

CASUÍSTICA

Carcinoma Papilar del Páncreas

Roberto Bravi⁽¹⁾, Carlos A. Cermesoni⁽²⁾

Objetivos:

Presentar un raro caso de tumor maligno de páncreas que fue tratado mediante una modalidad terapéutica conservadora, con muy buena evolución y que con nula morbilidad pretende alcanzar la curación a los cinco años.

Introducción:

La resección pancreática parcial, total o ampliada es la regla para el tratamiento del cáncer de páncreas con criterio oncológico, teniendo esta conducta un muy alto índice de morbi-mortalidad perioperatoria, con una supervivencia global a los cinco años entre el 6 y el 15 %.

Estos funestos resultados podrían revertirse si se tratara de un tumor de

baja malignidad y se adoptara un tratamiento conservador, asociando cirugía resectiva "en menos" o "tumorectomía", con quimioterapia postoperatoria. Es el caso que se presenta.

Material y Métodos:

En Agosto de 1993 ingresó al Servicio de Cirugía General del Hospital "J.R. Vidal" de Corrientes, una paciente de 48 años de edad, múltipara, obesa, portando un cuadro clínico típico de cólico biliar.

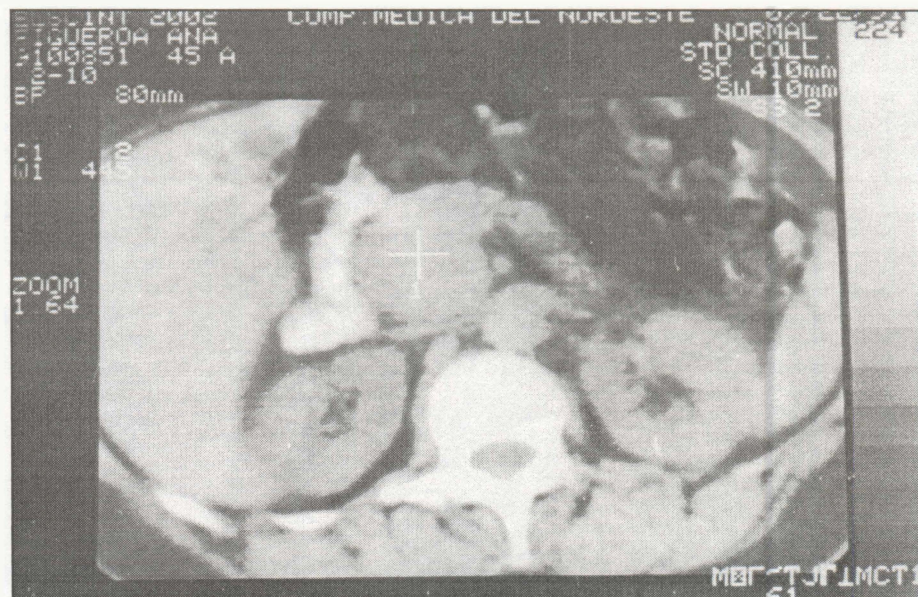
Su historia se remonta a Enero de 1991, cuando es atendida en otro servicio por patología venosa de miembros inferiores (tromboflebitis), acompañada en ocasiones de epigastralgiyas rotuladas como "gastritis". En esa oportunidad, una ecografía abdominal reveló la presencia de un tumor de cabeza de páncreas de 45 mm. de diámetro. En Julio del mismo año una T.A.C. confirmó la patología pancreática y sus dimensiones. No refirió ictericia. Un año y medio después, y ante un cuadro

(*) Trabajo presentado en el II Congreso Interhospitalario de la Provincia de Corrientes.

Autores

(1) Jefe de Quirófanos y Cirujano del Servicio de Cirugía General I del Hospital J. R. Vidal - J.T.P. de la Cátedra de Cirugía General de Postgrado - Facultad de Medicina U.N.N.E. Corrientes.

(2) Médico de Guardia del Hospital J. R. Vidal.



Tomografía axial computada que confirma el tumor y sus dimensiones.

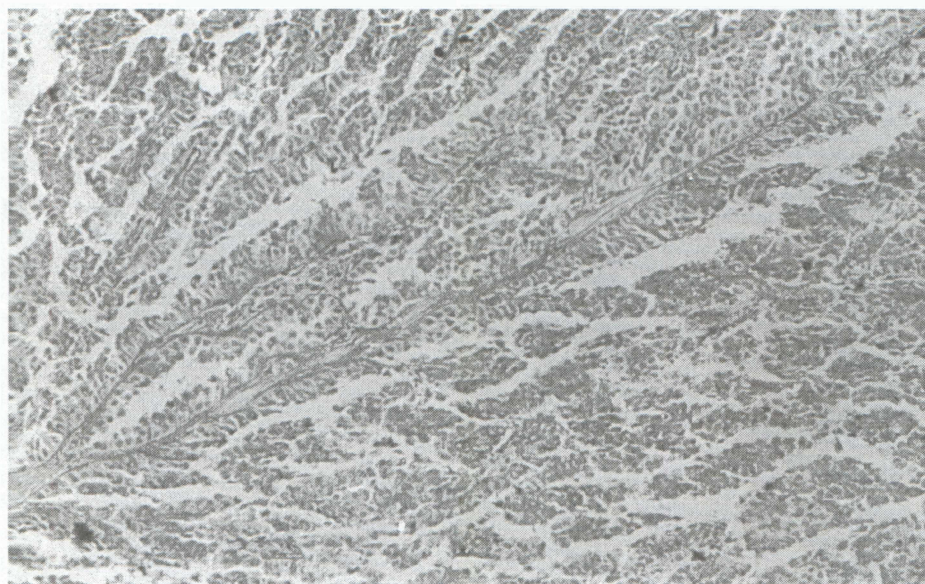
agudo concurrió a la Guardia del Hospital.

Ante aquel cólico biliar y antecedentes dispépticos, y con un examen clínico que no arrojó datos positivos, solicitamos los estudios complementarios habituales; la ecografía diagnosticó litia-

tumor que estaba bien encapsulado, preservando la indemnidad del colédoco retroduodenopancreático.

Cierre habitual con avenamiento.

Material de punción: positivo para malignidad.



Histología del tumor en la que se aprecian las proyecciones papilares con delgados ejes vasculares

sis vesicular y coledociana sin hacer mención de la patología pancreática. Realizamos una laparotomía paramediana derecha supraumbilical transrectal, hallando una colecistitis litiasica crónica, con el colédoco discretamente dilatado y una tumoración redondeada de 7 cm. de diámetro en la proyección de la cabeza del páncreas y haciendo cuerpo con ella, que rechazaba hacia delante la primera y segunda porciones del duodeno, duroelástica, con cierta movilidad longitudinal y sólida (punción intraoperatoria), con ausencia de metástasis y nódulos linfáticos. Practicamos una colecistectomía retrógrada con colangiografía que al dar imágenes dudosas, nos obligó a abrir longitudinalmente el colédoco, sin encontrar cálculos. Ostomía con tubo de Kehr.

Prevía maniobra de Kocher, con disección roma y a punta de tijera, conseguimos enuclear totalmente el

Informe histopatológico: proliferación epitelial atípica con estructuras bien definidas, tapizadas por una o dos capas celulares con citoplasma eosinófilo y núcleo redondo y oval. Hay áreas sólidas y otras que corresponden a un patrón microquístico. Diagnóstico: Carcinoma Papilar de Páncreas de bajo grado de malignidad.

Se inició quimioterapia postoperatoria con 500 mg. de 5 Fluorouracilo más 50 mg. de Leucovorina IV durante cinco días, ciclo que se repitió cada 28 días, completando un total de seis ciclos.

Resultados Obtenidos:

Buena evolución postoperatoria con colangiografías que mostraban la permeabilidad coledociana y reflujo al Wirsung. Cierre permanente del Kehr y extracción a los 50 días.

En 1994 una T.A.C. de control no reveló imágenes invasivas locorregionales.

En Febrero de 1996 es internada por tromboflebitis y úlcera varicosa, oportunidad en que un nuevo control tomográfico abdominal no evidenció alteraciones de importancia.

A dos años y ocho meses del tratamiento se halla clínicamente bien en lo que respecta a su patología pancreática, sobrellevando su enfermedad venosa.

Discusión:

Los tumores pancreáticos pueden clasificarse según su origen, como provenientes de las células ductales (90 %), de las acinares, de las mesenquimáticas y de origen incierto o desconocido, donde se ubicaría el CARCINOMA PAPILAR (CP), el que provendría de células inmaduras y totipotenciales¹⁻²⁻³⁻⁴.

Esta entidad nosológica del páncreas exocrino, conocida como "Tumor Quístico y Papilar del Páncreas", "Neoplasia Sólida y Papilar del Páncreas", o "Neoplasia Sólida y Papilar Epitelial del Páncreas", descrita por Franz en 1959³⁻⁵, es un raro y poco conocido tumor de bajo grado de malignidad, bien circunscripto y encapsulado⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹, formado por pequeñas células con citoplasma granular eosinófilo, configurando formaciones papilares y estructuras microquísticas con áreas de hemorragias y necrosis, siendo potencialmente multicéntrico¹⁰⁻¹¹⁻¹². Autores ingleses hablan de que los CP se ubicarían dentro del 0,25% de los "tumores raros" del páncreas, excluyendo a los endócrinos¹³.

Los CP son más frecuentes en mujeres jóvenes (95 % respecto de los hombres)¹⁴, presentándose con o sin sintomatología abdominal; algunos fueron hallados accidentalmente mediante colangiopancreatografía retrógrada, arteriografía, seriada gastroduodenal o sonografía intraoperatoria¹⁵⁻¹⁶, siendo los estudios de laboratorio y la determinación de la alfa fetoproteína irrelevantes.

Del 60 al 80 % de los tumores del páncreas tienen su localización en la cabeza de la glándula, con una reseca-bilidad que va desde el 5 al 15 %, y una mortalidad intraoperatoria que llega hasta el 20 % según las estadísticas. En la Clínica Quirúrgica de Mannheim, Heidelberg, en 15 años se realizaron 285 duodenopancreatectomías (80 % operación de Whipple y 20 % Totales) con 92 complicaciones severas y 42 relaparotomías. Mortalidad intraope-ratoria del 3,1 %¹⁷.

En el Hospital for Sick Children de Toronto, Canadá, en 20 años (1971 - 1991) se encontraron seis tumores de páncreas, tres eran CP, el tratamiento fue resección ampliada. Mortalidad: 0 %. Morbilidad: 50 %¹⁸.

Según literatura consultada, los CP fue-ron tratados con cirugía conservadora en un 30 %, con cirugía amplia en un 65 % y con radioterapia y/o quimiotera-pia en un 5 % por irresecabilidad¹⁹⁻²⁰⁻²¹.

Conclusiones:

Presentamos un caso de neoplasia pan-creática y su posterior tratamiento, con

algunas características que insistimos en remarcar:

- 1) Que se trata de un tumor muy poco frecuente en la literatura, el único en el Servicio y en la experiencia personal.
- 2) Que la conducta adoptada (cirugía conservadora y quimioterapia postoperatoria), con nula morbilidad, brinda la posibilidad de curación oncológica dada su baja malignidad.
- 3) Y que dicha conducta, es también poco frecuente, ya que la mayoría de los casos publicados fueron pasibles de resecciones quirúrgicas amplias, mientras que en el presente el tumor pudo ser enucleado totalmente dada su ubicación y completo encapsula-miento, preservando las funciones pan-creáticas y la indemnidad de la vía biliar principal.

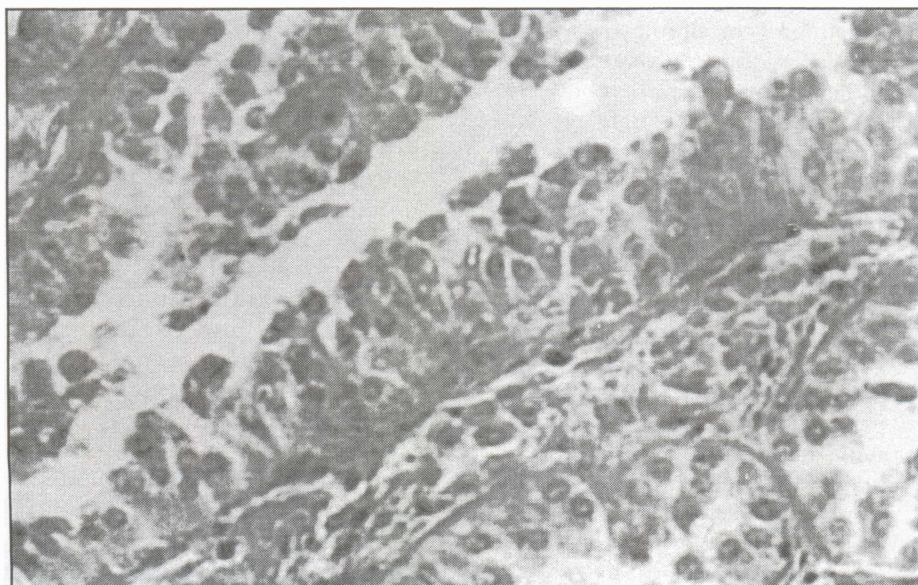
Resumen:

Se presentan historia clínica, estudios complementarios y tratamientos efec-tuados en un caso de tumor de cabeza de páncreas de bajo grado de maligni-dad, muy raro y muy poco conocido, como así también, su favorable evolu-ción hasta la fecha (32 meses), del que

fuera portadora una mujer de 48 años queconcurriera al Hospital "J.R. Vidal" de Corrientes en 1993.

Se trata de un carcinoma papilar del páncreas, también conocido como: "Tu-mor Quístico y Papilar" o "Neoplasia Sólida y Papilar" o "Neoplasia Sólida y Papilar Epitelial", el que fuera trata-do con cirugía conservadora y quimio-terapia postoperatoria, circunstancia poco frecuente (30 % de la literatura consultada) y con una evolución favo-rable, evaluada clínica y tomográfica-mente.

Hacemos notar la frecuencia baja del tumor y la terapéutica instituida, tam-bién poco frecuente, su nula morbili-dad y la posibilidad de curación a los cinco años.



Histología del tumor con mayor aumento, donde se observa el revestimiento epitelial. Células atípicas con núcleos hipercromáticos y citoplasma claro, dispuestas en capas.

Bibliografía:

- 1- SCHLOSNAGLEAND, D.C.; CAMPBELL, G. The papillary and solid neoplasm of the pancreas - Cancer (47): 2603-2610, 1981.
- 2- LACK, E. E.; LEVEY, R.; CASSADY, J.R.; VAWTER, G.F.. Tumors and exocrine pancreas in children and adolescents. Am.J. of Sur. Path. Vol. 7(4), 1983.
- 3- KUOT, T.; SU, I.J.; CHIEN, C.H.. Solid and papillary neoplasm of the pancreas - Cancer, (54): 1469 - 1474, 1984.
- 4- YAMAGUCHI, K.; MIYAGAHARA, T.; TSUNEYOSHI, M.; ENJOJI, M.; HORIE, A.; NAKAYAMA, Y.; TSUDA, N.; FUYII, H.; TAKAHARA, O.. Papillary cystic tumor of the pancreas: an immunohistochemical and ultrastructural study of 14 patients. Jnp. Clin. Oncol. 19(2): 102 - 111. 1989.
- 5- TAKAGI, Y.; NAKAO, S.; EIDA, K.; NOGUCHI, K.; COOMAGARI, K.; SIKAYA, T.; HYAKAWA, A.; TAKAHARA, O.. Two cases of papillary tumor of the pancreas. Gan. N° Rinsho. 31(13): 1737 - 1743, 1985.
- 6- FARMAN, J.; CHEN, C.K.; SCHULTZE, G.; TITCHER, J.. Solid and papillary epithelial pancreatic neoplasm: an unusual tumor. Gastroint. Radiol. 12(1): 31 - 34, 1987.
- 7- DOMINGUEZ COMESANA, E.; TUREGANO FUENTES, F.; SANZ SANCHEZ, M.; CAMACHO LOZANO, A.. Carcinoma papilar - cístico del páncreas: un tumor infrecuente con un pronóstico favorable. Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig. 76(2): 185- 187, 1989.
- 8- ROUQUETE, símbolo 73 \f «MS LineDraw» \s 12.; PARENT, M.; LECOMTE HOUCKE, M.; TRIBOULET, J.P.; DUPONT, A.. Tumeur papillaire et kystique du pancreas. Apropos d'une observation avec estude histologique, immunohistochimique et ultrastructurales. Ach. Anat. Cytol. Pathol. 39(1 - 2): 38 - 41, 1991.
- 9- PETTINATO, G.; MANIVEL, J.C.; GOULD, E.W.; RAVETTO, C.; DI TUORO, A.; JASZCZ, W.. Papillary cystic tumor of the pancreas. A clinicopathologic study of 20 cases with cytologic, immunohistochemical, ultrastructural and flow cytometric observations and a review of the literature (see coments). Am. J. Clin. Pathol. 98(5): 478 - 488, 1992.
- 10- CAMPELLARI, J.O.; GEISINGER, K.R.; ALBERTSON, D.A.; WOLFMAN, N.T.; KUTE, T.E.. Malignant papillary cystic tumor of the pancreas. Cancer. 66(1): 193 - 198, 1990.
- 11- STACHURA, J.; POPIELA, T.; PIETRON, M.; TOMASZEWSKA, R. ; KUIG, J. ; NOVAK, K.. Cytology of solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas. A case report. Diagn. Cytopatol. 4(4): 339-341, 1988.
- 12- ORLANDO, C.A.; BOWMAN, R.L.; LOOSE, J.H.. Multicentric papillary cystic neoplasm of the pancreas. Arch. Pathol. Lab. Med. 115(9): 958 - 960, 1991.
- 13- CHEN, J.; BITHUM, S.I.. Morphological study of 391 cases of exocrine pancreatic carcinoma. J. Pathol. 146(1): 17 - 29, 1985.
- 14- SCHROEDER, R.; CHESSEX, D.; GENTON, C.Y.; QUELOZ, J.. Tumeur papillaire et kystique du pancreas chez la jeune femme. Schweiz. Med. Wochenschr. 118(51): 1957 - 1961, 1988.
- 15- KLOTTER, H.J. y Col.. Exámen ultrasónico intraoperatorio en la cirugía del páncreas. Med. Al. XXVI (7): 647 - 666, 1985.
- 16- FRIEDMAN, A.C.; LICHTENSTEIN, J.E.; FISCHMAN, E.K.; DACHMAN, A.H.; SIEGELMAN, S.S.. Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas. Radiology. 154(2): 338, 1985.
- 17- TREDE, M.; SCWAL, G.. The complications of pancreatectomy. An. Surg. 201(10): 39 - 47, 1988.
- 18- JAKSIC, T.; YAMAN, M.; THORNER, P.; WESSON, D.K.; FILLER, R.M.; SCHANDLING, B.. A 20 year review of pediatric pancreatic tumors. J. Pediatr. Surg. 27(10): 1315 - 1317, 1992.
- 19- BERTOLINI, R.; COSTA, G.; CASELLI, A.; BROCATO, R.; MASSI, G.; MACARONE PALMIERI, R.; TUOSOLO, B.. Neoplasie rare del pancreas: il tumore papillare - cistico. Osservazioni a proposito di due case. Minerva Chir. 47(10): 929 - 933, 1985.
- 21- WARD, H.C.; LEAKE, J.; SPITZ, L.. Papillary cystic cancer of the pancreas: diagnostic