

Cáncer de Páncreas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1985-1989

Dr. Alejandro González*

Dr. Honorio Sigala*

Dr. Jon Barriola**

Dr. Luis Gonzalo Gómez***

González A, Sigala H, Barriola J, Gómez LG. Cáncer de páncreas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1985-1989. Centro Médico, 1990;36:78-83.

RESUMEN

Se revisaron las historias de 28 pacientes que egresaron del Centro Médico de Caracas, con diagnóstico de cáncer de páncreas en el lapso comprendido entre 1985-1989; de los cuales 18 correspondieron a la cabeza del páncreas y 10 al cuerpo y cola. Las edades estuvieron comprendidas entre 34 y 85 años y se observó mayor frecuencia en el sexo masculino 57.1%. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron pérdida de peso, dolor abdominal e ictericia. Diabetes y litiasis biliar fueron los antecedentes médico quirúrgicos con mayor frecuencia encontrados. En los tumores localizados en la cabeza las alteraciones de laboratorio observadas fueron aumento de SGOT, bilirrubina y fosfatasa alcalina. La tomografía axial computarizada dió la mayoría de los diagnósticos positivos con una sensibilidad de 78.94%.

En nuestro país del total anual de muertes por cáncer de 8500 personas, 4,02% representan el grupo de cáncer de páncreas.

ABSTRACT

Twenty eight medical files of patients discharged with diagnosis of pancreatic cancer between 1985 and 1989 were revise. Of this 18 reported cancer in the head of the pancreas and 10 on the body and tail. The ages were distributed between 34 and 85 years. The most frequent clinical finding were lost of weight, abdominal pain and jaundice. Diabetes and gallbladder stones were the most frequent medical antecedent found. In the tumors found in the head the laboratory alteration more frequently found was increase in SGOT, Bilirubin and alkaline phosphatase. The computer axial tomography gave the majority of the positive diagnosis, with a 78.94 % of sensibility.

In our country of the total annual cancer death of 8500 persons 4.02% represent the cancer of the pancreas group.

PALABRAS CLAVES

Cáncer, Páncreas, Cirugía Abdominal.

INTRODUCCION

El cáncer de páncreas es una neoplasia que comprende el 1% de todas las formas de cáncer.^{4,7}

En años recientes se ha notado un aumento notable considerable de las tasas de mortalidad en relación con la edad. Con un pronóstico sombrío y una sobrevida media de 5 meses después del diagnóstico.⁴ Su incidencia es mayor en el sexo masculino, en las razas no caucásicas y en países desarrollados.⁴

En su origen se sospecha la existencia de carcinógenos químicos, lo que se ha comprobado en animales de experimentación.⁴ Se han reportado pruebas indirectas del efecto del hábito de fumar, así como también en los trabajadores de las industrias siderúrgicas y químicas, su asociación con las dietas con abundantes grasa, la pancreatitis, el alcoholismo y las enfermedades de las vías biliares e ingesta de café.⁴

El 70% de los tumores se ubican en la cabeza de la glándula, el resto en el cuerpo y cola. El 80% de los tumores son adenocarcinomas derivados de las células ductuales e indiferenciados.^{4,10}

El 36% de los pacientes con carcinoma de la cabeza del páncreas tienen enfermedad sincrónicamente en cuerpo y cola.^{4,10,14}

Los síndromes clínicos descritos comprenden: dolor y pérdida de peso, ictericia obstructiva, malabsorción, pancreatitis aguda y, o crónica, síndrome de producción hormonal ectópica. Como manifestaciones menos frecuentes encontramos la tromboflebitis migratoria, los nódulos grasos subcutáneos y los soplos abdominales.^{4,7} Con el advenimiento de métodos diagnósticos radiológicos cada vez más sofisticados se puede visualizar el tumor, pero desafortunadamente en la mayoría de los casos para el momento del diagnóstico de la enfermedad ya se encuentra con diseminación perineural a linfáticos locales y regionales, así como también a hígado, pulmones y huesos.^{4,10} Las metástasis hepáticas son más frecuentes en los tumores de cuerpo y cola por diagnosticarse tardíamente y por encontrarse en la cercanía de la vena esplénica lo que produce hepatomegalias importantes.¹⁰

Sólo el 15% de los tumores localizados en la cabeza son susceptibles de la resección radical que brinda el procedimiento de

* Médico Residente. Centro Médico de Caracas.

** Cirujano General. Centro Médico de Caracas. Adjunto Servicio Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

*** Anatomopatólogo. Centro Médico de Caracas.

Whipple.^{2,8} Siendo la cirugía radical menos aplicada en los cánceres de cuerpo y cola.^{2,5,7}

Al resto de los pacientes se les realizó procedimientos paliativos que comprenden derivación biliar sola o acompañada con derivación intestinal, esta última variedad es preferida ya que evita la reintervención del paciente cuando se produce la obstrucción duodenal en caso de cáncer de cabeza de páncreas.^{7,9,12}

MATERIALES Y METODO

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnósticos de cáncer de páncreas, atendidos en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas desde 1985-1989. Se tomaron como variables la localización del tumor, edad, sexo, antecedentes médicos quirúrgicos de importancia, manifestaciones clínicas, estudios realizados y tratamiento.

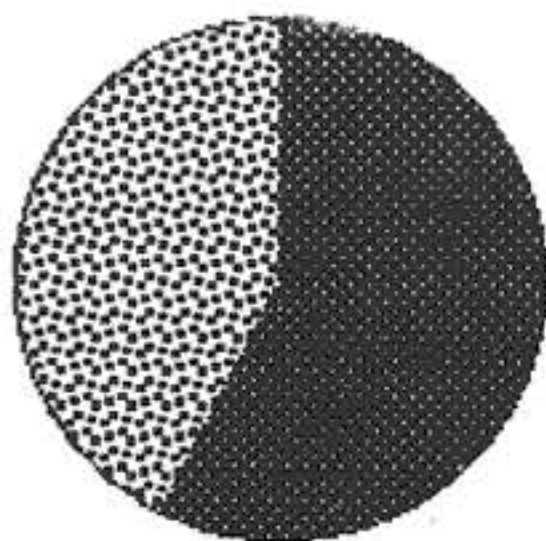
RESULTADOS

De los 28 casos, 18 se localizaron en la cabeza de la glándula lo que corresponde a un 64.3% mientras que 10 de los casos se localizaron en el cuerpo 35.7%.

La edad estuvo comprendida entre 34 y 85 años, mientras que el mayor número de pacientes se ubicó en el grupo de 56-65 años donde se observaron 18 casos, 64.3%.

Se observó que 16 pacientes eran varones 57.1% y 12 eran hembras 42.86% (Gráfico I).

GRAFICO I
Distribución por Sexo



■ VARONES 16 57.1%
▨ HEMBRAS 12 42.9%

* Datos tomados del departamento de historias médicas del Centro Médico de Caracas.

Encontramos 22 pacientes con antecedentes de importancia, lo que representa 78.57%. De ellos el 32.14% eran diabéticos; 32.14% con antecedentes de litiasis biliar; 28.57% se les había realizado exploraciones abdominales previas entre 6 meses y 2 años antes del Dx, 5 de éstas operaciones eran colecistectomía electivas por litiasis biliar; un 10.7% tenían hábitos alcohólicos y ningún paciente tenía antecedentes de pancreatitis. (Tabla I)

Las manifestaciones clínicas más frecuentes encontradas fueron dolor abdominal 67.9%, pérdida de peso 64.3%, ictericia 60.7% de 2 semanas a 3 meses de evolución, los hallazgos, la hepatomegalia, masa epigástrica y vesícula palpable.

De los pacientes con enfermedad neoplásica en la cabeza de la glándula presentaron dolor abdominal 55.5% y pérdida de peso 55.5% e ictericia en el 89.9%.

Cuando analizamos el grupo de cáncer de cabeza de páncreas vemos que el 33.3% presentó hepatomegalia, el 22.4% vesícula palpable y el 16.7% masa epigástrica.

Mientras que el grupo con enfermedad ubicada en el cuerpo de la glándula consultó por dolor abdominal 90%, pérdida de peso 80% e ictericia 10%, de lo que podemos decir que dolor abdominal y pérdida de peso es sugerente de cáncer del cuerpo de páncreas.

Para el cáncer de cuerpo los hallazgos más importantes fueron la hepatomegalia 40% y masa epigástrica en 20%, un caso se presentó con obstrucción intestinal y otro caso con ascitis.

Las alteraciones bioquímicas encontradas en cáncer de cabeza de páncreas: elevación de la bilirrubina total con valores que oscilaron entre (2.9-37.7) con una media para el grupo de 13.8 mg./dl; las fosfatasa alcalinas con valores comprendidos entre (52-1352) con una media de 679.5 u/l y la SGOT cuyos valores estuvieron comprendidos entre (23-1100) con una media de 257.4 u/l con valores de albúmina, PT, leucositos dentro de los rangos normales.

En el cuerpo de la glándula las alteraciones bioquímicas encontradas corresponden a un aumento de las fosfatasa alcalinas con valor medio de 163.2 (57-662); mientras que los demás patrones bioquímicos se encuentran dentro de los límites normales.

TABLA I
Antecedentes Médico Quirúrgicos

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje
1. Diabetes	9 (28)	32.1%
2. Litiasis biliar	9 (28)	32.1%
3. Exploración abdominal previa	8 (28)	28.5%
4. Alcoholismo	3 (28)	10.7%
5. Cardiopatía izquémica	3 (28)	10.7%
6. EBPOC	1 (28)	3.6%
7. Diverticulosis	2 (28)	7.1%
8. Pancreatitis	0 (28)	0

* Datos tomados del Departamento de Historias Médicas del Centro Médico de Caracas

TABLA II
Manifestaciones Clínicas

Clínica	CA de páncreas	CA de cabeza	CA de cuerpo
1. Pérdida de peso	18 (28)...64.3%	10 (18)...55.5%	8 (10)...80%
2. Dolor abdominal	19 (28)...67.9%	10 (18)...55.5%	9 (10)...90%
3. Ictericia	17 (28)...60.7%	16 (18)...88.9%	1 (10)...10%
4. Hepatomegalia	10 (28)...35.7%	6 (18)...33.3%	4 (10)...40%
5. Masa epigástrica	5 (28)...17.8%	3 (18)...16.7%	2 (10)...20%
6. Vesícula palpable	4 (28)...14.3%	4 (18)...22.2%	0 (10)...0
7. Obstrucción intestinal	1 (28)...3.5%	0 (18)...0	1 (10)...10%
8. Ascitis	1 (28)...3.5%	0 (18)...0	1 (10)...10%

* Datos tomados del Departamento de historias médicas del Centro Médico de Caracas.

TABLA III
Valores de Laboratorio

Laboratorio	Cabeza	Cuerpo
1. Bilirrubina total (mg/dl)	13.8...(2.9-37.7)	0.85...(0.24-1.6)
2. Fosfatasa alcalina (u/l)	679.5...(52-1352)	163.2...(57-662)
3. SGOT (u/l)	257.4...(23-1100)	34.7...(13-86)
4. LDH (u/l)	198.6...(28-535)	218.9...(47-744)
5. Albúmina (gr/dl)	3.3...(2.5-3.90)	3.9...(3.5-4.8)
6. PT	12.2...(10.5-15)	13.4...(6.4-25)
7. Creatinina (mg/dl)	0.7...(0.41-1.25)	0.9...(0.70-1.16)
8. Hematocrito (%)	38.1...(26.6-46.1)	40.8...(12.3-50.4)
9. Leucocitos (mm)	7662.5...(3200-18100)	8025...(5400-12500)

* Datos tomados del Departamento de historias médicas del Centro Médico de Caracas

Como muestra la Tabla IV al 67.9% de los pacientes se les practicó tomografía axial computarizada (TAC) abdominal siendo positivo para enfermedad neoplásica o altamente sospechoso de ella en 78.9% de los pacientes a los que se les practicó como muestra el Gráfico II. Como segundo método en frecuencia observamos la colangiopancreatología retrograda endoscópica (CPRE) que fue realizada al 50% de los pacientes, siendo sugestiva de enfermedad neoplásica en 71.4%.

Al 17.9% se le practicó ecosonograma abdominal y al 10.7% laparoscopia.

En dos (2) casos la exploración inicial (TAC) generalmente era negativa pero la clínica prevalecía lo que llevó a realizar otros procedimientos.

A los pacientes se les practicó más de un estudio la secuencia generalmente empleada fue TAC > CPRE y en tercer lugar CTPH o laparoscopia.

Un paciente fue diagnosticado durante una colecistectomía electiva por litiasis biliar.

TRATAMIENTO

Un 60.7% de los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico.

Para el cáncer de cabeza de páncreas solo se pudo realizar dos operaciones radicales como lo es el procedimiento de Whipple (11.1%) ya que el tumor en el resto de los pacientes invadía estructuras vasculares y/o presentaba metástasis a ganglios linfáticos, hígado, hilio hepático, peritoneo o retroperitoneo lo que hacía imposible su aplicación. Por lo antes descrito se realizaron derivaciones bilio digestivas paliativas al 61.1% de los pacientes.

Como vemos en las tablas V.b y V.c a un paciente le practicaron una derivación bilio digestiva que a los cuatro meses presentó un cuadro de obstrucción intestinal, practicándose una derivación intestinal. Al caso restante que inicialmente se le había practicado una derivación bilio digestiva, requirió ser reintervenido tres meses después por presentar un ictero obstructivo.

En el caso del cáncer de cuerpo de páncreas, solo a un paciente se le pudo realizar pancreatomectomía parcial, a 30% de los pacientes se les realizó derivación intestinal y; gastrotomía a un paciente ya que la enfermedad se encontraba avanzada.

Como variedad de tratamiento a su ingreso un 21.4% de los pacientes recibió tratamiento médico, únicamente donde se realizó drenaje biliar externo en 3 de los pacientes con ictericia obstructiva, a uno de ellos durante la colocación de la endoprótesis se lesionó el coledoco con perforación a retroperitoneo y el paciente fue llevado a quirófano donde se le practicó una derivación bilio digestiva sin complicaciones, un paciente recibió quimioterapia. La alcoholización del plexo celíaco se realizó en gran número de los pacientes en combinación con otros métodos, pero como único tratamiento al ingreso se realizó solo a tres pacientes con enfermedad avanzada del cuerpo de la glándula. (Tabla V.a)

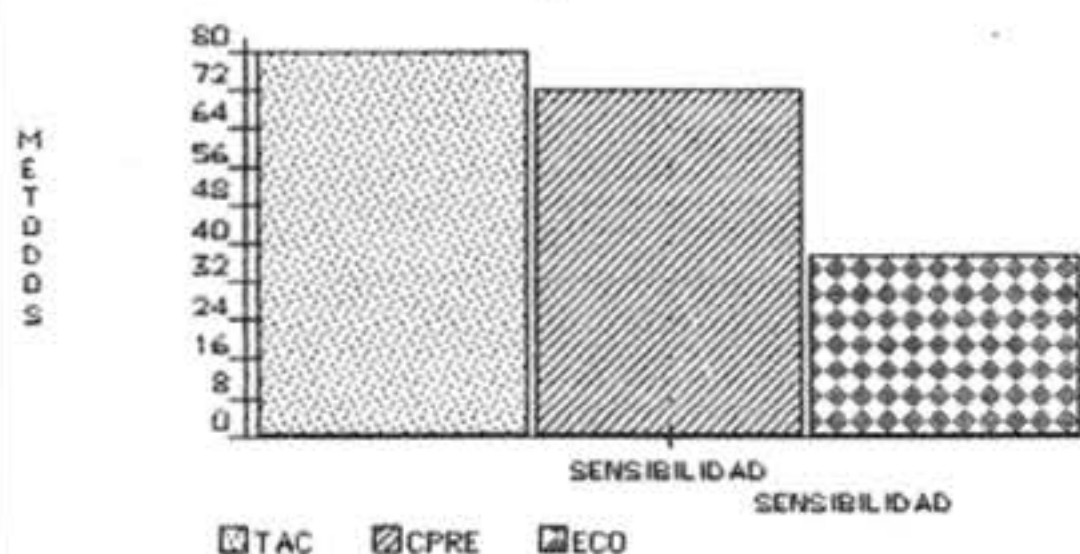
El 14.31% de los pacientes no recibió ninguna variedad de tratamiento. (Tabla V)

TABLA IV
Métodos Diagnósticos

Método Diagnóstico	Cáncer	Dx	Cabeza	Dx	Cuerpo	Dx
1. TAC Abdomen	19 (28)	15	12 (18)	10	7 (10)	5
2. CPRE	14 (28)	10	12 (18)	8	2 (10)	2
3. Ecosonograma	5 (28)	3	5 (18)	3		
4. Laparoscopia	3 (28)	3	1 (18)	1	2 (10)	2
5. Endoscopia + Bx	2 (28)	2			2 (10)	2
6. CTPH	3 (28)	2	3 (18)	2		
7. Angiografía	1 (28)	1	1 (18)	1		
8. Duodenografía	1 (28)	0	1 (18)	0		
Dx Laparotomía	1 (28)	1	1 (18)	1		

* Datos tomados del Departamento de historias médicas del Centro Médico de Caracas

GRAFICO II
Sensibilidad del TAC, CPRE y ECO



*Datos tomados del departamento de historias médicas del Centro Médico de Caracas.

DISCUSION

Luego de revisar 28 historias de pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas durante 1985 a 1989 observamos que nuestros resultados no difieren significativamente de los obtenidos de la literatura internacional. Donde reportan valores de 70% para tumores localizados en la cabeza de la glándula, 30% para tumores localizados en el cuerpo y cola del páncreas. En cuanto a la edad se describe que más del 50% son mayores de 65 años siendo la enfermedad mucho más frecuente en hombres que en mujeres con un promedio de 1.7 hombres por una mujer.⁴

Diabetes, alcoholismo y litiasis biliar constituyen los antecedentes médico quirúrgicos más importantes en nuestro estudio. No encontramos la pancreatitis crónica como antecedente en ninguno de los casos revisados. En cuanto al alcoholismo es importante decir que son muchos los trabajos donde se le intenta relacionar con cáncer de páncreas, pero los resultados han sido muy ambiguos, siendo en este momento muy controversial su relación. En nuestro estudio 10.7% tenían hábitos alcohólicos.

Un paciente fue operado un año antes por un adenocarcinoma gástrico y otro paciente fue operado 6 meses antes del diagnóstico por una colecistectomía electiva, en ambos casos la exploración de la zona pancreática no evidenció el tumor. Gudjonsson⁷ describe en su estudio donde se revisaron 196 casos de cáncer de páncreas donde 20 de los pacientes fueron diagnosticados durante colecistectomías electivas y 17 pacientes durante otras exploraciones abdominales. En nuestro estudio solo un paciente fue diagnosticado durante una colecistectomía.

Ictericia, pérdida de peso y dolor abdominal son los síntomas más frecuentes encontrados en tumores localizados en cabeza del páncreas, siendo esta triada sintomática muy sugerente del diagnóstico. Mientras que el dolor abdominal y la pérdida de peso se relacionan con cáncer del cuerpo de páncreas. No encontramos evidencias de síndromes paraneoplásicos, ni las manifestaciones descritas con menos frecuencia (tromboflebitis migratoria, nódulos subcutáneos, y/o soplos abdominales).

Se ha descrito el hallazgo de vesícula palpable, no dolorosa en un paciente icterico, como muy sugerente de cáncer de cabeza de páncreas, aunque es frecuente no es signo patognomónico, en nuestro estudio 22.2% presentó dicho hallazgo, el resto de los pacientes no presentó hepatomegalia importante que pudiera ocultar la vesícula durante la exploración física.

No pudimos relacionar la presencia de masa epigástrica con enfermedad metastásica. La presencia de ascitis en un paciente con cáncer de cuerpo de páncreas estuvo relacionada con la presencia de carcinomatosis peritoneal. Igual observamos que 1 paciente se presentó con obstrucción intestinal, por lesión tumoral

TABLA V

Tratamiento	Cabeza	Cuerpo	Total	Porcentaje
Médico	2	4	6	21,4
Quirúrgico	12	5	17	60,7
Ambos	1	0	1	6,3
No tratados	3	1	4	14,28
Total	18	10	28	100

* Datos tomados del Departamento de historias médicas del Centro Médico de Caracas

TABLA Va

TX Médico	Cabeza	Cuerpo
Drenaje Biliar Ext.	3	0
Alcoholización	0	3
Quimioterapia	0	1

* Datos tomados del Departamento de historias médicas del Centro Médico de Caracas

TABLA Vb

Intervención Realizada	Número	Porcentaje
Cabeza:		Reintervenidas
1. Operación de Whipple	2...(18)	11.1%
2. Bilio digestiva sola	3...(18)	16.7%
3. Bilio digestiva + deriv. intestinal	8...(18)	44.4%
Cuerpo:		
1. Derivación intestinal sola	3...(10)	30%
2. Gastrotomía	1...(10)	10%
3. Pancreatectomía parcial	1...(10)	10%

TABLA Vc

Procedimiento	De asa	Roux	No deriv. intestinal	Total
1. Coledocoyeyuno anast. de asa	4	1	1	6
2. Coledocoyeyuno anast. de roux	0	1	1	2
3. Colecistoyeyuno anastomosis	0	0	0	0
4. Hepatoyeyuno anst. de asa	0	0	0	0
5. Hepatoyeyuno anst. de roux	1	0	0	1
6. No drenaje biliar	0	0	0	0
Total	5	3	3	11

ubicada en el cuerpo del páncreas. Ningún caso se presentó con hemorragia digestiva.

Las alteraciones de laboratorio coinciden igualmente con las descritas por otros autores.^{4,7} Aquí consideramos importante recordar que la elevación de las fosfatasa alcalinas en el caso de tumores del páncreas obedece a metástasis hepática y no a colestásis extrahepática como en tumores ubicados en la cabeza del páncreas.

Los métodos de diagnóstico por imágenes más empleados fueron la TAC, la CPRE y el ecosonograma abdominal, encontrando mayor sensibilidad para el TAC y CPRE en comparación con el ecosonograma, al cual consideramos de utilidad limitada ya que la ubicación retroperitoneal del páncreas impide su correcta exploración.

En cuanto al tratamiento del cáncer de páncreas podemos observar que las derivaciones bilio digestivas acompañadas de derivación intestinal tipo paliativa constituyen la variedad de tratamiento empleada con mayor frecuencia en pacientes con cáncer de cabeza de páncreas. La razón de ello se debe a que ofrece al paciente mejoría de ictericia obstructiva y la sintomatología que la acompaña tipo ictericia y a su vez evita la obstrucción duodenal por la masa tumoral.

La mayoría de los autores están de acuerdo en realizar esta doble derivación ya que evita la reintervención del paciente cuando se encuentre en etapa terminal de su enfermedad.

Es bien conocido que la historia natural de la enfermedad de este tumor tiende a producir obstrucción intestinal.

La intervención de Whipple solo fue posible de realizar en un 11.1% de los pacientes con diagnóstico de carcinoma de cabeza de páncreas y con tasas de morbilidad^{1,6,8} y mortalidad que han disminuído en los últimos años. Cuando es posible su realización, mejora la calidad de vida de muchos de los pacientes pudiendo algunos de ellos reintegrarse a sus ocupaciones habituales con una sobrevida a los 5 años de menos de 5% según los autores que apoyan esta técnica.^{1,3,12,13} Para otros el comportamiento biológico del tumor impiden hablar de curabilidad para el cáncer de páncreas, aun cuando su diagnóstico sea precoz, quienes consideran tanto a la técnica de Whipple como a la pancreatoduodenectomía total como procedimientos paliativos y no tanto como a un procedimiento radical.⁷

En nuestro estudio sólo se realizaron 2 intervenciones de Whipple lo que representa un 11.1%.

En el caso de cáncer de cuerpo y cola de páncreas, la realización de un tipo de cirugía radical, generalmente no es posible por las grandes dimensiones y adherencias a estructuras vasculares y nerviosas que adquieren antes de su diagnóstico.⁵

La pancreatectomía parcial o total solo se pudo realizar en un paciente, mientras que en otros tres se realizaron derivaciones paliativas.

Como tratamiento médico inicial se realizó alcoholización del plexo celíaco en tres pacientes con enfermedad avanzada del cuerpo de páncreas. Pero se realizó a varios de los pacientes en conjunto con otras variedades de tratamiento.

Solo un paciente fue tratado con tratamiento quimioterápico (5'-FU).

La quimioterapia como variedad de tratamiento ofrece al paciente una opción de tratamiento médico. Pero son muy controversiales los estudios que hablan al respecto, hasta ahora los esquemas que utilizan la FAM (5' - FU + Adriamicina + Mitmicina) han sido los más utilizados.^{4,7}

Dentro de las alternativas existe el drenaje biliar interno, el cual ofrece una alternativa provisional al paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Brooks, John, et al.: Total Pancreatectomy for ductal cell carcinoma of the pancreas. *Ann Surg.* 1989; 209-N104:405-410.
2. Condle JD, et al.: Surgical treatment for ductal adenocarcinoma of the pancreas. *Surg Gynecol Obstet.* 1989;168:437-445.
3. Crist DW, Sitzman JV. Improved Hospital morbidity, mortality, and survival after the Whipple procedure. *Ann Surg.* 1987; 206:358-365.
4. De Vita, Vincent. - KR. *Cancer, Principles and practice of oncology.* Chapter 22 cancer of the pancreas: 691-739. Lippincott Company 1982.
5. Fortner JG. Surgical principles for pancreatic cancer: regional, total and subtotal pancreatectomy. *Cancer* 1981; 47:1712-1718.
6. Grace, Pierce A. Decreased morbidity and mortality after pancreaoduodenectomy. *Am. J. Surg.* 1986; 151:141-147.
7. Gudjonsson B. Cancer of the pancreas. *Cancer* 1987; 60:2284-2303.
8. Jones B.A., et al.: Periampullary tumors. Which ones should be resected. *Am. J. Surg.* 1985; 149:46-52.
9. Potts, John. Palliative Operations for Pancreatic Carcinoma. *Am. J. Surg.* 1990; 159:72-78.
10. Robbins S.L. *Patología estructural y funcional: Interamericana* 1985.
11. Schantz SP, et al.: Palliative Gastroenterostomy for pancreatic Cancer. *Am. J. Surg.* 1984; 147:793-796.
12. Trede M. The surgical treatment of pancreatic carcinoma surgery. 1985; 97:28-35.
13. Trede M. The complications of pancreatectomy. *Ann Surg.* 1988; 207:39-47.
14. Tryka A.F, et al.: Histopathology in the evaluation of total pancreatectomy for ductal carcinoma. *Ann Surg.* 1979; 190:373-381.