

11209
34
31

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**Facultad de Medicina
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Hospital de Especialidades
"Dr. Bernardo Sepúlveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI
I. M. S. S.**

**"Cistadenocarcinoma del Páncreas
Presentación de un Caso Clínico
y Revisión de la Literatura"**

Tesis de Postgrado

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL**

P R E S E N T A:

Dr. Alfredo Harris Dominguez



IMSS MEXICO D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

JUNIO 1997



Universidad Nacional
Autónoma de México




UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

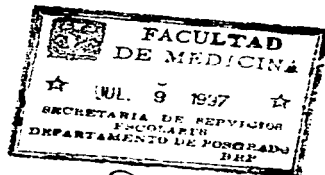
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

APROBACION:



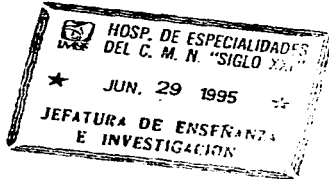
Dr. Roberto Blasco Benavides.
Profesor titular del curso de especialización
en Cirugía General.
Jefe del servicio de Gastrocirugía.
Hospital de Especialidades C.M.N. SXXI



Dr. Patricio Sánchez Fernández.
Cirujano adscrito al servicio de Gastrocirugía.
Hospital de Especialidades C.M.N. SXXI.



Dr. Niels H. Wachter Rodarte.
Jefe de Enseñanza e Investigación.
Hospital de Especialidades C.M.N. SXXI.



A MIS PADRES:

Por su apoyo y comprensión invaluable

A MIS HERMANOS:

Por su ayuda y apoyo constante

A MIS MAESTROS:

Por su orientación y estímulo y por todas sus enseñanzas

**LA PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL S. XXI.**

ESPECIALMENTE A TODOS MIS PACIENTES:

**Porque gracias a ellos he podido poner en practica mi vocación de servicio y todo lo
antes aprendido.**

INDICE:

INTRODUCCION.....	1
RESEÑA HISTORICA.....	4
FRECUENCIA.....	5
DATOS CLINICOS.....	6
DIAGNOSTICO.....	7
TRATAMIENTO.....	11
PRESENTACION DE CASO CLINICO.....	14
CONCLUSIONES.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	19

INTRODUCCION

El Cistadenocarcinoma es una neoplasia quística proliferativa del páncreas. Existe una gran controversia en la clasificación de los tumores quísticos del páncreas, (1) pudiendo ser malignos o benignos y en ocasiones indistinguibles clínicamente de los pseudoquistes. (2)

Jordan y colaboradores en 1987 proponen una clasificación para las lesiones quísticas del páncreas: (3)

QUISTES DEL PANCREAS

I. PSEUDOQUISTES

II. QUISTES VERDADEROS

1. QUISTES CONGENITOS

- quiste único
- enfermedad poliquistica
- quistes dermoides

2. QUISTES ANGIOMATOSOS

- simples o proliferativos

3. QUISTES ADQUIRIDOS

- quistes de retención
- quistes parasitarios
- pseudoquistes

4. QUISTES PROLIFERATIVOS

- cistadenoma seroso benigno
- cistadenoma y cistadenocarcinoma benigno y maligno
- CISTADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINARES**
- neoplasia epitelial-papilar quística
- quiste teratomatoso
- coriocarcinoma quístico

5. QUISTE DE NATURALEZA INCIERTA

6. NECROSIS QUISTICA DEL CANCER PANCREATICO EXOCRINO

7. TUMORES QUISTICOS DE LAS CELULAS DE LOS ISLOTES

8. QUISTE DEL DUODENO JUNTO AL PANCREAS

De acuerdo a la clasificación patológica del cancer de pancreas no endócrino propuesta por Maingot es un tumor primario que puede originarse tanto de las celulas ductales como de las celulas acinares, siendo esta última lo menos frecuente.(4)

CLASIFICACION PATOLOGICA DEL CANCER DE PANCREAS NO ENDOCRINO.(4)

I. PRIMARIO (93%)

ORIGEN EN CELULAS DUCTALES (90%)

adenocarcinoma
carcinoma mucinoso
cistadenocarcinoma

ORIGEN EN CELULAS ACINARES (1%)

carcinoma de celulas acinares
cistadenocarcinoma

HISTOGENESIS INCIERTA (9%)

pancreatoblastoma
neoplasia papilar y quística
tumor mixto

ORIGEN EN TEJIDO CONECTIVO (1%)

histiocitoma fibroso maligno
sarcoma osteogénico
leiomiomasarcoma
hemangiopericitoma

II. METASTASICO (7%)

El cistadenocarcinoma del pancreas fue descrito inicialmente por Lichtenstein en 1934, representa solo el 10% de los tumores quísticos del pancreas, es mas frecuente en mujeres , durante la 4a y 5a decadas de la vida, su pronóstico depende de la resección completa. (5).

El censo general está de acuerdo en que los tumores quísticos del pancreas son raros, potencialmente malignos,(1.,2,3,4,5,6,7) con posibilidades de ser curables. Son distinguibles de los pseudoquistes mediante biopsia de la pared del quiste, la cual presenta un epitelio verdadero.(4)

Desde los estudios originales de Campagno y Oertel en 1978 se acuerda que existen basicamente 2 tipos de tumores quísticos, los Microcíticos ricos en glicógeno y los Macrocíticos o Mucinosos,(6) sin embargo recientemente se ha descrito dos entidades diferentes: los tumores quísticos papilares y las ectasias ductales mucinosas.(5).

Se considera también que tanto las Tomografía Axial Computada como la Angiografía pueden ayudar al diagnóstico de lesiones quísticas, sin embargo no pueden diferenciar las formas microcísticas de las macrocísticas (8) y que la Colangio Pancreatografía Retrograda Endoscópica no es capaz de diferenciar un quiste verdadero de un pseudoquiste (9).

A pesar de la reciente atención que se ha prestado a las neoplasias quísticas del páncreas, aun existe controversia con respecto al tipo histológico, método diagnóstico y tratamiento de pacientes con esta neoplasia (5,10,11)

La poca frecuencia de neoplasias tales como el CISTEDENOCARCINOMA del páncreas, representa la diferencia entre la supervivencia posterior a la resección completa o el mal diagnóstico con la consiguiente muerte del paciente.

Es por ello que la presente tesis se propone:

1. Presentar un caso clínico poco habitual de Cistadenocarcinoma del páncreas.
2. Revisar la experiencia en la literatura en los últimos 30 años.
3. En base a lo anterior proponer un plan diagnóstico y terapéutico para que en casos futuros se logre un mejor manejo de este tipo de pacientes.

RESEÑA HISTORICA

Los estudios realizados a cerca del Cistadenocarcinoma del pancreas son pocos y de igual manera el numero de casos reportados en la literatura.

Kaufman y Lehrbugh en 1911 describieron lo que al parecer corresponde un caso de cistadenocarcinoma. Mahomer y Mattson en 1931 reportan 4 casos de pacientes con patologia quística del pancreas, sin embargo se considera que el primer caso reportado en la literatura americana fue realizado por LICHTENSTEIN en 1934(7). El describió el caso de una mujer de 44 años la cual posterior a realizarte la autopsia encontró una lesión que concluyó se trataba de un cistadenocarcinoma papilar de la cola del pancreas, con metastasis hepaticas y diseminación peritoneal .

En 1942 Bowers, Lords y Mc Swain reportaron 5 casos . Zintel, Enterline y Rhoads en 1954, así como Cones y Azzapardi en 1959 reportaron nuevos casos(7).

Kennard en 1941 realizó la primera revisión de la literatura y agregó un caso de cistadenocarcinoma papilar, en ese entonces la mayoría de los tumores habian sido biopsiados solamente o bien manejados con drenajes internos o externos

Sawyer y asociados en 1952 encontraron solo 29 casos reportados y agregaron uno más. En 1963 Cambell y Cruickshank reportan tres nuevos casos(13).En 1963 Cullen , Remire y Dahlin reportaron 17 casos revisados en la clinica Mayo (1) ellos notaron que 7 de 11 tratados con resección quirúrgica habian sobrevivido. En 1964 Becker y colaboradores revisó 63 casos reportados en la literatura, Warren y Hardy en 1968 encontraron también que 7 de 17 pacientes manejados con resección completa tenían buenos resultados.

Otros estudios más recientes incluyen los de Bilton, Johnson y Rask en 1974, Hodgkinson, Remire y Weiland en 1980 con 1 caso. En 1990 Warshaw reporta 27 casos de cistadenocarcinoma mucinoso después de revisar 67 pacientes con tumores quísticos en el Hospital General de Boston Massachusetts(12). En 1992 Talamani y colaboradores analizan 50 pacientes en el Hospital Johns Hopkins en Baltimore encontrado 12 cistadenocarcinomas mucinosos (11).

FRECUCENCIA

La frecuencia del cistadenocarcinoma varia según los reportes, a continuación se muestra la frecuencia de este tipo de tumor según la edad, el sexo y la localización más frecuente:

	edad promedio	rango de edad	hombres	mujeres	no. de casos
CAMPBELL 1962	60	47-73	0%	100%	3
CAMPAGNO 1977	48	20-80	30%	70%	41
HODGKINSON 1978	61	40-73	45%	55%	21
CANTRELL 1981	40	40	0%	100%	1
WARSHAW 1990	61	30-80	26%	74%	27
TALAMANI 1992	62	36-83	67%	33%	12
TOTAL					105

La mayoría está de acuerdo que el cistadenocarcinoma del páncreas es una neoplasia que se presenta más frecuentemente en el sexo femenino, los reportes varían de 1 hombre por cada 8 mujeres posterior a revisar la mayoría de autores podemos concluir que efectivamente es una neoplasia que se presenta más frecuentemente en mujeres en aproximadamente el 60% de los casos.

La edad de presentación es durante la 5a. y 6a. décadas de la vida.

Con respecto a la localización podemos decir que los autores previamente mencionados encontraron que el sitio más frecuente para este tipo de neoplasia es el cuerpo y la cola y representa el 85%.(5,10,11)

DATOS CLINICOS

La mayor parte de los pacientes que presentan un citadenocarcinoma del páncreas, acuden solicitando la ayuda del médico por presentar dolor, sin embargo existen algunos casos reportados que no se han manifestado con sintomatología alguna(3). La sospecha clínica de esta patología se hace con poca frecuencia, analizando los reportes de los principales centros de atención médica podemos concluir que los datos clínicos son muy variados y dependen en gran parte de la localización anatómica del tumor, por ejemplo los tumores que se localicen en la cabeza del páncreas o cerca de ella producirán síntomas de manera más rápida y básicamente se relacionarán a la obstrucción del conducto pancreático o biliar, incluyendo ictericia como dato principal, masa epigástrica palpable y otros síntomas generales a todas la neoplasias tales como pérdida de peso, astenia, adinamia y ataque al estado general. Por el contrario los tumores que se localizan en el cuerpo o cola, serán diagnosticados de manera más tardía puesto que los síntomas que presenta son menos específicos y en ocasiones cuando se realiza el diagnóstico es de manera fortuita con lesiones muy avanzadas, siendo la masa abdominal palpable el síntoma más frecuentemente encontrado en estos pacientes, sin embargo un número de pacientes puede ser también asintomáticos (4,5,11)

En los estudios realizados por Talamani en 1992 se determinó que los síntomas más frecuentemente encontrados eran los siguientes (11):

Dolor	67%
Anorexia	42%
Ictericia	25%
Masa palpable	25%
Perdida de peso	17%
Asintomáticos	10%

Otros autores tales como Warshaw(10), Hodgkinson (7) y Campbell (13) entre otros, también coinciden en que el dolor abdominal es el síntoma más frecuente y se presenta hasta en 81% de los casos, es el que permite al cirujano explorar al paciente y encontrar alguna masa palpable hasta en 57% de los pacientes. También se describen otros síntomas generales, tales como náusea, fatiga, diarrea e hiperglucemia en la minoría de los pacientes.

Se determina que el antecedente de cuadro previo de dolor abdominal compatible con pancreatitis aguda orienta al cirujano para hacer el diagnóstico diferencial con un Pseudoquistes pancreático.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de cistadenocarcinoma se basa principalmente en los hallazgos clínicos, durante la década de los sesentas muchos casos de pseudoquistes del páncreas eran interpretados como quistes verdaderos(7) y tal vez también muchos otros casos de neoplasias quísticas del páncreas no eran diagnosticados, los estudios patológicos permitieron durante los sesentas hacer una división entre los dos principales componentes de los tumores quísticos del páncreas(6), posteriormente con el advenimiento de nuevas técnicas de diagnóstico por imagen lograron que se determinara la localización, características macroscópicas y relación con otros órganos sin la necesidad de realizar exploraciones quirúrgicas. En los años recientes se han logrado importantes avances en el área de análisis bioquímico, inmunológico e histológico, lográndose con ello determinar un mejor pronóstico antes de someter al paciente al manejo quirúrgico definitivo, mejorando al sobrevida del paciente(14).

Los estudios realizados en años anteriores eran muy diversos (6) incluyendo radiografías simples de tórax y abdomen, series gastrointestinales contrastadas con bario y exámenes de laboratorio básicos (7). A continuación se muestran las ventajas de los principales estudios realizados en pacientes con tumores quísticos del páncrea con los que se dispone en la actualidad y en orden de frecuencia:

Criterios para el diagnóstico diferencial de lesiones quísticas del páncreas (10)

METODO	HALLAZGO
ULTRASONIDO	Tamaño, componentes sólidos Presencia de calcificaciones
TAC	Unilocular o multilocular (21)
ANGIOGRAFIA	Hipervascularidad o hipovascularidad (16)
CPRE	Comunicación del quiste Distorsión del conducto pancreático Obstrucción
ASPIRACION PERCUTANEA	Citología, amilasa, ACE, CA 19-9
BIOPSIA DE LA PARED	Presencia o ausencia de epitelio Diagnóstico histopatológico

Talamani(11), analiza los diferentes estudios realizados en el Hospital Johns Hopkins, siendo el estudio más representativo tanto por el número de casos como por los recursos técnicos y humanos, determina que los estudios de laboratorio no son específicos, pudiendo orientar solamente en casos de encontrar los siguientes hallazgos:

1. Aumento de la fosfatasa alcalina, encontrándose en el 50% de los casos
2. Presencia de hiperglucemia en 20%
3. Aumento leve de la Amilasa Sérica
4. Leucocitosis en la BH.

Sin embargo estos datos son frecuentemente confundidos con pancreatitis por la mayor incidencia de ésta patología.

Talamani (11) también muestra que se realizó tanto ultrasonido como TAC en todos los pacientes, no logrando hacer una diferencia precisa entre cistadenomas y cistadecocarcinomas. La CPRE se realizó en 41% de los pacientes encontrando asociación entre desplazamiento de los conductos principales más frecuentemente que la oclusión en patología benigna. La angiografía se realizó en 47% de los pacientes encontrando oclusión venosa como signo de malignidad, generalmente trombosis de la vena esplénica asociada a la tumoración pancreática

Se realizó aspiración guiada con ultrasonido o TAC para estudio posterior en 29% de los casos con buenos resultados.

Recientemente Lewandrowaki (14) en el Hospital General de Massachusetts reporta la utilidad del análisis químico y citológico en el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas del páncreas, concluyendo que a pesar de los avances en el área de diagnóstico por imagen, es el análisis citológico el único método que puede hacer el diagnóstico definitivo, siendo superior a la realización de biopsia transoperatoria que por la premura de ésta puede tener fallas hasta en el 20% de los casos.

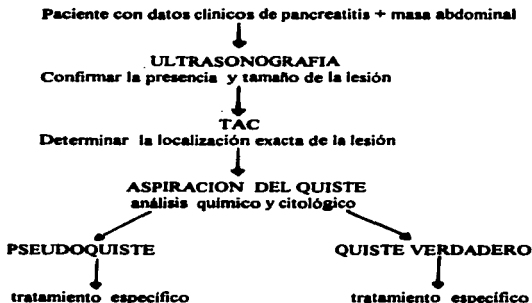
El uso de marcadores tumorales tales como el Antígeno Carcino Embrionario, antígeno 125 y 19-9, así como de enzimas e isoenzimas, se determinó que son más específicas mostrando un alto índice en el diagnóstico de cistadenocarcinomas mucinosos, proponiéndose algunos criterios que son de utilidad en el diagnóstico diferencial de tumores quísticos (15):

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DIAGNOSTICO	VISCOSIDAD	ACE	CA-125	ENZIMAS	CITOLOGIA
PSEUDOQUISTE	baja	baja	baja	alta	negativa
CISTADENOMA SEROSO	baja	baja	variable	variable	negativa
CISTADENO CARCINOMA	alto	alto	alto	variable	positivo

El empleo de técnicas diagnósticas más recientes como la Resonancia Magnética Nuclear no se empleo por ninguno de los autores.(10, 11,12)

El diagnóstico diferencial se debe realizar siempre con el pseudoquiste pancreático (10,11,12,15, 17, 18, 19) pues son las lesiones quísticas que se presentan con mayor frecuencia, representando 85-90% , en estos pacientes más del 60% tiene antecedente de pancreatitis y el 22% es secundario a traumatismos abdominales previos. Recientemente los Lumaden (15) proponen un abordaje diagnostico en todo paciente con alguna lesión quística del páncreas:



10

Otras lesiones quísticas con las que debe realizarse el diagnóstico diferencial incluyenquistadenomas, quistes congénitos, quistes angiomatosos, quistes proliferativos entre otros de los citados previamente por Jordan. (3)

TRATAMIENTO

El tratamiento de pacientes con cancer pancreático en cualquiera de sus variantes histológicas incluye procedimientos quirúrgicos tanto paliativos como curativos (4) se considera que el citadenocarcinoma del pancreas es una neoplasia reseccable y por lo tanto curable si se realiza el diagnóstico y manejo a tiempo (7,10,20) terapéuticas para el cancer de pancreas, siendo la localización anatómica del pancreas y su relación con múltiples estructuras vasculares vitales lo que lo hace en ocasiones irreseccable. Los procedimientos mas frecuentemente empleados son los siguientes(4)

QUIRURGICOS

1. Pancreaticoduodenectomía
2. Pancreatectomía total
3. Pancreatectomía distal
4. Cirugia paliativa:
 - Gastroeyunostomía
 - Colecistoduodenostomía
 - Colecistoyunostomía
 - Duodenoyunostomía en Y de Roux

RADIOTERAPIA No incrementa la sobrevida

QUIMIOTERAPIA No incrementa la sobrevida

Posterior a haber realizado analisis de los diferentes procedimientos quirúrgicos practicados en pacientes con citadenocarcinoma encontramos lo siguiente de acuerdo a la frecuencia con la que se emplearon (10,11,12):

Pancreatoduodenectomía	39 %
Pancreatectomía distal	17 %
Bypass paliativo	17 %
Biopsia sola	10 %
Pancreatectomía total	8 %

Sabemos que la mortalidad de un procedimiento radical como lo es la pancreatoduodenectomía es alta, sin embargo recientemente autores con amplia experiencia determinan una mortalidad quirúrgica de 15 por ciento.

Warshaw muestra en alguno de sus estudios a cerca de tumores pancreáticos los siguientes datos relacionados a la irreseabilidad (10):

LOCALIZACION	CASOS	COMPROMISO VASCULAR	METASTASIS		
			HEPAT.	PERITON.	AMBAS
CABEZA	55	35	14	4	15
CUERPO Y COLA	17	14	8	4	11
AMPULA	16	1	1	0	1
total	88	50	23	0	27

Concluyendo que en los tumores que se localizan en la cabeza del pancreas el compromiso es mayor, teniendo un mayor número de metastasis hepáticas siendo poco resecables, por el contrario tumores que se localizan distalmente tendran menor compromiso vascular y por lo consiguiente menos metástasis, sin embargo estos no es real puesto que generalmente estos casos se diagnostican más tardamente.

Resecabilidad en tumores periampulares y pancreáticos:

LOCALIZACION	CASOS	NO RESECABLES	RESECABLES %
CABEZA	55	16	29 %
CUERPO Y COLA	17	1	6 %
AMPULA	26	14	88 %

Siempre que se maneje a un paciente con Cistadenocarcinoma del pancreas se debe considerar que es un tumor resecable, Campagno en 1977 realizó con éxito 27 resecciones y solo drenaje interno o marzupialización en 5, presentando resección incompleta en 4 casos (2). Talamani en 1992 realiza el 67% de resecciones competas en su serie, siendo la pancreatoduodenectomía el procedimiento más frecuentemente realizado en le 42% , seguido de pacreatectomía distal en 17% , sin embargo encontró que en 10% de los pacientes solo se realizó biopsia diagnóstica .

Talamani también determinó la sobrevida entre 6 y 60 meses comparando el cistadenocarcinoma con otras neoplasias quísticas (11):

Sobrevida de tumores del páncreas

MESES	CISTADENOMA	CISTADENO CARCINOMA	ADENOCARCINOMA
6	100 %	90 %	74 %
12	"	"	40 %
24	90 %	70 %	10 %
36	"	"	5 %
60	"	"	1 %

Se concluye que la sobrevida del cistadenocarcinoma puede ser de 70% o más a 5 años y estará en relación a la resección completa del tumor, siendo muy alentador si se compara con el adenocarcinoma que es del 1% (11).

El procedimiento quirúrgico que deba realizarse esta en relación a la localización (15) sin embargo como se refirió previamente la localización más frecuente es la cola y cuerpo del páncreas por lo que si se diagnostica de manera más temprana podría ser manejado solo con pancreatostomía distal con menor morbilidad en comparación a la pancreatoduodenectomía (10,11,12).

PRESENTACION DEL CASO CLINICO.**Ficha de identificación.**

nombre: A.S.L.M.
edad: 27 años
sexo: femenino
origen y residencia: México D.F.
escolaridad: Preparatoria
fecha de ingreso: 24/ Julio/1993

Antecedentes Heredofamiliares

Padre vivo, diabético e hipertenso con manejo médico
Madre finada a los 64 años por Cáncer no especificado con metástasis pulmonares
Niega otros antecedentes en familiares

Antecedentes Personales Patológicos

Biopsia de mama derecha en 1981 con Dx. Histológico de Enf. fibroquistica
Niega otros antecedentes alérgicos, traumáticos, transfusionales, quirúrgicos u otros patológicos.

Antecedentes Ginecobstétricos

Menarca a los 11 años, Ritmo 28x8, eumenorreica, IVSA a los 24 años, sin control prenatal, GI,PI, A0, C0, cursando 15 días de puerperio fisiológico, embarazo normo-evolutivo, parto eutócico con producto único vivo del sexo femenino con peso de 3,100grs.

PADECIMIENTO ACTUAL

Ingresa la paciente al servicio de urgencias enviada por el servicio de cirugía de su Hospital General de Zona para estudio y manejo refiriendo que 15 días posteriores al parto presenta dolor tipo cólico y pungitivo en hipocondrio izquierdo, sin predominio de horario, irradiado en hemicinturón hacia la región dorsal, que se incrementa con los movimientos respiratorios acompañado de náusea y vómito de contenido gastrobiliar hasta en 3 ocasiones durante el día, refiriendo leve mejoría posterior al vómito, agregándose 3 días previos a su ingreso hipertermia no cuantificada, astenia, adinamia, presentando pérdida de peso no cuantificada que inicialmente no refirió por considerarlo secundario al parto, incrementándose de manera importante el dolor antes de su envío, negando otra sintomatología.

Exploración física a su ingreso a urgencias:

Se encuentra paciente del sexo femenino de edad aparente igual a la conológica, pálida, adelgazada, conciente, con deshidratación moderada de piel y mucosas, inquieta, coopera al interrogatorio y a la exploración física, cabeza y cuello sin alteraciones, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares con adecuada ventilación sin otros fenómenos agregados; abdomen se encuentra distendido, palpándose tumoración en epigastrio e hipocondrio izquierdo, de consistencia dura, doloroso a la palpación de aproximadamente 12X10cm, no desplazable, con datos de irritación peritoneal caracterizados por resistencia muscular, descompresión franca y ausencia de peristaltismo.

A la exploración ginecológica se encuentra además útero con involución adecuada, a través de la vagina presenta loquios hemáticos escasos, no fétidos, resto de la exploración sin datos.

Signos vitales a su ingreso:

TA 100/60 FC 110/min FR 30/min temperatura 37.5°C

Exámenes de laboratorio obtenidos por urgencias:**Biometría hemática:**

Hb 10.7, Htc 32, leucocitos 13.100, bandas 32, linfocitos 8, monocitos 1, segmentados 59.

Pruebas de coagulación:

T. P 16.3/11" TTP 51/252

Plaquetas 307,000, grupo sanguíneo O +

Pruebas de función hepática

Fosfatasa alcalina 134, Bilirrubina directa 0.23, Bilirrubina indirecta 0.30, Totales 0.53, TGO 11, TGP 9, Amilasa sérica 40, lipasa sérica 12.

Química sanguínea:

Glucosa 96, urea 38, creatinina 0.8, sodio 131, potasio 4.4

Estudios de gabinete a su ingreso:

Radiografía simple de abdomen de pie y decubito: se concluye sin datos específicos (fig 1) Radiografía PA de Tórax, se encuentra ligera elevación del hemidiafragma izquierdo, sin alteraciones cardiacas o pleuropulmonares (fig 2).

Ultrasonido abdominal: Se encuentra con imagen hiperecoica de 12x10cm con ecos densos posteriores, localizada sobre el cuerpo del páncreas, desplaza el estómago hacia la derecha, sin evidencia de imágenes calcificadas (Fig 3).

Tomografía axial computada: Se realizaron diferentes cortes encontrándose la tumoración a nivel del cuerpo y cola de páncreas, con dimensión de 10x12cm, sin calcificaciones, sin invasión a otros órganos vecinos y sin evidencia de metastasis hepáticas, con hipovascularidad. Concluyéndose se trata de tumor primario quístico del páncreas sin metastasis locales o regionales (Fig 4).

La paciente se maneja inicialmente con soluciones parenterales, sonda nasogástrica, sonda de Foley y catéter central, presenta cifras tensionales de 90/60 a pesar del manejo con líquidos persistiendo con dolor abdominal por lo que se decide realizar laparotomía exploradora con diagnóstico preoperatorio de Pseudoquistes pancreático complicado basado en los datos clínicos y gabinete.

Primer procedimiento quirúrgico

Con la paciente en decubito dorsal y bajo anestesia general, se realiza incisión media supraumbilical, se explora la cavidad encontrándose tumoración de aproximadamente 10x12 cm de color café oscuro, localizada entre lo que parece cuerpo y cola del páncreas, rechaza al estómago hacia la derecha, con tejido muy friable, se punciona obteniéndose material mucoso, espeso de color café, sin evidencia de lesiones en hígado o peritoneo.

Se decide realizar colocación de drenajes tipo Saratoga y toma de biopsia para estudio histopatológico.

Se realiza el Diagnóstico de Cistadenocarcinoma por el servicio de patología.

Evolución postoperatoria:

La paciente evoluciona estable. Se presenta el caso en sesión conjunta con los servicios de Patología, imagenología, gastroenterología y gastrocirugía. Concluyendo que la paciente es candidata a realizar resección completa por ser una paciente joven, sin metastasis locales o a distancia y con potencial curable, por lo que se propone para la realización de pancreatometomía distal.

Segundo procedimiento quirúrgico.

Se realiza de manera electiva bajo anestesia general, abordaje supraumbilical, se encuentran algunas adherencias laxas, se realiza pancreatometomía distal sin incidentes durante el procedimiento. Se envía la pieza a patología determinándose bordes quirúrgicos libres de tumor, sin embargo se incluyen ganglios linfáticos regionales mostrando invasión tumoral por lo que se determina la presencia de metastasis ganglionares.

Evolución postoperatoria:

La paciente evoluciona de manera estable, sin embargo a los 21 días reingresa al servicio por presentar cuadro de oclusión intestinal, se maneja inicialmente de manera conservadora sin resolución por lo que se decide reintervenir a la paciente.

Tercer procedimiento quirúrgico:

Se realiza nueva laparotomía exploradora a través de la incisión previa, se encuentra gran distensión de asas de intestino delgado desde el ángulo de Treitz y

hasta 1.50cm, se realiza plicatura con técnica del Dr. Blanco, la zona pancreatica sin cambios.

Evolución postoperatoria:

La paciente evoluciona de manera incidiosa, presentando mayor perdida de peso a pesar del apoyo con nutrición parenteral, permaneciendo hospitalizada por espacio de 3 semanas, se determina su egreso a petición de sus familiares.

Un mes posteriormente la paciente fallece en su domicilio, desconociendo la causa directa de la muerte por no autorizarse el estudio postmortem.

CONCLUSIONES

Posterior a haber analizado el caso clínico y la experiencia de varios autores en el manejo de pacientes con cistadenocarcinoma del páncreas podemos concluir lo siguiente:

- 1.- El cistadenocarcinoma del páncreas es una neoplasia proliferativa poco frecuente.
- 2.- Es más frecuente en mujeres entre la 3a. y 6a. décadas.
- 3.- Representa aproximadamente el 10% de los tumores quísticos del páncreas.
- 4.- El 85% de los casos se presenta en el cuerpo y cola.
- 5.- Pueden ser mucinosos, serosos, papilares y mixtos, siendo el mucinoso el tipo histológico más frecuente.
- 6.- Es una neoplasia resecable en más de 60% de los casos, con supervivencia de 70% a 5 años.
- 7.- El diagnóstico se basa en la exploración física, los datos clínicos, sin embargo siempre debe ser apoyado por estudios de laboratorio y gabinete, considerando que en todos los casos en que se tenga la sospecha clínica de lesión pancreática quística realizar inicialmente Ultrasonido para confirmarla, TAC para la localización exacta y determinar su relación con otros órganos. La punción dirigida es un método con el que se puede obtener el diagnóstico definitivo mediante análisis citoquímico, sin embargo es un procedimiento que está limitado por los recursos de cada hospital en particular, puede realizarse guía con ultrasonido o bien con tomografía axial computarizada.
- 8.- El pronóstico está determinado por la resección completa y el tiempo de evolución al momento del diagnóstico y puede ser de hasta 70% o más a 5 años.

PROPUESTAS:

- 1.- En todo paciente del sexo femenino entre la 3a. y 6a. década de la vida sin antecedente de pancreatitis, que presente una lesión quística del páncreas debe considerarse la posibilidad de que pueda tratarse de un cistadenocarcinoma.
- 2.- El manejo quirúrgico de este tipo de neoplasias debe ser realizado por un gastrocirujano, debiendo individualizarse en cada caso ya que el procedimiento de elección depende de la localización anatómica y cuando se realiza la resección completa puede ser curable.
- 3.- Es necesario contar con el apoyo de un adecuado servicio de imagenología y patología por lo que este tipo de pacientes siempre deben ser manejados en un centro especializado.

BIBLIOGRAFIA.

1. Remire S.G., Frey D. Cystic neoplasms of the pancreas.
Arch Surg , 122: 4433-6; 1987
2. Comagno J., Oertel . Mucinos cystic neoplasms of the pancreas whit overt and latent malignancy.
Am J Clin Patol 69:573-80; 1978
3. Jordan. Surgical diseases of the pancreas. Pancreatic cysts
Philadelphia. p.285; 1987
4. Schwartz. Operaciones abdominales. Maingot. Ed. Panamericana. 8a. edición. 1992.
5. Howard. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. El pancreas. 3: 711; 1989.
6. Cullen. Clinico pathological study of cistadenocarcinoma of the pancreas.
Surg. Gynecol. Obst. , 117: 189; 1963.
7. Hodgkinson. A clinicopathologic study of 21 cases of pancreatic
cistadenocarcinoma Ann Surg Nov 188:5; 1978.
8. Corvente R:F: Cystadenocarcinoma of the pancreas
Am J Surg . 179:265-7; 1980
9. Delcenserie. Mucrocystic adenoma of the pancreas demostred by
retrograde pancreatography.
Gastrointest. Endosc. 34: 52-54; 1988
10. Warshaw . Cystic tumors of the pancreas .
Ann Surg . 212 :4; 1990
11. Talamani. Spectrum of cystic tumors of the pancreas.
Am J Surg 63: 117 ;1992.
12. Warshaw A.L. Cystic tumors mistaken for pancreatic Pseudocysts.
Ann surg . 205: 393-8; 1987
13. Cambell. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas
J. Clin Path 15: 432; 1962
14. Lewandrosky. Cyst fluid analysis in the differential diagnosis of pancreatic cysts
Ann Surg 212:432; 1990.
15. Lumsden. Pseudocysts or cystic neoplasm ?. differential diagnosis and management
of cystic pancreatic lesions. Hepatogastroenterol . 462, 466; 1989.
16. Uflacker. Angiography in cistadenoma and cistadenocarcinoma of the pancreas.
Acta Radiol . 21: 189-195;1980.
17. Von Seggasser. Pancreatic Cystadenoma and cystadenocarcinoma
Br. J. Surg. 71: 449-51; 1984
18. Becker. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas.
Ann surg. . 161: 845; 1965.
19. Warren. Cystadenocarcinoma of the pancreas.
Surg. Gynecol Obst . 127: 734-736; 1968.
20. Ayella. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas
Am J Surg . 103: 242-46; 1962.
21. Frieman. Cystic neoplasm of the pancreas Radiological-pathological correlation.
Radiology . 149. 45-50; 1983.