

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH", CAMAGÜEY

Cáncer del páncreas. Estudio de 100 casos

Dr. Rafael Pila Pérez, Dr. Juan Amador Betancourt

Pila Pérez, R.; J. Amador Betancourt: *Cáncer del páncreas. Estudio de 100 casos.*

Se presenta un estudio de 100 casos de cáncer del páncreas en el período comprendido de 1975 a 1984. El diagnóstico se fundamentó en estudios histopatológicos tanto de los fallecidos como de los sometidos a intervención quirúrgica. La mayor incidencia se presentó entre los 60 y 69 años en la raza blanca y en el sexo masculino. El síndrome general, el dolor, el íctero y el prurito, fueron los síntomas y signos de mayor frecuencia. La eritrosedimentación, la fosfatasa alcalina, la bilirrubina, la ecografía, la angiografía selectiva, entre otras, fueron las de más importancia. De nuestros 100 casos, 42 fueron intervenidos quirúrgicamente, mientras que el resto recibió tratamiento paliativo o con 5-fluoracilo. Se revisa el tema y se comparan nuestros resultados con los de otros autores.

INTRODUCCION

Dada su relativa inaccesibilidad, el diagnóstico precoz de los tumores pancreáticos ha resultado difícil y muchas veces se ha retrasado hasta presentarse el cuadro clínico completo.

Un importante esfuerzo en la investigación clínica ha intentado establecer la utilidad absoluta y comparada de los métodos disponibles o de reciente creación como endoscopia, ultrasonido y tomografía axial computerizada. Basado en ello, es de esperar que en el futuro sepamos identificar la población más expuesta a este padecimiento para separar estos pacientes de etapas todavía asintomáticas con vistas a diagnosticar y tratar el cáncer antes de que se produzcan metástasis, lo que conseguiría disminuir la mortalidad ocasionada por este padecimiento.

El objeto de este trabajo, es dar a conocer las características e incidencias del cáncer del páncreas en nuestro medio, haciendo un aporte en el estudio de esta entidad que en los últimos 30 años está llegando a proporciones epidémicas.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron todos los protocolos de fallecidos y pacientes operados de neoplasias del páncreas en el hospital Provincia! Manuel Ascunce Domenech", de Camagüey, en el período comprendido de 1975 a 1984.

Especialista de II Grado en Medicina Interna.
Especialista de I Grado en Medicina Interna.

El diagnóstico se fundamentó en el estudio anatomopatológico en todos los casos

En todos nuestros enfermos estudiamos la edad, el sexo, el color de la piel, el motivo de ingreso, los síntomas y signos, la localización, el tipo hístico del tumor, los exámenes de laboratorio y otros exámenes de importancia en esta entidad.

Al mismo tiempo, hemos valorado el tratamiento quirúrgico y médico.

RESULTADOS Y DISCUSION

En nuestra casuística, el cáncer del páncreas se encontró con mayor frecuencia entre los 60 y 69 años con 45 casos, seguido por las edades comprendidas entre 50 y 59 con 21; igualmente 19 de nuestros enfermos se encontraban entre los 70 y 79 años. *Brooks*¹ señala que el cáncer del páncreas es más común en los 55 años; *Vázquez y colaboradores*² señalan que en la mayoría de los casos se presenta en la octava década de la vida; *Anderson*³ observa que esta entidad es poco frecuente en pacientes menores de 40 años y que las dos terceras partes de los pacientes tienen más de 60 años. *Miras Estado*⁴ señala que en su serie la mayor incidencia de enfermos ocurrió entre los 50 y 60 años.

El mayor número de enfermos se señala en el sexo masculino, como ocurrió en nuestros casos con el 64%, en una relación de 1,8 : 1. *Gullick*⁵ observa una relación de 2 : 1, *Vázquez*² 3 : 1, *Brooks*¹ 2 : 1 al igual que *Verges*⁶ y *Jochimsen*⁷

Referente al color de la piel, 48 de nuestros casos eran blancos, seguidos de los pacientes de color negro con 35 y 15 mestizos; 2 de nuestros enfermos eran de piel amarilla. *Schottenfeld*⁸ señala que el cáncer del páncreas según las edades en población no blanca, de 1930 a 1960 ha aumentado el cuádruplo para los varones y el quintuplo para las hembras; el aumento en la población blanca no ha sido tan intenso pero ha sido neto.

*Vázquez y colaboradores*² informan una mayor incidencia en la raza blanca al igual que nuestra serie, pero sí debemos señalar que a pesar de la composición étnica de nuestra provincia, donde el color de la piel blanca predomina, es bastante llamativa la gran frecuencia de esta entidad en negros y mestizos. *Krain*⁹ indica el aumento del cáncer del páncreas en los últimos años y sobre todo en varones negros. Como antecedentes de importancia, debemos señalar que encontramos diabetes mellitus de larga evolución en 27 de nuestros enfermos; *Brooks*¹ la señala en el 30%, *Verges*⁶ en el 40% y *Warren Nugel*¹⁰ señala que la diabetes es complicación frecuente de esta entidad.

Otro antecedente de importancia fue el *ulcus* péptico encontrado en el 13% de esta serie; *Vázquez*² lo encuentra en el 19,6% y *Verges*⁶ en el 36%.

*Brooks*¹ y *Lyon*¹¹ informan que fumar más de 10 a 20 cigarrillos al día tiene relación con el mayor riesgo de que surja esta enfermedad. Hemos encontrado que el 71% de nuestros enfermos practicaban este hábito, 52 hombres y 19 mujeres.

El cáncer del páncreas es una de las afecciones más frecuentes en la actualidad, ya que representa la cuarta causa de muerte por cáncer

en algunos países,¹² y el 6% de todas las muertes por cáncer.⁸ El incremento en el número de casos de esta entidad se ha acompañado de disminución del cáncer en el estómago.^{1,13} Estos resultados fueron encontrados por nosotros, ya que la neoplasia del páncreas sólo fue superada por la neoplasia del pulmón, y en los últimos 5 años se ha informado más neoplasia de páncreas que de estómago.

*Jochimsen*⁷ calcula que la frecuencia aumenta el 15% cada período de 10 años.

El motivo de ingreso (tabla 1) fue dado fundamentalmente por la ictericia en 52 casos, mientras que otros autores¹⁴ señalan el dolor abdominal solo o unido a la ictericia como causa más frecuente. Otras causas importantes de ingreso en nuestra serie fueron hepatomegalia, ascitis y el síndrome general.

Tabla 1. *Motivo de ingreso*

Motivo de ingreso	No. de casos	%
Ictero	52	52
Dolor abdominal	15	15
Ictero más dolor abdominal	9	9
Hepatomegalia	8	8
Ascitis	8	8
Síndrome general	4	4
Fiebre	3	3
Diarreas	3	3
Total	100	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Los datos más importantes en la anamnesis fueron astenia, anorexia y la pérdida de peso, lo cual fue informado en el 91% de nuestros enfermos. La mayoría de las veces, la pérdida de peso fue superior a 20 lb en 2 meses.

El dolor abdominal difuso, en hipocondrio derecho y en epigastrio, predominaron en nuestros casos para el 99% en su conjunto; *Vázquez y colaboradores*¹⁴ informan el 83,4%, 49,9% y 36,5%, respectivamente. *Becares y colaboradores*¹⁴ encuentran el dolor abdominal en general en el 76% de sus pacientes.

La ictericia se manifestó en el 74% de los pacientes; éste fue uno de los datos más frecuentes, lo cual coincide con *Becares y Harman*. Otros autores^{5,7} informan a la ictericia en más del 90% de los casos en relación directa con la situación del tumor respecto a la vía biliar extrahepática o a la infiltración metastásica del hígado.

El prurito se encontró en el 63% de nuestra serie, mientras que otras investigaciones^{2,14} lo señalan desde el 30 hasta el 56%.

Hallamos la hepatomegalia en el 58%, *Becares*¹⁴ lo notifica en el 60,5% de sus casos.

Otros síntomas importantes encontrados fueron el signo de Courvoisier-Terrier, la hemorragia digestiva, diarreas y síntomas mentales, los cuales hallamos entre el 24 y el 9%; otros autores los señalan entre el 5 y el 30%.^{16,18} (tabla 2).

Tabla 2. *Síntomas y signos*

Síntomas y signos	No. de casos	%
Astenia y anorexia	91	91
Dolor abdominal difuso	40	40
Dolor en hipocondrio derecho	39	39
Dolor en epigastrio	20	20
Dispepsia	27	27
Fiebre	12	12
Trastornos psiquiátricos	7	7
Ictero	74	74
Prurito	63	63
Hepatomegalia	58	58
Síndrome Courvoisier-Terrier	24	24
Ascitis	22	22
Hemorragias digestivas	13	13
Diarreas	11	11
Otros	9	9

Fuente: Expedientes clínicos.

El adenocarcinoma fue el tipo de tumor más frecuentemente clasificado en nuestros enfermos, con el 83%, seguido por el cistoadenocarcinoma y el carcinoma acinar. Similares hallazgos informan *Robbins*,⁹ *Vázquez*² y *Miras*¹⁴ (tabla 3).

Tabla 3. *Anatomía patológica*

Anatomía patológica	No. de casos	%
Adenocarcinoma	83	83
Cistoadenocarcinoma	6	6
Carcinoma acinar	4	4
Leiomioma maligno	3	3
Insulinoma maligno	2	2
Total	100	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En nuestro estudio, al igual que en otras series de la literatura,^{25,18} la localización del tumor fue primeramente en la cabeza de la glándula, con el 64%, en el cuerpo el 28% y en el resto invadía la cola o gran parte del páncreas:

Todos los autores^{19,20} están de acuerdo en que al realizar la necropsia el 75% de los casos tiene metástasis en el hígado y en orden decreciente en vías biliares primarias, peritoneo, pulmones, etcétera (tabla 4).

Tabla 4. Localización

Localización	No. de casos	%
Cabeza	64	64
Cuerpo	28	28
Cola	8	8
<i>Extensión</i>		
Hígado	68	68
Vía biliar	41	41
Peritoneo	15	15
Pulmón	7	7

Fuente: Expedientes clínicos.

Los signos biológicos de mayor importancia en esta serie fueron la eritrosedimentación, que se encontró acelerada en el 93%; la fosfatasa alcalina se elevó en el 82%, lo cual se atribuye a la invasión de las vías biliares o invasión hepática por el tumor, seguido por la alteración de la transaminasa y la bilirrubina, éstas tuvieron igual significación, mientras que otro autor²¹ señala elevación de la glicemia sin antecedentes previos de diabetes en un alto porcentaje de casos; nosotros solamente informamos este dato en el 34% fueron superiores a 200 mg en muy pocas ocasiones (tabla 5).

Tabla 5. Exámenes de laboratorio

Exámenes de laboratorio	No. de casos	%
Hb < 10 g %	54	54
Leucocitos > 10 000 × mm ³	28	28
Glicemia elevada	34	34
Bilirrubina elevada	74	74
TGP elevada	78	78
Eritrosedimentación acelerada	93	93
Fosfatasa alcalina elevada	82	82
Tiempos de protrombina	36	36

Fuente: Expedientes clínicos.

Otros medios diagnósticos utilizados son los radiológicos (tabla 6), en los que encontramos de gran utilidad la serie gastroduodenal con las típicas imágenes de compresión, si bien últimamente consideramos, al igual que *Diamond*,²² a la duodenografía hipotónica de más utilidad en el diagnóstico de los tumores de cabeza de páncreas que la serie gastroduodenal ordinaria.

Tabla 6. Estudio realizado

Estudio realizado	No. de casos	%
Rayos X de tórax	12/98	12,2
Rayos X de EED	48/65	73,8
Duodenografía hipotónica	9/21	42,8
Angiografía selectiva	13/15	86,6
Ecografía	12/14	85,7
Colangiografía intravenosa	13/20	65
Laparoscopia	22/34	64,7

Fuente: Expedientes clínicos.

La angiografía selectiva es también muy útil, pero las imágenes que proporciona son a veces de difícil interpretación, pues muchas son comunes a las neoplasias y a la pancreatitis crónica. De 15 angiografías selectivas practicadas a nuestros casos, 12 fueron sospechosas de cáncer o pancreatitis crónica. *Bookstein*²³ señala que debe practicarse en todos los casos, pues es de gran utilidad para valorar la operación de cada paciente, ya que descubre la invasión de troncos vasculares en el 70%, lo que excluye toda intervención de tipo curativo.

Otros medios diagnósticos con buenos resultados son el ultrasonido, la tomografía axial computorizada (TAC) y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

*Bradley y Clements*²¹ estudiaron 12 casos con ultrasonido en los que el diagnóstico se confirmó en 8 de ellos.

En nuestros pacientes, de 14 encontramos positivos 12 casos.

Con respecto a la TAC y a la CPRE, nuestra experiencia es nula, por no contar con estas investigaciones en nuestro medio; no obstante, debemos señalar que algunos autores informan una positividad entre el 80 y 95% para la TAC y entre el 80 y 90% para la CPRE.²⁵⁻²⁷

La colangiografía intravenosa fue diagnóstica en 13 casos nuestros, mientras que *Verges*⁶ señala que de 13 casos fue positiva en 11.

La laparoscopia en múltiples ocasiones es un auxiliar diagnóstico de gran importancia en nuestro medio; sin embargo, hay escuelas que son partidarias de practicar una laparotomía precoz con el fin de descomprimir las vías biliares, así como valorar el grado de afectación para en un segundo tiempo, después de mejorar la situación metabólica, efectuar una cirugía exéretica. En nuestra serie se practicó laparoscopia a 34 pacientes y se alcanzó una positividad de 22 casos (tabla 7).

Tabla 7. Tipo de intervención quirúrgica

Tipo de intervención	No. de casos
Laparotomía más biopsia	7/42
Operaciones derivativas	23/42
Pancreatectomía total	3/42
Pancreatectomía cefálica	4/42
Duodenopancreatectomía (Whipple)	5/42

Fuente: Expedientes clínicos.

El tipo de intervención quirúrgica más frecuente fue de tipo derivativo (23 casos); se efectuó resección total y parcial, así como duodenopancreatectomía en conjunto a 19 casos.

De nuestros 100 pacientes 58 no fueron tratados quirúrgicamente. En 31 de ellos se empleó tratamiento paliativo debido a las complicaciones y estadio avanzado en que llegaron los enfermos; los 27 restantes fueron tratados con 5-fluoracilo; en éstos el promedio de vida fue entre 14 y 18 meses. Se informa por *Bernard*²⁸ una respuesta favorable en la asociación de 5-fluoracilo y BCNU (carmustina) en el 33% de los enfermos de su serie frente al 16% tratados solamente con 5-fluoracilo.

*Moertel y colaboradores*²⁹ han demostrado que la asociación de 5-fluoracilo a 4 000 rads de radioterapia, logra una mejoría estadística de 6,3 meses para la radiación sola contra 10,4 meses para la modalidad terapéutica combinada. *Haslam*³⁰ informa que dosis altas de radioterapia (6 000 rads) produjeron en sus casos una supervivencia de 2 años.

CONCLUSIONES

1. La incidencia mayor de nuestros pacientes ocurrió entre 60 y 69 años (45%); en el sexo masculino (64%) y en la raza blanca (48%); en la negra y la mestiza en conjunto se encontró en el 52%.
2. La diabetes mellitus (27%), el hábito de fumar (71%), y el *ulcus* péptico (13%) fueron antecedentes de importancia.
3. El íctero, en el 52% de nuestros casos, fue la causa más frecuente de ingreso seguido de dolor abdominal en el 15% e íctero más dolor abdominal en el 9%.
4. La localización más frecuente de esta entidad fue cefálica (64%) seguida del cuerpo (28%). La extensión primaria fue el hígado (68%) y vías biliares (41%).
5. El adenocarcinoma (83%) fue la causa más común, seguido por el cistoadenocarcinoma y el carcinoma acinar.
6. Los síntomas más comunes fueron el dolor abdominal en sus diferentes modalidades (99%) seguido del síndrome general (91%) y la dispepsia (27%). Los signos de mayor importancia fueron el íctero (74%), el prurito (63%) y la hepatomegalia (58%).
7. Los exámenes de laboratorio de mayor importancia fueron la hemoglobina con menos de 10 g en 54 casos, bilirrubina directa en 74, transaminasa glutámica pirúvica (TGP) elevada 78, fosfatasa alcalina elevada 82, y eritrosedimentación acelerada en 93 casos.
8. Los exámenes radiológicos de mayor importancia fueron 21 rayos X de esófago-estómago-duodeno, que ofreció signos de cáncer del páncreas en el 48%. La duodenografía hipotónica en 19, la angiografía selectiva en 13 y la ecografía en 12 de 14 casos.
- 9- De nuestros enfermos, 42 fueron sometidos a intervención quirúrgica; las operaciones derivativas, en 23 casos, fueron mayormente efectuadas. Del resto, 37 fueron sometidos a tratamiento paliativo y a 21 se trató con 5-fluoracilo; se logró una supervivencia entre 14 y 19 meses.

SUMMARY

Pila Pérez, R.; J. Amador Betancourt: *Cancer of the pancreas. Study of 100 cases.*

A study of 100 cases of cancer of the pancreas, carried out from 1975 to 1984, is presented. The diagnosis was based on histopathologic studies of dead patients as well as of those submitted to surgical intervention. Highest incidence occurred in those aged 60-69 years, white individuals and male sex. General syndrome, pain, icterus and pruritus were the most frequent symptoms and signs. Erythro sedimentation, alkaline phosphatase, bilirubin, echography, selective angiography, among others, were the most important. Of the 100 cases, 42 were surgically operated, while to the rest palliative treatment or 5-fluoracil was given. The theme is reviewed and our results are compared with those from other authors.

RÉSUMÉ

Pila Pérez, R.; J. Amador Betancourt: *Cancer du pancréas. A propos de 100 cas.*

Il est présenté une étude de 100 cas de cancer du pancréas, dans la période comprise de 1975 à 1984. Le diagnostic s'est fondé sur des études histopathologiques, aussi bien des décédés que des sujets soumis à une intervention chirurgicale. L'incidence la plus élevée s'est présentée entre 60 et 69 ans, dans la race blanche et le sexe masculin. Le syndrome général, la douleur, l'ictère et le prurit ont été les symptômes et les signes les plus fréquents. La sédimentation des érythrocytes, la phosphatase alcaline, la bilirubine, l'échographie, l'angiographie sélective, entre autres, ont été les épreuves les plus importantes. Sur ces 100 cas, 42 ont été intervenus chirurgicalement, tandis que le reste a reçu un traitement palliatif ou par 5-fluoro-uracil. Une revue est faite sur la littérature concernant ce sujet et les résultats sont comparés avec ceux obtenus par d'autres auteurs.

BIBLIOGRAFIA

1. *Brooks, F. P.*: Enfermedades del páncreas. *En*: Tratado de Medicina Interna, Cecil-Loeb. T. 2. Vol. I. La Habana, Cuba. Editorial Pueblo y Educación, 1980. 1858 P.
2. *Vázquez, J. et al.*: Neoplasia de páncreas. *Rev 16 de Abril* 14: 32-37, 59, 1975.
3. *Anderson, W. A. D.; J. M. Kissane*: Cancer of pancreas. Vol. 2. Saint Louis, EE.UU., Ed. Mosby, 1977. 1464 Pp.
4. *Miras Estado, M. et al.*: Carcinoma del páncreas y región periampular. Estudio de 76 casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 61 (3): 225-232, 1982.
5. *Gullick, H. D.*: Carcinoma of the pancreas. A review and critical study of 100 cases. *Medicine* 270: 38-47, 1959.
6. *Verges, J. et al.*: Neoplasia de páncreas y toma periampular: Experiencia personal. *Rev Esp Enf Ap Digest* 62 (6): 460-465, 1982.
7. *Jochimsen, P. R. et al.*: Course and treatment results of young patients with carcinoma of the pancreas. *Surgery* 144 (1): 32-34, 1977.
8. *Schotten, D. et al.*: Valores cambiantes de morbilidad por cáncer y sus consecuencias. *Rev Clin Med Nort Am*: 613, mayo 1966.
9. *Krain, L.*: The pancreas. *Am J Gastroenterol* 54 : 500, 1970.
10. *Warren Nuget, F.*: Páncreas y enfermedades generales. *Rev Clin Med Nort Am*: 446, marzo, 1966.
11. *Lyon, J. L et al.*: Cancer incidence in Mormons and non mormons in Utah 1966-1970. *Engl J Med* 294: 19, 1976.
12. *Cancer Facts and Figures*: American Cancer Society Publication No. 5008-LE, 1975.
13. *Wynder, E.L et al.*: An epidemiological investigation of gastric cancer. *Cancer* 16: 1461-1496, 1963.
14. Becares Lozano, M y otros: Cáncer de páncreas. Revisión clínica de 56 casos. *Rev Clin Esp* 167 (3): 177, 1982.

15. Harman, R.E.: Current concepts in cáncer .Cancer of the pancreas. N Engl J Med 301: 482, 1979
16. *Kendall Reed, D. D.*: Pancreatic cancer. 30 year review (1947-77). Am J Surg 138: 929, 1979.
17. *fras, I. et al.*: Comparison of psychiatric symptoms in carcinoma of the pancreas with those in other entraabdominal neoplasm. Am J Psychiatric 123: 1553, 1967.
18. *Bell, E. T.*: Carcinoma of the pancreas. I. A clinical and pathologic study of 609 necropsied cases. II. The relation of carcinoma of the pancreas to diabetes Am J Pathol 33: 499, 1967.
19. *Robbins, S.*: Patología estructural y funcional. Enfermedades del páncreas. México, Ed. Interamericana, 1968. 1035 P.
20. *Gray, L W. et al.*: Carcinoma of the pancreas. Proc Natl Cancer Conf 7: 503, 1973.
21. *Karmody, A. J.; J. Hyls*: The association between carcinoma of the pancreas and diabetes mellitus. Br J Surg 56: 362, 1969.
22. *Diamond, D.; B. Fisher*: Carcinoma of the pancreas. Diagnosis and surgical treatment. Surg Clin North Am 55: 363, 1975.
23. *Bookstein, J. J. et al.*: Angiographic evaluation of pancreatic carcinoma. Radiology 93: 757, 1969.
24. *Bradley; Clements*: Implications of diagnostic ultrasound in the surgical management of pancreatic pseudocyst. Am J Surg 127: 163-173, Feb., 1974.
25. *Slanged, R. et al.*: Computed tomography of the body: early trends in application and accuracy of the method. Am J Roentgenol 127: 53, 1976.
26. *Warren, K. W. et al.*: Pancreaticoduodenectomy for periampullary cancer. Surg Clin North Am 47: 639, 1967.
27. *Mange, F. J. et al.*: Radical pancreaticoduodenectomy during 22 years of experience with the complications and mortality. Surgical and rate. Am J Surg 60: 711, 1964.
28. *Bernard Levin, M. D.*: Panel: Cancer of the pancreas. Am J Surg 135, 185, 1978.
29. *Moertel, C. G. et al.*: Clinical Management of advanced gastrointestinal cancer. Cancer 36: 682, 1975.
30. *Haslam, J. B.; P. J. Cavanach; S. L. Strocep*: Radiation Therapy In the treatment of irresectable adenocarcinoma of the pancreas. Cancer 32: 1341-3145, 1973.

Recibido: 20 de agosto de 1985

Aprobado: 8 de diciembre de 1985

Dr. *Rafael Pila Pérez*
Lugareño No. 317, Apartamento 403
Camagüey
Cuba