



Cistadenocarcinoma del Páncreas

Presentación de 1 caso y Revisión de la Literatura

A. RODRIGUEZ, MD; A. MUÑOZ, MD, SCC.

Palabras claves: Cistadenocarcinoma mucoso, Cistadenoma mucoso, Potencial maligno, Punción percutánea, Antígeno carcinoembrionario, Citología, Pancreatectomía distal, Quistes pancreáticos, Neoplasias mucinosas quísticas.

Se presenta el caso de una paciente con cistadenocarcinoma mucoso del páncreas, tratada en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá. Se revisó la bibliografía existente, a fin de presentar los aspectos de epidemiología, clínica, patología, laboratorio clínico, tratamiento quirúrgico y sobrevida. Se recalca el hecho de que con los exámenes disponibles en la actualidad, se puede hacer diagnóstico preciso de las lesiones quísticas del páncreas. Así la medición del antígeno carcinoembrionario y la realización de la citología del líquido aspirado del quiste, nos marcan la pauta para la realización del tratamiento adecuado. La pancreatectomía distal con esplenectomía y omentectomía constituyen el tratamiento de elección, dando una sobrevida del 68% a 5 años. Es importante tener en cuenta las características macroscópicas del tumor, así como la mencionada citología por aspiración, para diferenciar el cistadenocarcinoma del pseudoquiste pancreático.

INTRODUCCION

Las neoplasias quísticas del páncreas son infrecuentes. El cistadenoma y el cistadenocarcinoma constituyen el 10% de las lesiones quísticas neoplásicas del páncreas, y el cistadenocarcinoma representa el 1% de todos los tumores malignos del páncreas (1, 2).

En 1934, Lichtenstein describió el primer caso de cistadenocarcinoma en la literatura americana (3). En 1941 Kennard revisó la literatura mundial y agregó 1 caso (4). Sawyer, Spencer y Lubchenco en 1952 informaron de 29 casos (5). Cullen y cols en 1963 informaron que 7 de 11 pacientes operados sobrevivieron (6). Warner y Hardy en 1968 encontraron que 7 de 17 pacientes intervenidos quirúrgicamente tuvieron buen resultado (7). En 1978 se publicó la experiencia de la Clínica Mayo en el tratamiento

quirúrgico del cistadenocarcinoma, y se presentaron las características clínicas de este tumor (8). El mismo año apareció el artículo de Compagno y Oertel en el cual se demostró la potencialidad maligna de los cistadenomas mucosos (9). Más recientemente, en 1987, se publicó el artículo de la Clínica Lahey en el cual se presentaron 26 casos operados (1).

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 41 años de edad, quien consulta al Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, por un cuadro clínico de 6 meses de evolución, caracterizado por dolor en el hipocondrio izquierdo, hiporexia, deposiciones diarreicas sin pérdida de peso. Al examen físico se encontró en el hipocondrio izquierdo una masa poco dolorosa a la palpación, que se desplazaba con los movimientos respiratorios, mate a la percusión, que parecía corresponder al polo inferior del bazo. Con la impresión clínica de una "esplenomegalia", se inició el estudio. Los cuadros hemáticos mostraron velocidad de sedimentación globular persistentemente elevada, sin otros cambios concomitantes. La radiografía de abdomen simple mostró una lesión de contornos calcificados (Fig. 1). La gamagrafía



Fig. 1. En la radiografía simple de abdomen se observa calcificación en el hipocondrio izquierdo y rechazo de asas intestinales.

Doctores: Alfonso Rodríguez Rojas, Residente de Cirugía General; Andrés Muñoz Mora, Instructor de Cirugía General y Gastroenterología, Instituto Nal. de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia.



Fig. 2. El "pool" sanguíneo muestra zona hipocaptante en el hipocondrio izquierdo.

hepatoesplénica informó aumento del diámetro longitudinal del bazo. En la endoscopia digestiva alta se observó compresión extrínseca de la curva mayor y de la pared posterior del estómago; igual imagen se vio en las radiografías de las vías digestivas altas. El colon por enema fue informado como normal. En la ecografía abdominal se observó: "gran masa quística tabicada, de 92 mm de diámetro, localizada en el hipocondrio izquierdo, que puede corresponder a un quiste esplénico o de la cola del páncreas". El pool sanguíneo evidenció una zona hipocaptante en el hipocondrio izquierdo (Fig. 2). La paciente fue llevada a cirugía, donde le fue practicada una incisión subcostal izquierda con extensión al lado derecho (en boca de horno); se encontró una masa grande, quística, multiloculada, con zonas fibrosas, y discreto edema y fibrosis peritumoral que hacían pensar en la posibilidad de malignidad (Fig. 3). Se practicó una pancreatectomía distal del 50%, con esplenectomía (en bloque) (Figs. 4 y 5). Se dejó drenaje peripancreático con sistema cerrado. La evolución posoperatoria fue satisfactoria.

El informe definitivo de patología fue: "cistadenocarcinoma mucinoso del páncreas".

CARACTERISTICAS CLINICOPATOLOGICAS DEL CISTADENOCARCINOMA

Epidemiología

El cistadenocarcinoma del páncreas se presenta principalmente en mujeres jóvenes. En diversos estudios (1, 8, 10) se ha encontrado que la edad de presentación está entre los 40 y 73 años, con un promedio de 61 años. En el estudio de Compagno y Oertel, quienes toman todos los casos de cistadenoma y cistadenocarcinoma, encuentran la edad de presentación promedio en 48 años (9). Cuando este tumor se diagnostica en hombres, la edad promedio de presentación es de 70 años (10). La predominancia del tumor en mujeres se anota en todos los estudios (1, 8-12) con una relación de 8: 1.

Síntomas

El síntoma principal de la entidad patológica es el dolor abdominal, el cual se presenta en el 80 a 95% de los pacientes (1,8-12); este dolor es descrito como malestar epigástrico, intermitente o continuo, a veces irradiado a la espalda (9); también puede presentarse como sensación de peso en el cuadrante superior izquierdo (8). Otros síntomas frecuentes son: pérdida de peso, ictericia, náusea, vómito, distensión abdominal, diarrea, fatiga, disnea y anorexia. En raras ocasiones el paciente se halla asintomático. El tiempo de duración de los síntomas varía desde pocos días hasta 15 años (9).

Signos

El signo clínico más frecuente es la presencia de masa abdominal en el 47% de los pacientes (1, 8, 9, 12), localizada en el cuadrante superior izquierdo. Dicha masa es de consistencia firme, redondeada y se moviliza con la respiración (9). En el examen clínico puede confundirse con una esplenomegalia (8), como ocurrió en nuestro caso. También se puede observar como hallazgo ocasional en la ecografía o en la tomografía (11). Se encuentra como hallazgo incidental en la laparotomía o en la autopsia, en el 15% de los casos (1, 8, 9, 12).

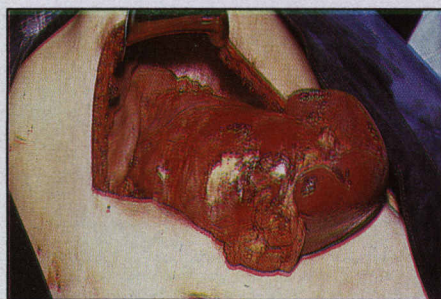


Fig. 3. Practicada la laparotomía se desprendió el bazo. Se observa la masa quística en la cola del páncreas.

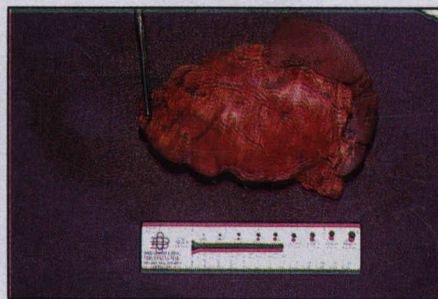


Fig. 4. Pieza quirúrgica pospancreatometomía distal con esplenectomía (re-sección en bloque).



Fig. 5. Corte de la pieza quirúrgica. Obsérvense las papilas y el material gelatinoso.

Condiciones asociadas

Algunos autores (8, 9) han encontrado asociación de cistadenocarcinoma con coleditirosis, úlcera duodenal, diabetes, hipertensión arterial, carcinoma basocelular, carcinoma nasofaríngeo, carcinoma del seno, pero se ha determinado que estas asociaciones son casuales y no tienen significación práctica. En el estudio de la Clínica Mayo, no se encontró enfermedad quística en otros órganos intraabdominales (8).

Potencial maligno de los quistes mucosos

El estudio de Compagno y Oertel muestra 41 casos de quistes mucosos de páncreas en los que se demostró que después de cierto tiempo, virtualmente todos formaron focos identificables de carcinoma. Además, es aparente que un cistadenoma puede desarrollar un cistadenocarcinoma después de su resección incompleta o de la marsupialización. Consecuentemente, todos los cistadenomas mucosos son potencialmente malignos (9). Otros autores (2, 8) han encontrado que todos los cistadenocarcinomas tienen características histológicas que recuerdan al cistadenoma mucoso; éste no se puede diferenciar claramente de los cistadenocarcinomas. Por tales motivos, Compagno y Oertel recomiendan abandonar los términos de "cistadenoma mucoso y cistadenocarcinoma mucoso", a cambio del término "neoplasias mucinosas quísticas" (9).

Patología

Macroscópica: Se caracteriza por lesiones de gran tamaño, bien encapsuladas, redondeadas, lobuladas o lisas, con presencia de grandes vasos sanguíneos que se encuentran surcando la superficie externa (2, 8, 9, 11, 12). Generalmente la apariencia externa del tumor hace pensar en su carácter maligno (8). El tejido pancreático adyacente es de características normales (2, 8). No se observa reacción inflamatoria como en el caso de los pseudoquistes (2).

Se encuentran localizados en la cola del páncreas en el 61% de los casos; en el cuerpo en el 27%; en la cabeza en el 4.8% y en el cuerpo y cola en el 7.2% (9, 11, 12). No se han encontrado cistadenocarcinomas múltiples o pedunculados (8). El tamaño puede variar entre 2 y 19 cm, con un promedio de 10 cm de diámetro (1, 8, 9, 11, 12). El peso puede estar entre 280 y 1.100 gr con promedio de 650 gr (9).

Al corte se observa una pared fibrosa de 0.1 a 2.0 cm de grosor con áreas de calcificación focal (9). Puede ser unilocular o multilocular, donde se encuentran grandes quistes dentro de los cuales se aprecian papilas (2, 8, 12). Los quistes están llenos de fluido turbio, gelatinoso, espeso, de color café o hemático, ocasionalmente con presencia de tejido necrótico (8, 9, 11, 12).

La pared del quiste puede contener tanto epitelio benigno, como atípico y maligno, por lo cual se debe considerar maligno sin importar el informe de la biopsia por congelación, la cual puede no ser representativa (11). Por lo mismo, se recomienda realizar múltiples cortes de la pieza quirúrgica para localizar un foco de carcinoma.

Microscópica: Se encuentran las siguientes características microscópicas:

1. La pared del quiste varía de 2 a 20 mm de grosor y está compuesta de tejido conectivo fibroso con infiltración de leucocitos y linfocitos.
2. El epitelio mucoso forma proyecciones hacia el interior del quiste (papilas).
3. Todas las lesiones tienen áreas benignas características de cistadenoma mucoso.
4. El epitelio de tipo columnar se encuentra intercalado con áreas de franca malignidad.
5. Predominan los tumores bien diferenciados.
6. El estroma es uniforme y fibroso con infiltrado inflamatorio crónico (1, 8-10, 12).

Exámenes paraclínicos

En la actualidad se cuenta con un grupo de exámenes paraclínicos con los cuales se puede hacer el diagnóstico preoperatorio preciso de las lesiones quísticas del páncreas y que ayudan a planificar el procedimiento quirúrgico que se va a realizar.

En la radiografía simple de abdomen, se puede encontrar áreas de calcificación de las paredes del quiste, en el 10% de los casos (11, 12). Además, en presencia de grandes quistes se observa rechazo de las asas intestinales por la masa.

La radiografía de las vías digestivas altas puede mostrar alteraciones hasta en el 53% de los pacientes, tales como compresión extrínseca de la curvatura mayor del estómago.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica sirve para determinar la relación del quiste con los conductos pancreáticos principales.

La angiografía muestra la porción sólida muy vascularizada, mientras la porción quística lo está muy poco. Sirve, además, para ver la relación de la masa tumoral con los grandes vasos y el posible compromiso de los mismos.

La ecografía y la tomografía axial computarizada son los principales estudios en la evaluación de las masas quísticas del páncreas, ya que permiten identificar sus componentes sólidos y quísticos (12, 20), diferenciar entre los microquistes (serosos) y los macroquistes (mucosos), localizar el tumor y determinar su relación con las estructuras vecinas y la extensión de la misma, logrando así definir el tamaño del tumor.

La resonancia magnética no ofrece ventaja significativa sobre la tomografía en la evaluación de neoplasias pancreáticas (13).

Se han encontrado niveles séricos aumentados de antígeno carcinoembrionario (ACE) (200 ng/mL) en pacientes con cistadenocarcinoma del páncreas, los cuales regresaron a niveles normales en el período posoperatorio (14).

La punción percutánea de la masa quística con ayuda de la ecografía, permite la aspiración de líquido para su análisis. Este procedimiento ha demostrado tener una muy baja tasa de complicaciones (15) y permite medir los niveles de ACE y realizar la citología del líquido. Se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa en los niveles del ACE del líquido de quistes malignos, en relación con los encontrados en los quistes benignos (16); asimismo, se ha observado asociación de los niveles del ACE sérico con los del líquido de los quistes (4).

Al realizar la citología del líquido aspirado, se encuentra correlación del 85 al 100% entre la citología y la histología (15). Este es un procedimiento que se puede hacer percutáneo o durante la laparotomía. Una vez obtenida la muestra, en un lapso de 15 minutos se obtiene el resultado, con lo cual se puede decidir la conducta.

TRATAMIENTO

Más de la mitad de los casos de cistadenocarcinoma referidos a un hospital universitario, han sido tratados previamente como pseudoquistes del páncreas, con drenaje interno (12). Se debe sospechar malignidad ante la persistencia de una cavidad después de un período de 1 a 3 semanas luego de la descompresión adecuada de una masa falsamente diagnosticada como pseudoquiste (12).

Se han encontrado metástasis en el 20 al 70% de los pacientes (1, 8). Aun así, la presencia de ganglios linfáticos regionales comprometidos o de metástasis hepática única sincrónica, no contraindican la cirugía curativa (8, 12).

El tratamiento consiste en la pancreatomectomía distal, más esplenectomía en caso de lesiones del cuerpo o de la cola del páncreas; para lesiones de la cabeza se recomienda la pancreatoduodenectomía (1, 2, 8, 11, 12, 17, 18).

Se debe extraer el quiste intacto ya que su ruptura puede diseminar células malignas en la cavidad peritoneal (8).

Las contraindicaciones de la resección son: compromiso de los vasos mesentéricos o de la vena cava, metástasis hepáticas múltiples o invasión local-extensa (8).

Se recomienda la omentectomía como parte de la primera cirugía, debido a que se ha evidenciado enfermedad metastásica en el epiplón mayor en pacientes reoperados (11).

En el acto quirúrgico, se deben tener en cuenta las características macroscópicas del tumor, así como el resultado de la citología del líquido aspirado para decidir la conducta quirúrgica. No sobra hacer énfasis en la alta correlación que presenta la citología del líquido con el estudio del tejido (15).

En los casos de cistadenocarcinoma diagnosticados equivocadamente como pseudoquistes y tratados con drenaje interno, se ha encontrado en la reoperación enfermedad metastásica diseminada.

SOBREVIDA

El pronóstico luego de resección total es mejor que el de otro grupo de neoplasias del páncreas exocrino (11).

Se ha comprobado sobrevida del 68% a 5 años luego de la resección total (2, 8, 12), y sobrevida entre 0 y 14% luego de resección parcial (8, 12).

El 66% de los pacientes a quienes se les practica resección parcial fallecen en un lapso entre 6 y 30 meses, mientras que el 95% de los pacientes a quienes se les practica excisión total quedan libres de enfermedad (9).

ABSTRACT

The case presented is that of a female patient treated at the Instituto Nacional de Cancerología (Colombian Cancer Institute) in Bogotá for a pancreatic mucous cystadenoma. The literature is reviewed, with emphasis on epidemiological, clinical, pathological, laboratory, surgical therapy, and survival information. Emphasis is made on the fact that currently available tests permit an accurate diagnosis of pancreatic cystic lesions. Hence the use of carcinoembryonic antigen measurements and cytology of fluid aspirations to determine the appropriate treatment. Distal pancreatectomy with splenectomy and omentectomy is the treatment of choice, with a 5-year survival rate of 68%. Gross tumor lesions as well as aspiration cytology must be taken into for the differentiation of cystadenocarcinoma from a pancreatic pseudo-cyst.

REFERENCIAS

1. ReMine S, Frey D, Rossi R et al: Cystic Neoplasms of the Pancreas. Arch Surg 1987; 122:443-6
2. Brooks J: Cystic Neoplasms of the Pancreas. In: Brooks J Surgery of the Pancreas. New York 1986, pp 260-2
3. Lichtenstein L: Papillary Cystadenocarcinoma of Pancreas. Case report with notes on classification of Malignant Cystic Tumor of the Pancreas. Am J Cancer 1934; 21:542-6
4. Kennard H: Papillary Cystadenocarcinoma of the Pancreas Surgery 1941; 9:65-9
5. Sawyer K, Spencer J, Lubchenco A: Proliferative Cysts of the Pancreas. Ann Surg 1952; 135:549-52
6. Cullen P, Remine W, Dahli D: A Clinicopathological study of the Pancreas. Surg Gynecol Obstet 1963; 117:189-94
7. Warren K, Hardy K: Cistadenocarcinoma of the Pancreas. Surg Gynecol Obstet 1968; 127:734-8

- Pancreatic Cystadenocarcinoma. *Ann Surg* 1978; 188 (5):679-84
9. Compagno J, Oertel J: Mucinous Cystic Neoplasms of the Pancreas with Overt and Latent Malignancy (Cystadenocarcinoma and Cystadenoma). *Am J Clin Pathol* 1978; 69:573-80
 10. Becker W, Welsh R, Pratt H: Cystadenocarcinoma of the Pancreas. *Ann Surg* 1965; 161 (6):850-9
 11. Howard J: Cystic Neoplasms and True Cysts of the Pancreas. *Surg Clin North Am* 1989; 69 (3):651-65
 12. Rattner D, Warshaw A: Pancreatic Cysts, Pseudocysts and Fistulas. In: Schwartz S, Ellis H, Maingot S: *Abdominal Operations*. Ninth Edition, New Jersey. Prentice-Hall International Inc 1990, pp 1567-82
 13. Steiner E, Stasrk D, Hahn P et al: Imaging of Pancreatic Neoplasms: Comparison of MR and CT. *A J R* 1989; 152:487-91
 14. Ferrer J, Hensley G, Kalsen M et al: Cystadenocarcinoma and Carcinoembryonic Antigen (CEA). *Cancer* 1978; 42:632-4
 15. Olan J, Rosen A, Reif R et al: Fine Needle Aspiration Cytology of the Pancreas. *J Surg Oncol* 1988; 38:14-5
 16. Tatsuta H, Iishi H, Ichii M et al: Values of Carcinoembryonic Antigen, Elastase 1, and Carbohydrate Antigen Determinant in Aspirate Pancreatic Cystic Fluid in the Diagnosis of Cysts of the Pancreas. *Cancer* 1986; 57:1836-9
 17. Caro A: Tratamiento del Carcinoma del Páncreas. *Rev Col Ciruj* 1990; 5 (2):75-81
 18. Caro A: Carcinoma del Páncreas. En: Caro A. *Cirugía del Páncreas*. Fundación OFA para el Avance de las Ciencias Biomédicas, Bogotá 1984. pp 147-95
 19. Rustin R, Broughan T, Hermann R et al: Papillary Cystic Epthelial Neoplasms of the Pancreas. *Arch Surg* 1986; 121:1073-6
 20. Johnson C, Stephens D, Charboneau J et al: Cystic Pancreatic Tumors: CT and Sonographic Assessment. *A J R* 1988; 151:1133-8
 21. Cantrell B, Cubilla A, Erlandson R et al: Acinar Cell Cystadenocarcinoma of Human Pancreas. *Cancer* 1981; 47:410-6
 22. Bombi J, Milla A, Badal J et al: Papillary-Cystic Neoplasms of the Pancreas. Report of Two cases and Review of the Literature. *Cancer* 1894; 54:780-4
 23. Komorn H, Zirkin R, Nathan L: Papillary Cystic Neoplasm of the Pancreas. Report of two cases of Surggically Curable Tumor. *Surgery* 1986; 99 (1):110-3

XII Congreso Colombiano de Medicina Interna

Santafé de Bogotá, 29 de agosto al 2 de septiembre de 1992.
Sedes: Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada y
Hotel Tequendama.

Idiomas: español - inglés (traducción simultánea).



Inmunomodulación, Síndrome X. Inmunogenética, Endotelio y arterioesclerosis. Progresión de la enfermedad renal. Neurología tropical. Epidemiología clínica. Ética médica. Cursos precongreso. Trabajos libres orales y en carteles. Sesiones plenarias y simultáneas. Simposios. Exhibición farmacéutica. Exhibición tecnológica. Premios (mejor obra emblema del Congreso, mejor trabajo institucional, mejores carteles, mejor trabajo de residentes, mejor obra fotográfica tema médico, mejor exhibición comercial, mejor trabajo libre).

Informes: Asociación Colombiana de Medicina Interna, Carr 16A N°. 77-11, Of. 204, Tel. 2368994, Fax 2368682, A.A. 57241, Santafé de Bogotá, Colombia.