

II. CARCINOMA DE PANCREAS. REVISION DE 52 CASOS

Dra. Carmen R. D'Angelo, Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Dr. Julio Oliva, Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Dra. María Teresa Tano Assini, Profesora Titular de la Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Jefa del Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Central, Mendoza, Argentina.

Servicio - Cátedra de Anatomía Patológica, Hospital Central, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se estudiaron 52 pacientes portadores de carcinoma de páncreas, en el lapso comprendido entre 1975 y 1985. Se analizaron las características más relevantes en relación con la clínica, localización topográfica, estudio macro y microscópico e infiltración regional y/o a distancia.

Se revisaron todas las historias clínicas correspondientes a dichos pacientes y las secciones histológicas obtenidas del material de laparotomía y necropsias. El objetivo de esta revisión es comparar los resultados hallados en nuestra casuística con los descritos en la bibliografía consultada.

SUMMARY

Between 1975-1985, fifty-two patients bearing pancreatic carcinoma were studied. The principal characteristics in relation with the clinical, topographical localization, macro and microscopic study and regional and or at distance infiltration were analyzed.

All the clinical histories corresponding to these patients and the histological sections obtained from the material of laparotomy and necropsy were revised. The objective of this revision is to compare the results found in our casuistic with those described in the consulted bibliography.

INTRODUCCION

El carcinoma de páncreas causa la muerte de más de 20.000 personas por año en los Estados Unidos y ocupa el quinto lugar, después del carcinoma de pulmón, intestino, mama y próstata.⁽¹⁾

Esto fundamentalmente está dado por la escasez de síntomas y signos a pesar del constante perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico, como son la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la tomografía axial computada, ecografía, punción aspiradora con aguja fina guiada por ultrasonido, la duodenopancreatografía retrógrada, el estudio citológico por lavado duodenal, la aplicación combinada de sonografía y la detección en el suero del marcador tumoral CA19-9 en altas concentraciones en los pacientes portadores de neoplasias pancreáticas.^(6, 7, 9, 10, 12)

La mayor incidencia de cáncer pancreático ocurre entre la 5ª y 7ª década de la vida.^(1, 5) La localización más frecuente de estos tumores corresponde a la cabeza del páncreas, asentando el resto en el cuerpo, cola y formas combinadas de ambos segmentos.^(2, 4, 11)

Desde el punto de vista histológico la variedad más frecuentemente encontrada es el carcinoma ductal. La diseminación de la neoplasia se hace preferentemente a los ganglios linfáticos regionales, pancreático-duodenales, peripancreáticos y paraaórticos.^(2, 9)

El objetivo de este trabajo es comparar los resultados hallados en nuestra casuística con los descritos en la bibliografía consultada.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 52 pacientes portadores de carcinoma de páncreas en el lapso comprendido entre 1975 y 1985 en el Servicio-Cátedra de Anatomía Patológica del Hospital Central. Correspondiendo 31 casos al material obtenido de necropsias y 21 casos al obtenido de laparotomías. El material fue fijado en formol al 10 % y las secciones histológicas coloreadas con H.E. y mucicarmín. Se analizaron las características más relevantes en relación al sexo, edad, localización topográfica, caracteres macro y microscópicos, infiltración neoplásica regional y/o a distancia y signos y síntomas clínicos.

La caracterización histológica de los tumores se efectuó en base a la clasificación de cáncer pancreático no endocrino de Antonio Cubilla y Patrick Fitzgerald.⁽²⁾

RESULTADOS

El rango de edad en nuestra casuística fue entre 41 y 79 años, siendo la mayor incidencia entre los 50 y los 70 años (71 %), con una edad media de 60 años. Existió un neto predominio en el sexo masculino de 65 %, en relación con el femenino que fue de 35 % (tabla I).

El carcinoma estuvo localizado en la cabeza del páncreas en 39 casos (75 %), en el cuerpo en 6 casos (11,5 %), en la cola en 3 casos (5,7 %) y combinaciones de dichos segmentos en 4 casos (7,6 %) (tabla II).

Macroscópicamente la forma nodular fue predominante, alcanzando diámetros variables de 2 a 15 cm. En otros casos el tumor era de carácter in-

filtrante, invadiendo órganos vecinos como cólecdo, duodeno y estómago. Las variedades multinodular y difusa infiltrativa, limitada al páncreas, fueron poco frecuentes. Nuestro material lo identificamos histológicamente según la clasificación de Cubilla y Fitzgerald.

TABLA I
Edad en años

Rango: 41 a 79 años	Promedio: 60 años
Mayor incidencia:	
50-59 años	17 casos
60-69 años	19 casos

Sexo	Nº de casos	Porcentaje
Varones	34	65
Mujeres	18	35

TABLA II
Localización

	Nº de casos	Porcentaje
Cabeza	39	75
Cuerpo	6	11,5
Cola	3	5,7
Otras combinaciones	4	7,6

Al adenocarcinoma ductal le correspondieron 47 casos (90,3 %).

Al examen histológico se observó una proliferación de glándulas que constituían estructuras ductales bien o pobremente diferenciadas, con diversos grados de anaplasia celular. La mayoría de las células revestían los conductos, eran columnares o cúbicas, con citoplasma francamente eosinófilo, y los núcleos variaban en cuanto a la forma, tamaño y distribución de la cromatina (fig. 1).

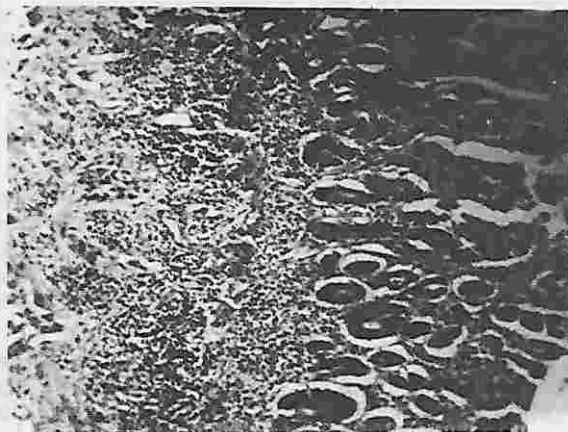


Figura 1

Ocasionalmente se observó mucina en la porción apical de las células ductales. La reacción desmoplástica estuvo presente en la mayoría de los casos, al igual que los focos de necrosis y hemorragia. La invasión perineural fue un hallazgo frecuente en varios de los especímenes estudiados (fig. 2).

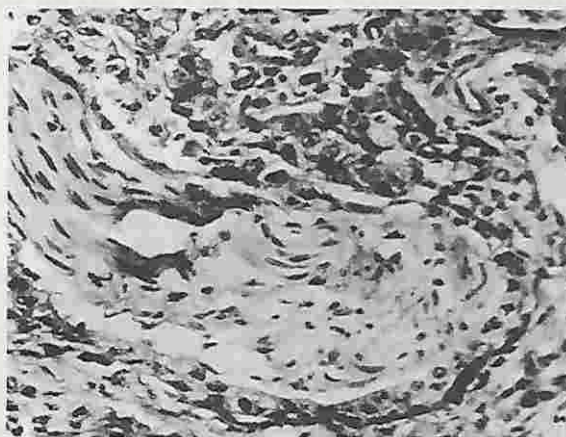


Figura 2

La variedad histológica correspondiente al carcinoma adenoescamoso fue encontrada en 1 caso (1,9 %), que fue un paciente de sexo masculino, el cual consultó por adelgazamiento y ascitis. Se le efectuó una laparotomía exploradora, constatándose una tumoración de 5 cm de diámetro, localizada en la cabeza del páncreas. Microscópicamente se observaron dos patrones histológicos: el constituido por una proliferación de glándulas bien diferenciadas, revestidas por varias hileras de células cilíndricas, con núcleos preomórficos y mitosis atípicas, y el otro componente fue el escamoso, formado por células epiteliales, con citoplasma abundante, núcleos hiper-cromáticos y pleomórficos, con gránulos de queratohialina y ocasionales perlas córneas (fig. 3).

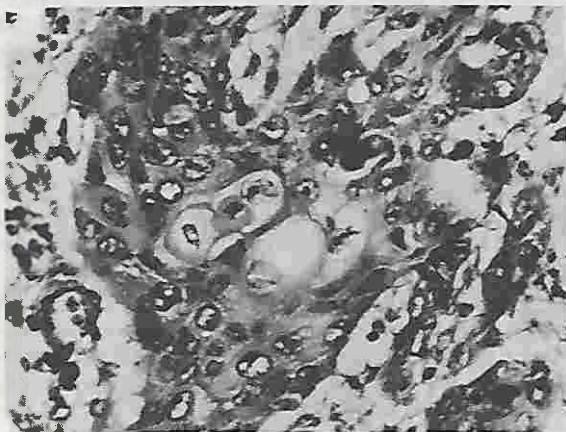


Figura 3

El carcinoma de células gigantes correspondió a una paciente de sexo femenino de 52 años de edad, que consultó por adelgazamiento, dolor abdominal y ascitis. La paciente presentó un episodio de enterorragia masiva y falleció a las pocas horas de su ingreso en el hospital.

Efectuada la necropsia se encontró una tumoración de 10 cm de diámetro, localizada en el cuerpo del páncreas, que infiltraba la vesícula biliar, estómago, intestino delgado y epiplón. Se observó perforación yeyunal por infiltración neoplásica y metástasis de adrenales, cavidad uterina, ovario derecho y ambas trompas uterinas. Histológicamente la neoplasia estaba constituida por una proliferación de células multinucleadas con citoplasma abundante y eosinófilo. La mayoría de las células mostraba núcleos grandes, bizarros, a menudo múltiples y con nucléolos evidentes. Se visualizaron numerosas figuras de mitosis atípicas.

En nuestra casuística la variedad de carcinoma acinar la encontramos en 1 caso (1,9 %). Correspondió a un paciente de sexo masculino, de 64 años de edad. El motivo de consulta fue adelgazamiento, ictericia y ascitis. Durante la internación presentó un episodio de hematemesis y epistaxis, con shock hipovolémico, y falleció a los pocos días de su ingreso en el hospital. Efectuada la necropsia encontramos una tumoración de 8 cm de diámetro, localizada en la cabeza del páncreas, con diseminación a los ganglios para-aórticos, infiltración a duodeno, adrenal izquierda y émbolos neoplásicos en los pulmones. Los cortes histológicos mostraron una proliferación neoplásica constituida por células que conformaban ácinos, con una luz central evidente (fig. 4).

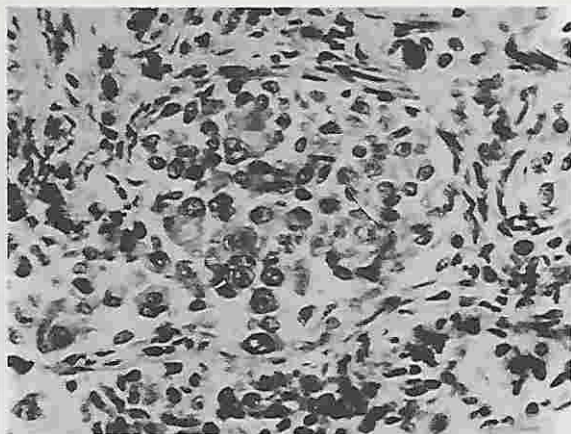


Figura 4

Las células acinares eran poliédricas, grandes, con citoplasma abundante y granular; los núcleos eran prominentes y estaban situados en las porciones basales de las células (tabla III).

Del total de los 52 casos estudiados se comprobó la presencia de metástasis en 34 de ellos (65,3 %) (tabla IV).

Se constató invasión por contigüidad en vías biliares y vesícula biliar en 8 casos (23,5 %), en duodeno en 11 (32,3 %) y en estómago en 6 (14,7 %).

TABLA III
Variedades histológicas

	Nº de casos	Porcentaje
Adenocarcinoma ductal	47	90,3
Ca. adenoescamoso	1	1,9
Ca. de células gigantes	1	1,9
Ca. acinar	1	1,9

TABLA IV

Total	Metástasis	Porcentaje
52 casos	34 casos	65,3

Se encontró diseminación a los ganglios linfáticos regionales en 26 casos (74,4 %), en el hígado en 22 (64,7 %), pulmones en 11 (32,3 %) y en peritoneo en 6 (20,5 %) (tabla V).

TABLA V

	Nº de casos	Porcentaje
Invasión por infiltración		
Vías biliares y vesícula biliar	8	23,5
Duodeno	11	32,3
Estómago	6	14,7
Metástasis		
Ganglios regionales	26	74,4
Hígado	22	64,7
Pulmones	11	32,3
Peritoneo	6	20,5

Los síntomas clínicos que alcanzaron mayor relevancia fueron el adelgazamiento, en 30 casos (57,7 %); el dolor abdominal, en 21 (40,4 %), y la hemorragia digestiva, en 2 (3,8 %). Los signos clínicos hallados en relación con la neoplasia pancreática fueron: la ictericia, en 23 casos (44,2 %); ascitis, en 22 (42,3 %); hepatomegalia, en 10 (19,2 %), y tumor palpable, en 7 (13,4 %) (tabla VI).

TABLA VI

	Nº de casos
Síntomas clínicos	
Adelgazamiento	30
Dolor abdominal	21
Hemorragia digestiva	2
Signos clínicos	
Ictericia	23
Ascitis	22
Hepatomegalia	10
Masa palpable	7

COMENTARIOS

Dado el difícil acceso a la glándula pancreática y la aparición tardía de las manifestaciones clínicas, el carcinoma de páncreas se diagnostica en estadios muy avanzados. En los últimos años, con la ayuda de nuevas técnicas de detección y diagnóstico, esta neoplasia es diagnosticada más tempranamente.^(6, 7, 9, 10, 12) Los 52 pacientes estudiados presentaron una edad promedio de 60 años, existiendo un neto predominio en el sexo masculino sobre el femenino. El motivo de consulta, los signos y síntomas clínicos estuvieron en relación con la presencia del tumor o de sus metástasis.

Es de destacar que en la mayoría de los casos la enfermedad tuvo un curso agresivo y fatal.

CONCLUSIONES

De los datos obtenidos en esta revisión de 52 casos de carcinoma de páncreas y su confrontación

con los registrados en la bibliografía consultada se destacan las siguientes conclusiones:

Entre los años 1975 y 1985 se diagnosticaron 52 casos de carcinoma de páncreas en el material obtenido de laparotomías y necropsias.

La mayoría de los pacientes estudiados consultaron por ictericia, adelgazamiento, ascitis y tumor palpable.

En 65 % de los casos se demostró diseminación a los ganglios linfáticos regionales, invasión por contigüidad a órganos vecinos y metástasis a distancia, confirmando lo avanzado del proceso neoplásico en el momento del diagnóstico.

La localización topográfica en la cabeza del páncreas fue encontrada en 75 %; el tipo histológico más frecuentemente hallado fue el adenocarcinoma ductal en 90,3%.

Los datos clínicos como ictericia, adelgazamiento, ascitis, dolor abdominal y tumor palpable corroboraron la concordancia entre los resultados de nuestro trabajo con la bibliografía consultada.

BIBLIOGRAFIA

1. Levin, D.; Connelly, R.: "Demographic characteristics of cancer of the pancreas". *Cancer*, 47:1456-1468, 1981.
2. Cubilla, A.; Fitzgerald, P.: "Classification of pancreatic cancer (nonendocrine)". *Mayo Clinic Proc.*, 54:449-458, 1979.
3. Bayler, S.M.; Berg, J. W.: "Cross classification and survival characteristics of 5000 cases of cancer of the pancreas". *J. Surg. Oncol.*, 5:335-358, 1973.
4. Cubilla, A.; Fitzgerald, P.: "Morphological patterns of primary nonendocrine human pancreas carcinoma". *Cancer Research*, 35:2234-2248, agosto 1975.
5. Becares, Lorenzo; Sáenz, Ortega F.: "Cáncer de páncreas: revisión clínica de 56 casos". *Rev. Clin. Esp.*, tomo 167, n° 3, 1982.
6. Velazco Fernández, C.; Carpiñero Sainz, M.: "Adenocarcinoma de páncreas: bases citológicas del diagnóstico". *Rev. Esp. de Enferm. del Ap. Dig.*, 72:2, (105-108), 1987.
7. Dallek, M.; Guthoff, A.: "Diagnóstico de recurrencias y evaluación del curso de carcinomas pancreáticos". *Medicina Alemana*, set. 1987.
8. Parrish, R.; Humphries, A.: "Massive pancreatic ascites". *Arch. Surg.*, 96, 1968.
9. Sakahara, H.; Keiro, E.: "Serum C.A. 19-9 concentrations and computed tomography findings in patients with pancreatic carcinoma". *Cancer*, 57:1324-1326, 1986.
10. Varas, L.: "Punción aspiradora diagnóstica con aguja fina guiada por ultrasonido". *Rev. Esp. de Enferm. del Ap. Dig.*, 71:4, 329-330, 1987.
11. Ackerman: "Patología Quirúrgica", Rosa J., tomo I. 6ª edición, Editorial Médica Panamericana, 1983.
12. Koss, L.: "Diagnostic cytology and histopathologic bases", vol. II 3ª edición. J. P. Lippincott Company, Toronto, 1979.