que muestran la presencia de un tumor quístico de páncreas con los caracteres de un cistoadenoma o cistoadenocarcinoma.

Con este diagnóstico se interviene con anestesia local debido a la sepsis que condicionaba un pésimo terreno, confirmándose el diagnóstico y practicándose una quistotomía, evacuación de contenido con intensa fetidez, concluyendo la intervención con una quistostomía sobre tubo de goma y sonda de Pezzer.

El estudio bacteriológico del material extraído mostró cocos Gram + y bacilos Gram -, anaerobios. El estudio anatómo patológico informó cistoadenocarcinoma de páncreas.

La evolución fue al inicio favorable, empeorando posteriormente, falleciendo súbitamente a los 16 días de la intervención quirúrgica.

### Caso Nº 2

V.O. 63 años. Raza blanca. CASMU.

Ictericia obstructiva. Síndrome coledociano. Se opera en 1987 encontrándose una litiasis coledociana. Se practica colecistectomía, coledocotomía, coledocolitotomía y coledocostomía sobre tubo de Kehr. Al mes de operada reinstala ictericia por lo que se estudia con colangiografía que muestra un stop en la vía biliar distal, por lo que es reoperada encontrándose mucocoele coledociano y practicándose una hepaticoyeyunostomía látero-lateral sobre asa diverticular.

En ambas intervenciones la exploración abdominal fue normal.

La evolución postoperatoria fue buena, permaneciendo 14 meses asintomática.

En examen de control aparece, luego de este lapso, una tumoración centroabdominal sobre la que los exámenes paraclínicos no son concluyentes, por lo que es reoperada encontrándose una tumoración quística cefalopancreática que se considera inextirpable, diagnosticándose CACP. Se reopera nuevamente en 9/89 siendo el tumor irreseccable por su relación con importantes estructuras vasculares y viscerales. Fallece en el postoperatorio inmediato.

### Caso Nº 3

Hombre 68 años. Raza blanca.

Presenta una hemorragia digestiva alta diagnosticándose por FCG úlcera gástrica sangrante. Concomitantemente presenta ictericia obstructiva. Es intervenido quirúrgicamente de urgencia, comprobándose la úlcera gástrica, litiasis coledociana múltiple y tumor cefalopancreático. Se practica gastrectomía subtotal distal, coledocotomía y coledocoduodenostomía sobre muñón duodenal.

Debido al terreno no se actúa sobre la tumoración pancreática practicándose solo una biopsia de la misma, la que informa CACP. Evolución favorable al

inicio. Fallece a los 18 meses de operado con extensión tumoral de todo el piso supramesocólico.

### Caso Nº 4

75 años. Mujer. Raza blanca.

Comienza 2 meses antes del ingreso con dolor en hemiabdomen derecho, tipo cólico, acompañado de vómitos alimentarios. No chuchos de frío ni fiebre. No elementos de ictericia. Repercusión general con adelgazamiento de varios kilos en este período. Al examen se destaca la presencia de una tumoración abdominal que ocupa HD, epigastrio, FD y región umbilical de aproximadamente 18 cm de diámetro, indolora. No visceromegalias. El resto del examen no ofrece particularidades. Se estudia con ecografía y TAC tóracoabdominal que muestran la presencia de una tumoración quística del páncreas sin precisar diagnóstico de la misma. Se realiza punción guiada con ecografía por la que se extraen 300 ml de líquido amarillado, no evacuándola totalmente, informando diagnóstico compatible con pseudoquistes de páncreas. El estudio citológico del líquido no muestra la presencia de células carcinomatosas.

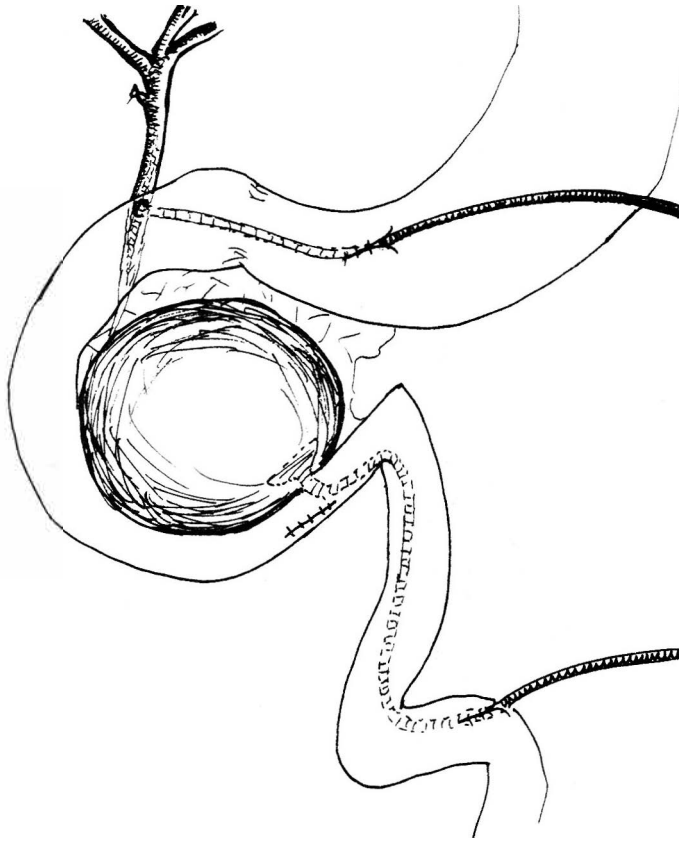
Es intervenida quirúrgicamente encontrándose un gran tumor cefalopancreático adherido firmemente a la cava por lo que se torna irreseccable. Se practica una biopsia del tejido tumoral, la que informa CACP. No se comprueban elementos de diseminación general. Se realiza una quistoduodenostomía sobre sonda de Pezzer que se saca a la Witzel por segunda asa yeyunal, colecistectomía, coledocoduodenostomía calibrada sobre tubo de Kehr que se saca transgástrica a la Witzel.

La evolución fue muy buena, con controles serios clínicos y paraclínicos no encontrando elementos de diseminación, habiendo disminuido de tamaño y mejorando su estado general, llevando a la fecha, 5 meses de operada (Figura 1).

### Discusión

Dada la gravedad de la paciente (Caso Nº 1) solo fue posible intervenirla con anestesia local. Frente al hallazgo de un CACP abscedado se realizó evacuación del contenido y drenaje externo. Mejoró por un breve lapso ya que se actuó sobre el origen de la sepsis, falleciendo súbitamente a los 16 días de operada.

En el caso clínico Nº 2, llama la atención que la paciente fue intervenida quirúrgicamente en dos oportunidades por síndrome coledociano, encontrándose en la segunda oportunidad mucocoele coledociano, derivándose la vía biliar de la paciente tal como fue descrito y no encontrando ningún elemento llamativo en el páncreas durante la exploración abdominal. A los 14 meses la paciente se interviene quirúrgica-



**Figura 1.** Caso 4. M.R. La operación efectuada: quistoduodenostomía sobre sonda Pezzer y coledocoduodenostomía sobre tubo de Kehr.

mente en dos oportunidades encontrándose en ellas un tumor quístico de páncreas irresecable.

En el caso N° 3, el paciente consulta por un úlcus gástrico sangrante e ictericia obstructiva, diagnosticándose en la intervención de urgencia tumor pancreático quístico, realizándose tratamiento de las patologías asociadas y solo biopsia tumoral, sin actuar sobre el mismo por lo antes expuesto.

En el caso N° 4, la paciente consulta por dolor con tumoración abdominal, sobre la que los exámenes imagenológicos no aportan elementos diagnósticos de certeza al igual que el estudio citológico del líquido extraído por punción. En la operación se encuentra un CACP que se confirma por BE practicándose una técnica no convencional.

## Comentario

Se desprende de los casos clínicos presentados la dificultad diagnóstica, aun utilizando exámenes imagenológicos sofisticados al alcance del cirujano.

En ninguno de los 4 casos fue posible la resección del CACP dadas las dimensiones del mismo, relación con órganos vecinos vitales y terreno del paciente.

Esto se explicará ya que la mayoría se topografían en cuerpo y cola de páncreas siendo asintomáticas al inicio, invadiendo posteriormente el sector cefálico del órgano y recién allí manifestándose clínicamente.

Pensamos en total concordancia con la literatura internacional que el mejor tratamiento para esta patología es la pancreatoduodenectomía con exclusión pancreática del remanente y derivaciones hepático

yeyunal y gastroyeyunal en asa diverticular siempre y cuando sea posible <sup>(2)</sup>.

No fue posible la resección en estos casos. Las operaciones paliativas realizadas, algunas de ellas atípicas (caso 3) permitieron resultados aceptables como señalan Becker y Didolkar <sup>(3,4)</sup>.

En el Caso N° 1, la finalidad fue actuar sobre el foco infeccioso y de esta forma comenzar con un plan escalonado de reanimación para combatir la sepsis desde su origen, la que seguramente iba a ser la causante de la muerte de la paciente y no el propio tumor, refiriéndonos por supuesto a corto plazo.

En el Caso N° 3, en la que el tumor era irreseccable, se practicó una operación con la finalidad de disminuir la masa tumoral para evitar complicaciones posteriores fundamentalmente de origen compresivo mecánico.

En suma, se utilizaron dos técnicas no aconsejadas solo con el fin de tratar las complicaciones actuales o potenciales del tumor.

Por último, la poca frecuencia de esta afección, su período de latencia sintomática predisponen a la demora, dificultad y error diagnóstico conllevando a un tratamiento limitado a la afección.

## Conclusiones

El CACP es una afección rara pero no excepcional.

Dada su mayor frecuencia de ubicación en cuerpo

y cola, la sintomatología de inicio es nula retardando por consiguiente el diagnóstico.

La consulta por tumoración abdominal es la más frecuente y aún aplicando imagenología sofisticada es difícil su diagnóstico de certeza.

El correcto tratamiento sería la duodenopancreatectomía con exclusión pancreática del remanente y derivaciones hepaticoyeyunal y gastroyeyunal en asa diverticular.

En caso de tumor irreseccable o complicaciones del mismo pueden ser practicados procedimientos de reducción de masa o tratamiento de la eventual complicación.

## Bibliografía

1. **Howard J, Jordan G.** Surgical Diseases of the Pancreas. Philadelphia: Lea y Febiger, 1987: 539-63.
2. **Moossa A.** Surgical Treatment of Pancreatic Cancer. In: Tumors of the Pancreas. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988.
2. **Becker, WF, Welsh RA, Pratt HS.** Cystadenoma and cystadenocarcinoms of the pancreas. Ann Surg 1965; 161: 845.
3. **Becker WF, Welsh RA, Pratt HS.** Cystadenoma and cystadenocarcinoms of the pancreas. Ann Surg 1965; 161: 845.
4. **Didolkar MS, Malhotra Y, Holyoke E, Elias EG.** Cystadenoma of the pancreas Surg Gynecol Obstet 1975; 140: 925.