

## CASO CLÍNICO

# Carcinoma gigante acinar de cuerpo de páncreas

Dres. Luis Ruso<sup>1</sup>, Gustavo Rodríguez<sup>2</sup>, Raúl Praderi<sup>3</sup>, Héctor Navarrete<sup>4</sup>

## Resumen

*El cáncer de páncreas ha incrementado su incidencia, pero mantiene un pobre pronóstico oncológico y una tasa de resección menor al 10%. Se presenta un caso clínico de un paciente joven, con excelente estado general portador de un cáncer corporo-caudal, con infiltración de estómago, tercio izquierdo de colon transversal y ángulo duodeno-yeyunal, en el que se consideró la cirugía de excéresis regional como la única opción terapéutica aceptable. La cirugía transcurrió sin complicaciones, pero el enfermo falleció 42 días después, con metástasis hepáticas masivas, en caquexia neoplásica. Se discute el valor de la excéresis paliativa de este tipo de tumores, considerando la ineficacia actual de la terapéutica adyuvante.*

**Palabras clave:** Neoplasmas pancreáticos  
Pancreatectomía  
Carcinoma de célula acinar

## Summary

*The incidence of cancer of the pancreas has risen, but it still has poor oncologic prognosis and a resection rate lower than 10%. The authors present the case of a young male patient who presented body and tail cancer infiltrating stomach, left third of the transverse colon and duodeno jejunal angle; regional exeresis surgery was considered to be the only acceptable therapeutic option. There were no complications but the patient died 42 days later with massive metastasis in the liver, in a state of neoplastic cachexia. The authors discuss the value of palliative exeresis in this type of tumors, taking*

*into account the present inefficacy of adjuvant therapy.*

## Introducción

El cáncer de páncreas ocupa el cuarto lugar en frecuencia entre los tumores sólidos, ha aumentado su incidencia en todo el mundo. Tiene un mal pronóstico con una tasa de sobrevida de aproximadamente 3% a cinco años. El carcinoma corporocaudal se caracteriza por la inespecificidad de sus síntomas y el diagnóstico tardío y es considerado habitualmente como incurable mediante resección quirúrgica. Sólo 8% son pasibles de cirugía resectiva. Se relata una observación reciente.

## Caso clínico

31 años. Sexo masculino. Colectectomizado por litiasis en 1992. Ingresó el 5 de enero de 1994 por hemorragia digestiva alta, sin repercusión hemodinámica. Tránsito digestivo normal. Examen: Longilíneo, anemia. Hemoglobina 7,8 g/dl. Estado general conservado. Ausencia de signología físico abdominal o dolor a la palpación.

Tacto rectal: Douglas libre e indoloro. Melenas al guante.

Fibrogastroduodenoscopia: en cara posterior de cuerpo gástrico presenta una lesión ulcerada de 18 mm de diámetro que sangra escasamente. No se biopsia.

Se realiza reposición hemática y tratamiento médico con antiácidos.

El paciente se mantiene hemodinámicamente estable sin evidencias de sangrado activo. Al cuarto día del ingreso, fiebre de 38,8°C sin foco aparente. Leucocitosis en ascenso (18700 elementos/mm<sup>3</sup>)

Tomografía computada de abdomen: voluminoso tumor de cuerpo y cola de páncreas que invade el estómago y el ángulo izquierdo del co-

Trabajo del Departamento de Cirugía del CASMU

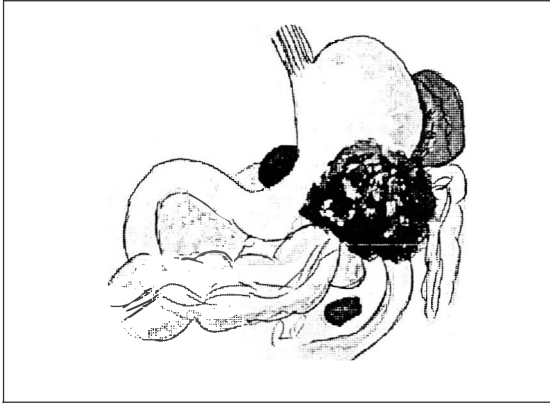
1. Cirujano residente.

2. Jefe Departamento

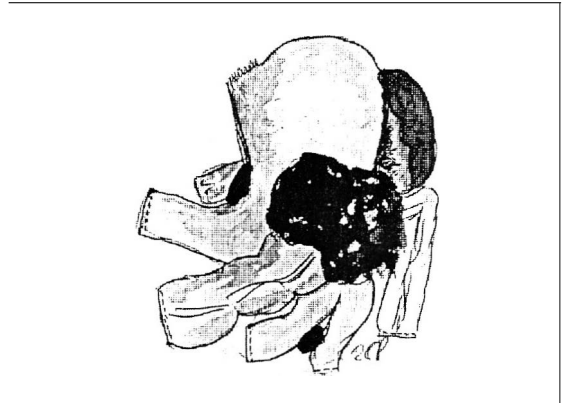
3. Anatómo Patólogo

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay media hora previa en la sesión del 5 de octubre de 1994.

**Correspondencia:** Dr. Luis Ruso. Verdi 4067 ap. 201. CP 11400 Montevideo, Uruguay.



**Figura 1.** Localización del tumor; infiltrando estómago colon y ángulo duodeno yeyunal.



**Figura 2.** Pieza de resección.

lon. Adenopatías celíacas. En el lóbulo derecho se observa una pequeña imagen hipodensa única, compatible con metástasis.

Laparotomía: incisión mediana suprainfraumbilical, prolongada hacia la espina ilíaca antero superior derecha. Gran tumor de cuerpo y cola de páncreas que infiltra la cara posterior del estómago, así como el ángulo duodenoyeyunal y el ángulo izquierdo del colon. Gran adenopatía a nivel del abocamiento mesentérica inferior. Se constata en el lóbulo derecho del hígado la lesión objetivada en la tomografía computada.

Procedimiento: Pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía, gastrectomía total, resección del ángulo duodenoyeyunal, junto con las tres primeras asas yeyunales y el ángulo izquierdo del colon, en monoblock. Vaciamiento ganglionar coronario celíaco, pancreático y del pedículo hepático. Reconstrucción: esofagoyeyunos-tomía término lateral con sutura mecánica circular. Anastomosis término lateral de duodeno II con el pie del asa y anastomosis latero lateral de colon. Las dos últimas manuales en dos planos.

El estudio anatómico patológico (HN) mostró carcinoma a células acinares del páncreas, que involucra en su crecimiento la pared gástrica, el duodeno, el colon y el intestino delgado. Metástasis masivas de los ganglios resecados en la pieza.

Excelente evolución posoperatoria, sin complicaciones. Alta a los doce días de posoperatorio.

A los veintiún días de posoperatorio, se inicia quimioterapia coadyuvante con 5 fluoracilo durante cinco días. Buena tolerancia. A los 42 días de operado, reingresa con astenia, anorexia y marcada repercusión general.

Una nueva tomografía computada abdominal muestra la metástasis única que ha crecido con

gran rapidez. A los 62 días del inicio del cuadro, fallece en caquexia neoplásica.

### Comentario

Este paciente fue sometido a una gran intervención en función de su juventud y excelente estado general e influido por su condición familiar (dos hijos pequeños y la esposa cursaba un embarazo de cuatro meses). Se consideró que la única opción terapéutica era la cirugía. La excelente evolución posoperatoria pareció avalar este concepto. Se planeó la metastasectomía diferida: previo a ello se decidió realizar quimioterapia adyuvante, la cual fue inefectiva dado el rápido crecimiento del tumor.

La incidencia del cáncer de páncreas ha aumentado en todo el mundo en los últimos 60 años<sup>(1-3)</sup>.

El carcinoma de cuerpo y cola de páncreas se manifiesta a menudo tardíamente y es habitual que se considere incurable mediante resección quirúrgica<sup>(4)</sup>.

80% ocurren entre 60 y 80 años, siendo poco frecuente por debajo de los 45 años<sup>(2)</sup>. Las edades extremas oscilan entre 28 y 87 años<sup>(5)</sup>. La incidencia por sexos es muy similar: 52% para el hombre y 48% para la mujer. Predomina en la raza blanca 73% frente a 25% de la raza negra. La forma clínica de presentación en nuestro paciente con una hemorragia digestiva por infiltración y ulceración gástrica es inusual; sólo cuatro pacientes en 218 reunidos en dos series la presentaron<sup>(4,5)</sup>. La invasión del mesocolon y colon que en nuestro paciente fueron asintomáticas, son excepcionales. Johnson<sup>(4)</sup> encuentra sólo dos casos en 105 pacientes en su serie recientemente publicada. Los síntomas más frecuentes

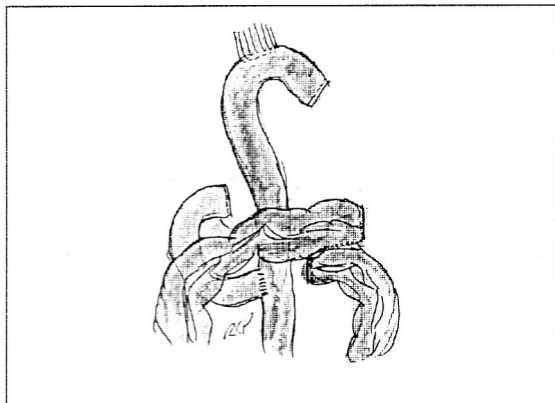


Figura 3. Reconstrucción del tránsito.

del cáncer pancreático corporocaudal son: el dolor abdominal posterior (89%), pérdida ponderal (54%), náuseas y vómitos (16%), diarrea (8%), ictericia (4%), constipación (3%) y son asintomáticos 3%. El examen físico abdominal no aportó datos de valor como ocurre en 49 a 56% de los casos de otros autores<sup>(5)</sup>. Otros hallazgos son: sensibilidad epigástrica (33%), tumor epigástrico (20%), hepatomegalia (8%) y ascitis (3%). El carcinoma pancreático común se origina en el epitelio de los conductos de la glándula. En los acinos se originan solamente el 1% de los tumores malignos<sup>(6)</sup>. Nuestro caso se trata de un carcinoma de este tipo, con una conducta biológica particularmente agresiva, con infiltración masiva de las estructuras adyacentes y rápida capacidad metastásica. A pesar de la terapéutica agresiva a que fue sometido falleció sólo dos meses después del inicio de los síntomas clínicos.

Las metástasis hepáticas masivas son bastante características del cáncer de cuerpo y cola de páncreas y se atribuyen a embolización portal a través de la vena esplénica<sup>(6)</sup>.

Warshaw<sup>(7)</sup>, comparó en forma prospectiva, técnicas de diagnóstico para determinar la resecabilidad de los tumores pancreáticos.

La tomografía computada abdominal tuvo una exactitud de 92% en la determinación de la irreseccabilidad pero sólo de 42% para predecir la resecabilidad. La resonancia nuclear magnética no tuvo ninguna ventaja sobre la tomografía computada. La arteriografía visceral tuvo 95% de acierto para predecir irreseccabilidad; pero sólo 66% de sensibilidad.

La laparoscopia detectó carcinomatosis hepática y peritoneal en 22 de 23 pacientes.

La asociación, tomografía computada con arteriografía permite establecer la irreseccabilidad de los tumores<sup>(4)</sup>. Si bien la combinación de estu-

dios imagenológicos mejora la especificidad en cuanto a la extensión locorregional de la enfermedad la laparotomía sigue siendo el árbitro final<sup>(1,4)</sup> y de acuerdo a ese criterio fue que lo resecamos.

Aunque recientemente, se han comunicado mejores resultados en el tratamiento del cáncer cefalopancreático<sup>(8,9)</sup>, no ocurre lo mismo con el carcinoma de cuerpo y cola. La resección pancreática sólo es posible en 7–8% de los casos<sup>(1,10,11)</sup>.

En tres series<sup>(4,5,10)</sup> que totalizaron 318 casos de cáncer de cuerpo y cola de páncreas la resección fue posible en 29 (9%) de ellos.

El índice de resección no ha mejorado en los últimos años. No obstante en una serie recientemente publicada por Johnson el índice de resecciones llegó a 12%.<sup>(4)</sup> La mayoría de los pacientes resecados no sobreviven más allá de un año.

En la serie de Watanapa que revisa el tratamiento quirúrgico paliativo de los cánceres de páncreas en los últimos 20 años se concluye: "los cánceres distales a la cabeza del páncreas son prácticamente incurables y conducen a la muerte en un corto período de tiempo"<sup>(1)</sup>.

Moosa<sup>(12)</sup> en su experiencia no encontró ningún caso que viviera más de un año. Traverso y Longmire<sup>(13)</sup> encuentran una sobrevida media de 8 meses. Para Johnson<sup>(4)</sup> la media de sobrevida fue de 13 meses. Frente a la realidad actual es ineludible preguntarse si la cirugía resectiva paliativa se justifica en este tipo de enfermos. Parece razonable suponer que si el tumor es reseccable la sobrevida pueda prolongarse aun cuando la curación no sea posible<sup>(4)</sup>.

Cuando el tumor está limitado al órgano la resección estaría justificada<sup>(14)</sup>. Empezar una conducta agresiva en estos tumores se justifica si las perspectivas de vida son mayores de un año y si la mortalidad operatoria es mínima<sup>(4)</sup>, para lo cual se requiere un equipo quirúrgico entrenado en esta cirugía. En la literatura revisada sólo encontramos un caso en que a la pancreatoclectomía distal se le asoció una gastrectomía total con una sobrevida de 8 meses<sup>(4)</sup>. No encontramos ningún caso en que se hubiera asociado además la resección segmentaria de colon y yeyuno como se realizó en este paciente.

## Bibliografía

1. Watanapa P, Williamson RCN. Surgical palliation for pancreatic cancer: Development during the past two decades. *Br J Surg* 1992; 79: 8.
2. Haddock G, Carter DC. Etiología del cáncer de páncreas. *Br J Surg* 1990; 77: 53.
3. Praderi R, Boudrandi S, Rodríguez G, Navarrete H. Carcinomas metácronos de colon y páncreas. *Cir Uruguay* (En prensa. 1996).

4. **Johnson CD, Schwall G, Flechtenmacher J, Trede M.** La resección de los adenocarcinomas del cuerpo y cola del páncreas. *Br J Surg* 1993; 80: 412.
5. **Nordback IH, Hruban RH, Boitnott JK, Pitt HA, Cameron JL.** Carcinoma of the body and tail of the pancreas. *Am J Surg* 1992; 164: 26.
6. **Robbins SL, Cotran RS.** Patología estructural y funcional. 3a. ed. México: Interamericana, 1987.
7. **Warshaw AL, Gu Z, Wittemberg J, Waltman AC.** Preoperative staging and assessment of resectability of pancreatic cancer. *Arch Surg* 1990; 125: 230.
8. **Crist DW, Sitzmann JV, Cameron JL.** Improved Hospital morbidity, mortality and survival after the Whipple procedure. *Ann Surg* 1987; 206: 358.
9. **Grace PA, Pitt HA, Tompkins RK et al.** Decreased morbidity and mortality after pancreaticoduodenectomy. *Am J Surg* 1986; 151: 141.
10. **Matsuno S, Sato T.** Surgical treatment for carcinoma of the pancreas, experience in 272 patients. *Am J Surg* 1986; 152: 499.
11. **Richards AB, Sosin H.** Cancer of the pancreas: the value of radical and palliative surgery. *Ann Surg* 1973; 177: 325.
12. **Moosa AR.** Pancreatic cancer. Approach to diagnosis, selection for surgery and choice of operation. *Cancer* 1982; 50: 2689.
13. **Longmire WP Jr, Traverso IW.** The Whipple procedure and other standard operative approaches to pancreatic cancer. *Cancer* 1981; 47: 1706.
14. **Dalton RR, Sarr MG, Van Herden JA, Colby TV.** Carcinoma of the body and tail of the pancreas: is curative resection justified? *Surgery* 1992; 111:489.