

# ***Cistoadenocarcinoma del páncreas***

## ***Reporte de un caso***

Por el Dr. JAIME PINTOS CAHALLÁS

Entre los quistes glandulares propiamente dichos se reconocen dos variedades del páncreas histológicas: el cistoadenoma y el cistoadenocarcinoma. El cistoadenoma, tumor es un quiste de frecuencia poco común, pero no tanto como el cistoadenocarcinoma, con lo que queremos decir que dentro de la rareza de estos quistes propiamente dichos del páncreas, los benignos resultarían más frecuentes que los malignos.

Como verdaderos quistes, su interior se encuentra tapizado por un revestimiento epitelial, que en los muy grandes puede en porciones de la pared, basta desaparecer.

El lugar de aparición de los quistes puede estar tanto a nivel de la cabeza, como en el cuerpo o en la cola, sitio este último donde es más frecuente, los de la cola suelen crecer hacia arriba elevando el hemidiafragma izquierdo. Los de la cola y cuerpo suelen ser retrogástricos y se extienden entre estómago y colon, los del cuerpo crecen hacia arriba entre estómago e hígado o hacia abajo por debajo del mesocolon transversal, los de la cabeza crecen entre el hígado

y el colon. La edad en que suelen aparecer es entre los 30 y 50 años, son más frecuentes en el sexo femenino, alcanzando a veces tamaños entre el de una toronja hasta una cabeza de adulto, la tendencia es a adquirir forma esferoidal pero se adaptan con facilidad al continente. Exteriormente son de pared lisa y color azulado o mate. En su interior se observan tabicamientos en algunos de ellos que los hacen multilobulares, estas cavidades se llenan de vegetaciones (cistoadenocarcinoma) o bien mantienen su superficie lisa (cistoadenoma).

El volumen puede ser tal que se han medido hasta 20 litros en su contenido, lo más común es que varíen de 4 a 6 litros de un contenido espeso, gelatinoso, de color variable, del amarillo claro al achocolatado, de acuerdo con las hemorragias que haya sufrido, es rico en albuminoides, contiene frecuentemente colessterina y a veces urea, pero sin embargo carecen generalmente de fermentos pancreáticos, en tanto que en los pseudoquistes es más frecuente encontrar fermentos pancreáticos (tripsina, esteapsina y amilasa) según Korte.

*Sintomatología:* Al comienzo es insidiosa y previamente a la aparición del tumor puede haber dolores, trastornos digestivos y signos funcionales.

---

8 Médico del Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre (antigua Dependientes).

Los dolores representan el síntoma más constante y son provocados por la compresión tumoral sobre el plexo solar, lo que es más frecuente en los quistes del cuerpo, otras veces son provocados por lesiones concomitantes del páncreas (pancreatitis crónica) o por lesión de colecistitis asociada. Los trastornos digestivos y funcionales están constituidos por náuseas, vómitos, diarreas (esteatorrea) y a veces glucosuria como producto de la insuficiencia pancreática originada por el tumor, a veces hay íctero por retención que obedece a compresión del colédoco sobre todo en los de cabeza.

En el examen físico puede ser reconocida la tumoración que adquiere mayor volumen transversal que por lo general se asienta en epigastrio y con tendencia a laterizarse, ya a la derecha, ya a la izquierda.

*Diagnóstico diferencial:* Debe hacerse con los tumores del estómago y sobre todo el cáncer gástrico, que se descarta mediante el examen radiológico. Con el aneurisma de aorta abdominal en este se encuentra latido, soplo sistólico y expansión sistólica del aneurisma. Con el quiste hidatídico del hígado u otros tumores hepáticos por su ubicación, gran movilidad espiratoria y la palpación del tumor en hipocondrio derecho.

Con los quistes del bazo, si son desarrollados es difícil por la frecuente continuidad de la matidez tumoral con el bazo, puede ayudar a diferenciarlo de los quistes del bazo, la ausencia de escotadura en su contorno anterior, la inmovilidad y la forma. El diagnóstico diferencial con los tumores retroperitoneales debe hacerse sobre todo con los quistes del mesenterio y los tumores de riñón, con los tumores de riñón se descartan mediante la práctica del urograma excretor, el diagnóstico diferencial con los quistes del mesenterio es difícil, pero en estos el tipo de dolor es

paroxístico cuando el sujeto se moviliza o se coloca en decúbito lateral (por tironeamiento) y cede dicho dolor al adoptar posición de Fowler.

No obstante, su diagnóstico con quistes del bazo, quistes del mesenterio y demás tumores retroperitoneales es a veces muy difícil y es necesario llegar a la laparatomía exploradora para lograr un diagnóstico exacto.

*Pronóstico:* grave si no se interviene a tiempo.

*Tratamiento:* es únicamente quirúrgico.

#### REPORTE DEL CASO

A. L., de 73 años, natural de China, HC. 561981, que ingresa el 14 de marzo de 1969 por sensación de dureza abdominal.

*Historia (le la enfermedad actual:* refiere hace tres días nota el vientre algo duro y toca con su mano la zona de epigastrio y periumbilical para indicarnos el sitio en que nota dicha dureza. Refiere sensación de dolor que nos señala en hipocondrio derecho.

*Antecedentes patológicos personales:* no recuerda en su anamnesis enfermedades anteriores; ha sido operado de adenoma de próstata por la sintomatología que refiere y la cicatriz quirúrgica que exhibe.

*Antecedentes patológicos familiares:* no recuerda.

*Hábitos tóxicos:* tabaco, xxx; café, xxx; alcohol, 0.

*Examen físico general:* enfermo normolíneo que deambula libremente y no guarda decúbito preferido. Piel y faneras propios a su edad, raza y sexo. Mucosas algo lipocoloreadas. Sistema osteomioarticular escasamente desarrollado.

*Examen físico regional y por aparatos:* cabeza, cara y cuello, nada a señalar. Extremidades, nada a señalar.

*Aparato cardiovascular:* tensión arterial, 130- 80. Pulso. 100.

*Tonos:* normales. No edemas.

*Aparato respiratorio:* inspección, palpación, percusión y auscultación negativos.

*Genitourinario:* negativo.

*Hemolinfopoyético:* bazo no palpable ni percutable; no hay adenopatias.

*Sistema nervioso:* motilidad, sensibilidad y reflectividad normales.

*Digestivo:* Abdomen globuloso, cicatriz quirúrgica media infraumbilical. Matidez de los flancos abdominales con timpanismo acentuado en región central abdominal por presencia de ascitis, dada la dificultad de la palpación por la ascitis no puede precisarse la existencia de hepatomegalia.

*Exámenes complementarios:* Conteo, hemoglobina 12.1, hematócrito 42, leucocitos 7000, dif. ferencial a señalar segmentados 58, eosinófilos 4, monocitos 3 y linfocitos 35, eritro: 8, glicemia 113, urea 31, Kahn negativo, Hece fecales negativo, orina densidad 1,022, reacción acida, escasos leucocitos y epitelio plano. Proteínas totales 6.1 g. Serina 4.32, globulinas 1.78 g. Pruebas funcionales hepáticas: Hanger negativa, Me Lagan 4 U. turbidez y floeulación negativa, Sellek Frade 4 U. turbidez y floculación negativa. Transaminasa pirúvica 9 U. Tiempo protrombina control 13" y paciente 15", fosfatasa alcalina 4.6 U. Bodansky, colesterol 270 mgs., tiempo coagulación 10 min. sangramiento un minuto y cuarto, coágulo retráctil.

*Rx mucosografía de esófago:* No se observan imágenes de várices esofágicas. *Rx tórax:* Lesiones de fibrosis con calcificaciones de ambos lóbulos superiores, calcificaciones pleurales en base de hemitórax derecho, dilatación de la aorta en todos sus segmentos. *ECG:* ritmo sinusal, frecuencia 80, isquemia coronaria posterolateral.

Solicitamos estudios laparoscópicos que es realizado el 26 de marzo en el Hospital Calixto García y cuyo informe fue:

"Se extraen alrededor de 3 litros de líquido ascítico de color amarillo claro. Hígado de tamaño normal, color rojo algo más pálido que lo normal con algunas zonas de perihepatitis, borde fino y consistencia normal. Vesícula: de color blanquecinos. En hipocondrio izquierdo se aprecia una tumoración cubierta en toda su extensión por el epiplón, que está muy vascularizado y que parece corresponder a bazo, marcado aumento de la vascularización a nivel de los vasos epiploicos, ligamento falciforme y pared abdominal.

*Conclusiones:* Hipertensión portal de causa extrahepática, la tumoración reportada parece corresponder a una esplenomegalia grado III."

Después de hecha la laparoscopia y evacuada la ascitis se pudo apreciar al examen físico, tumoración que tomaba desde el hipocondrio izquierdo hasta el epigastrio rebasándolo ligeramente que no se pudo

detectar antes, que no nos lucía del bazo por la ausencia de escotadura en su contorno anterior y su forma. Se realiza rayos X y gastroduodenal: Estómago desplazado hacia abajo principalmente en su porción terminal.

Se realiza Rx pielografía descendente: Ligeros signos de pielonefritis del lado derecho, no se aprecian otras alteraciones (Figs. 1 y 2).

En estas condiciones podemos descartar como causa de la tumoración, un tumor gastroduodenal por el examen radiológico negativo.

Descartamos se deba a un aneurisma aórtico abdominal por no presentar las características propias del mismo al examen.

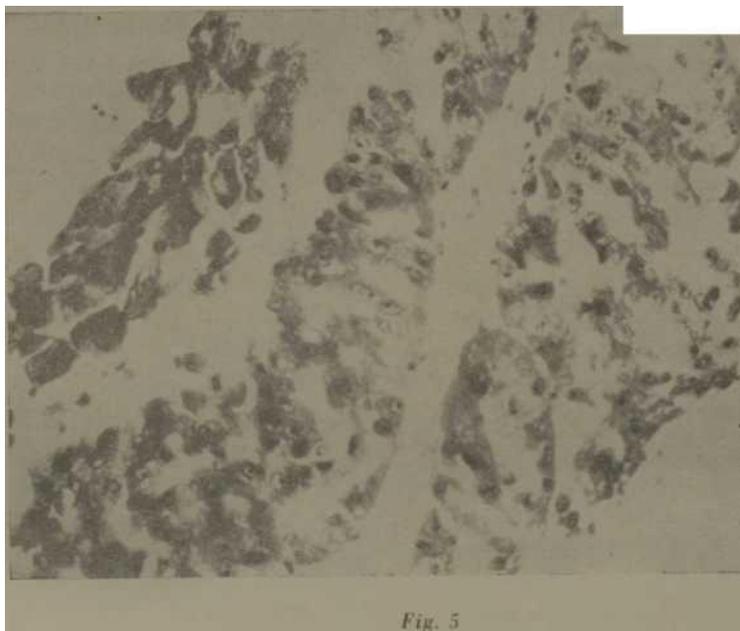
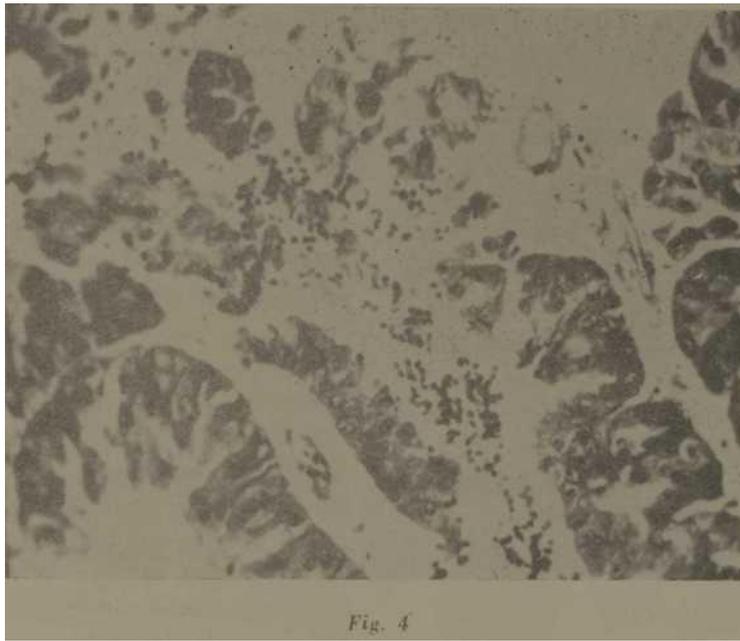
Descartamos tumor hepático por su localización y estudio laparoscópico.

Descartamos quiste del bazo por la ausencia de escotaduras en su contorno anterior y su forma.

Descartamos tumor retroperitoneal, el tumor del riñón por el resultado del urograma excretor, el quiste del mesenterio lo descartamos por no tener el clásico dolor paroxístico con la movilización del sujeto ni la adopción del decúbito lateral y nos quedamos con la sospecha presuntiva de páncreas, con la interrogante que nos lleva a remitir el caso al cirujano Dr. *Manuel Alvarez Jacinto* quien realiza laparatomía exploradora el 17 de abril de 1969 siendo la descripción del acto operatorio la que sigue: "Incisión en T supraumbilical, se abre cavidad peritoneal y se encuentra una cantidad de líquido gelatinoso de unos 4 litros aproximadamente, observándose por debajo del epiplón gástrico, una tumoración quística del tamaño de un melón dependiente del cuerpo del páncreas, se realiza cistoyunostomía derivativa, no observándose lesiones metastásicas en el resto de la cavidad abdominal, se cierra por planos".

El informe de anatomía patológica archivo 840-69 de abril 26 es el siguiente: La tumoración está compuesta por estructuras papilares, individualizadas a veces y otras veces agrupadas. Las papilas están constituidas por un delgado tallo de tejido fibroso laxo bien vascularizado y cubierto por una o varias hileras de células que muestran abundante citoplasma eosinófilo, finamente granular, y núcleos esféricos u ovoides discretamente hiperromáticos y a veces con nucléolo prominente. Las células exhiben un discreto pleomorfismo, las mitosis muy escasas, promedian una cada ocho o diez campos de mediano aumento. Conclusiones: Cistoadenocarcinoma papilar grado II bien diferenciado de páncreas (Dr. Ramiro García)". (Figs. 3, 4 y 5).





El paciente transcurra su intervención sin incidentes y es dado de alta el 27 de mayo del 1969.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

Presentamos un caso de tumor pancreático el cual resultó ser un cistoadenocarcinoma de páncreas.

Insistimos en los puntos a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, así como en la dificultad que encierra su diagnóstico como tumor retroperitoneal, así como en la necesidad las más de las veces de recurrir a la laparatomía exploradora como única verdadera medida diagnóstica.

#### SUMMARY

A case of pancreatic tumor which resulted to be a pancreatic cystadenocarcinoma is presented. We emphasize the

points which should be taken in account in the differential diagnosis as well as the difficulty represented by its diagnostic of retroperitoneal tumor, and the necessity most of times to apply to an explorative laparotomy as the only true diagnostic measure.

#### RESUME

Nous présentons un cas de tumeur pancréatique laquelle résultait être un cystoadenocarcinome du páncreas. Nous insistons dans les points qui doivent être considérés dans le diagnostic différentiel ainsi que la difficulté du diagnostic comme tumeur rétroperitoneale, et la nécessité les plusieurs fois de recourir á la laparotomie exploratrice comme la seule vraie mesure diagnostique.

#### BIBLIOGRAFIA

*Bockus, Henry L.:* Gastroenterología.

*Igárbabal, J.:* Tratado de Patología Quirúrgica. ed., Tomo IV, abdomen.

*Tonroella Mata, E.:* Lecciones de Clínica Quirúrgica. Edición de 1951.

*Perera J. Sentí, A. y cois.:* Revista Cubana de Medicina, Vol. 4, No. 4, y y 6 de julio a diciembre de 1965. Cistoadenoma benigno de páncreas, reporte de un caso.