

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR

DR. CESAR A. ZUNIGA

REDACTORES:

RAÚL A. DURON M.

DR. EDGARDO ALONZO M.

DR. RODRIGO GUTIÉRREZ

Secretario Administrativo:

Dra. Eva Manheim

TEGUCIGALPA, D. C., HONDURAS, C. A. — APARTADO POSTAL No. 1

CONSIDERACIONES CLÍNICAS EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS

Por el Dr. EDGARDO ALONZO MEDINA (*)

El propósito de este trabajo es traer a la consideración de ustedes un tema que, aunque muy conocido, es siempre tema de actualidad. El diagnóstico clínico de cáncer de páncreas suele ser fácil en verdad, pero en la condición de que éste radique en la cabeza del órgano y que la invasión de la neoplasia afecte los conductos biliares directamente o estrechándoles en forma concéntrica, de manera que el paso de la bilis se vea comprometido, reproduciendo así el clásico síndrome de Ictericia Obstructiva. Quedan, pues, englobadas con una sintomatología atípica las localizaciones del cuerpo Y de la cola del órgano y de un cuarto a un tercio de las localizaciones de la cabeza. Oberling y Guerin (6) relatan 6 casos de 26 en los que el colédoco permaneció indemne. En sus primeros períodos la sintomatología suele ser vaga, poco precisa, pudiendo impresionarlos en las formas más diversas, hasta que surge uno u otro de los síntomas gruesos del Síndrome Coledociano (ictericia, prurito, acolia, coluria, etc.), que nos hace plantear firmemente la posibilidad de una localización neoplásica en el páncreas.

Estadísticamente, algunos factores son dignos de tomarse en cuenta por la posibilidad que representan en nuestro diagnóstico clínico:

(*) Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, C. A.

Edad: el carcinoma de páncreas afecta a la edad adulta y en especial a la vejez. (Cuadro N° 1).

CUADRO N° 1

Friedenwald y Cullen (1)		Futcher (2)		Oser	
Edad en años	N° de casos	Edad	N° de casos	Edad	N° de casos
21-30	1				
31-40	1	31-40	2	31-40	14
41-50	10	41-50	15	41-50	19
51-60	13	51-60	9	51-60	20
61-70	9	61-70	6	61-70	10
71-80	3	71-80	1	71-80	4
TOTAL casos ..	37	TOTAL casos ..	33	TOTAL casos...	67

Gravano (3) cita casos de carcinoma del órgano indiscutibles en jóvenes menores de 20 años y en niños de pocos años y aún de pocos meses de edad.

Sexo: Hay una marcada predilección por el sexo masculino. (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2

AUTORES	Cáncer en el hombre	Cáncer en la mujer	TOTAL de casos
Da Costa	24	13	37
Ancelet	102	59	161
Futcher	22	9	31
Beldt	35	21	56
Friedenwald y Cullen	25	12	37
Oberling v Guerin	27	15	42

(Estadística tomada de «Enfermedades del Páncreas»—L. Gravano)

Y un tercer factor estaría determinado por las afecciones anteriores del páncreas, en especial las pancreatitis crónicas, de acuerdo con la importancia que se atribuye a las lesiones inflamatorias crónicas en la patogenia del cáncer.

Hechas estas primeras consideraciones generales, vale resumir, o mejor dicho, definir que la sintomatología del Cáncer de Páncreas es «función de su extensión», es decir, *que* ésta dependerá fundamentalmente de la compresión o invasión de los órganos vecinos (colédoco, plexo solar, etc.), y como ya dijimos antes, cuando el proceso queda localizado en la glándula (sin provocar fenómenos de compresión) la sintomatología será insidiosa, atípica, indefinida.

Consideremos, en primer lugar, el caso de las neoplasias de la cabeza del páncreas, las que más ricas son en sintomatología, las que más frecuentemente se presentan y en las que solemos pensar más a menudo. Los trabajos clásicos nos dividen su evolución en dos etapas. La primera es bien poco aparente, de difícil precisión, de larga evolución. De la segunda etapa sólo haré mención por ser de todos muy conocida y de síntomas tan ostensibles que no escapan al diagnóstico corriente. Sin embargo, vale la pena puntualizar que el síndrome de ictericia obstructiva establecido plantea varias posibilidades diagnósticas y que no es remoto que a la intervención quirúrgica la ley de las probabilidades se vea frustrada:

Obsrv. N° 1, V. L., de 63 años de edad, nacionalidad china, comerciante, residente en Tegucigalpa. Síntomas principales: debilidad general y coloración amarilla de la piel y de las conjuntivas.

Relataba sintomatología rápidamente instalada que había comenzado con intolerancia a las grasas, astenia, náuseas y algunos vómitos alimenticios hasta que apareció la ictericia de carácter ostensible, coluria y muy pronto acolia. El hígado se palpaba a 4 traveses de dedo del reborde costal, redondeado, poco sensible, regular en su extensión. El laboratorio había confirmado la impresión de que se trataba de una ictericia obstructiva y se me llamó en consulta para ahondar en lo posible en el diagnóstico clínico. Se dispuso una laparoscopia, que fue informada así: «Hígado hipertrófico, violáceo, con gran estasis biliar, trazos conjuntivos en su superficie (¿cirrosis biliar?) Vesícula parcialmente visualizada, plena, de aspecto sano en su superficie, Impresión diagnóstica: Estasis biliar masiva por obstáculo coledociano de probable origen pancreático». Los tubajes duodenales habían sido infructuosos, la coluria muy intensa. Se dispuso intervenir con el objeto de hacer una Colecisto-Yeyunosotomía. La intervención demostró un Neo de las Vías Biliares en el Colédoco alto.

Nuestro error tuvo su explicación, ya que el cuadro clínico que presentó este paciente, según las probabilidades, era el de un Neo de Páncreas.

Volviendo a esa primera etapa de la sintomatología del neo de la cabeza del páncreas y que es la que deseo hacer más evidente, puedo afirmarles que en la actualidad estamos prácticamente desarmados para establecer un diagnóstico positivo de esa patología. Todo es impreciso. Veamos. El laboratorio nos da diversas formas de anemias, por lo general resistentes a los tratamientos instituidos. Los exámenes de materias fecales demuestran parasitosis, esteatorrea, o presencia de fibras musculares con persistencia de sus núcleos, que por otra parte se suelen presentar cuando la afección está avanzada. El estudio de la amilasa o de la lipasa sanguíneas da valores muy variables y de ninguna manera definitivos. La radiología puede ayudarnos cuando el volumen del órgano aumenta de tal manera que el «cuadro duodenal» se deforma y la superficie mucosa que le corresponde se alisa por la correspondiente compresión. El Signo de Frosberg o del 3 invertido, corresponde a localizaciones neoplásicas en la ampolla de Vater y se suele asimilar en la semiología radiológica del páncreas. Actualmente se hacen nuevos estudios para evidenciar, por otros métodos, el agrandamiento del órgano por la técnica de la tomografía con inyección de aire retro-peritoneal y neu-

moperitoneo, pero hasta ahora los resultados no han sido lo suficientemente demostrativos.

En resumen, podemos decir que probablemente sólo la experiencia clínica, «el ojo clínico», puede sospechar que «algo» de carácter poco tranquilizante se está elaborando en el interior de esa glándula profundamente situada y que es necesario vigilar muy de cerca, hasta formular un diagnóstico.

Obsrv. N° 2. —M. S. M. —Vista por primera vez en enero de 1955, de 48 años, sexo femenino, hondureña, de oficios domésticos, que me relató en su primera consulta sufrimientos de orden intestinal, inapetencia y pérdida de peso. Los exámenes de **materias** fecales en aquella oportunidad fueron positivos por amebiasis activa, ascárides y lamblías intestinales. Fue tratada convenientemente y mejoró, pero siempre persistía la inapetencia y moderado grado de astenia. Se continuó un **tratamiento** reconstituyente y antianémico, ya que se había comprobado igualmente cierto grado de anemia e hipocromía. Después de tomarse unas vacaciones en el campo, regresó en iguales condiciones y se decidió internarla por primera vez en La Policlínica, en donde volvió a comprobarse anemia de 3.200.000 rojos, 17.500 blancos, 60% de hemoglobina. En heces, histolítica activas y lamblías. Para entonces comenzaba a revelarse un nuevo síntoma: diarrea, que prácticamente no desapareció más que en algunas ocasiones. Los medicamentos antiamebianos por vía oral fueron muy mal tolerados, dosis aun epicríticas le aumentaban la diarrea y sólo 3os medicamentos bismutados lograban mejorarla. Al dársele el alta se había logrado alguna mejoría. Un mes más tarde tuvimos que internarla nuevamente y esta vez para hacerle transfusiones sanguíneas y administrarle sueros, pues su estado era cada vez más inquietante. Salió en igual estado y se le trató a domicilio, obteniéndose algún éxito, hasta que un día apareció la ictericia, instaurándose lentamente y acompañada de fiebre. Los tubajes duodenales fueron positivos. El colesterol estaba aumentando a 327 mrs. % y el índice icterico era 83 unidades, Hanger + 3 a las 48 h. El estudio radiológico gastro-intestinal fue negativo por lesión orgánica. RX pulmonar: «Elementos infiltrativos son visibles en el área subclavicular derecho, algunos de éstos de aspecto fibroso». Consultados los tisiólogos, fueron de opinión de que se trataba de algún proceso antiguo y se recomendó observarla algún tiempo después.

En este estado fue trasladada al Hospital General San Felipe, en donde fue motivo de discusiones interesantes, ya que existía la **posibilidad** de que esa ictericia fuese parenquimatosa post-transfusional; pero un dato fue entonces de importancia capital: un nuevo tubaje con control radiológico no logró obtener líquido biliar y la acolia se hizo evidente. Al examen físico se palpó el hígado grande y el fondo de la vesícula apreciable a la palpación. Nuestro diagnóstico de cáncer de cabeza de páncreas fue comprobado en la **intervención**. (**Informe** anatomopatológico: carcinoma de cabeza de páncreas y pequeño trombo neoplásico de hígado). Se le practicó una colecistostomía, sobreviviendo dos meses más.

Otro aspecto clínico que puede llevarnos a un diagnóstico erróneo, es aquel cuando el comienzo es brusco, iniciado en forma de cólico hepático y que después de algunas alternativas se instala en forma de ictericia de retención cada vez más ostensible.

Un caso muy demostrativo de esta toma clínica fue el siguiente:

Observación N^o 3. —Doña A. v. de F., de 68 años, oficios domésticos, vecina de La Ceiba. Me consulta por primera vez el 14 de octubre de 1954, relatando una vaga historia de trastornos diarreicos fétidos, ligeramente espumosos, pérdida de peso que data de un mes. Además, y a ello obedeció su consulta, dolor epigástrico que se irradiaba al hipocondrio derecho, de carácter intenso y que la obligaba a buscar posiciones antiálgicas en cama. Al examen físico se encontró subictericia generalizada, de conjuntivas, H. D. doloroso suavemente. La palpación fue difícil, pero se apreciaba a unos 4 traveses de dedo el reborde hepático con una tumoración redondeada de apariencia vesicular. Se le administraron antiespasmódicos y dos días después fui llamado de urgencia, pues vino una nueva crisis dolorosa, esta vez acompañada de escalofríos y fiebre. Los exámenes de laboratorio mostraron lo siguiente: recuento globular y fórmula sanguínea: normales. B. S. P. con 15% de retención a los 45 minutos. Hanger: 0. Colesterol: 225 mgrs. índice Ictérico: 47 U. Orina: Pigmentos Biliares + 3.

Se decidió internarla en la Casa de Salud El Carmen, 3 días después de su primera consulta y se instaló allí fiebre en grandes agujas de tipo bilio-séptico, que se logró sofocar sólo después de varios días con terramicina intramuscular y otros antibióticos. Algún tiempo después, los exámenes de laboratorio mostraron que el síndrome obstructivo se hacía más intenso: Colesterol: 275 mgrs. índice Ictérico: 60 U. y 60% de retención de B. S. P. No se hizo colecistografía debido a su ictericia cada vez más creciente. Después de interconsulta, se decidió intervenirla.

Mi primera impresión había sido de que esta enferma padecía de una calculosa vesicular y que sus crisis dolorosas correspondían a migraciones calculosas. La fiebre de grandes agujas también estaba en favor de dicha impresión (no es frecuente que la Ictericia Obstructiva por Neo de Páncreas dé este tipo de hipertermias). Pero la evolución de la enfermedad por espacio de 20 días en que la observamos, la ictericia masiva que llegó a poseer, la falta de bilis en los tubajes que en repetidas ocasiones intentamos, nos hicieron cambiar nuestra opinión y que la intervención quirúrgica demostró. Desgraciadamente, el único nódulo metastásico que se tomó de la cara superior del hígado no fue demostrativo al examen histopatológico. La tumoración del páncreas era muy evidente, el colédoco enormemente dilatado. Se le hizo una colecisto-yeyunostomía y la enferma mejoró. Sólo la astenia y la pérdida de peso fueron persistentes. Tres meses después falleció cuando comenzaba a sufrir dolores intensos.

Otro caso interesante que he tenido ocasión de estudiar fue el siguiente:

Observación N^o 4. —Sra. R. O. v. O., de 62 años, oficios domésticos, a quien había visto en francas crisis de cólico hepático y con accesos febriles precedidos de escalofríos. Poco tiempo antes de su hospitalización se había presentado ictericia, que fue haciéndose más y más evidente. Cuatro tubajes duodenales dieron abundante bilis, hasta que en el próximo intento no se obtuvo más. Los exámenes de laboratorio demostraron anemia cuantitativa hasta de 2.900.000 de glóbulos rojos, en el tercer recuento. La leucocitosis fue desde 9.400 hasta 17.300, antes de decidir la intervención. Siempre la fórmula de blancos dio neutrofilia hasta de 91%. El colesterol estuvo en 280 mgrs. Hanger, positivo + 2 y -f- 3 a las 48 h. Se le intervino con el diagnóstico de Calculosis coledociana. Se encontró el colédoco dilatado, una vesícula distendida y

un nódulo de pequeño tamaño en la cabeza del páncreas; sin embargo, al irrigar el colédoco hubo pasaje del líquido al duodeno. Se quitó la vesícula y se dejó un tubo en T en el colédoco. El post-operatorio fue bueno, pero la acolia fecal fue persistente. Dos estudios radiológicos demostraron impermeabilidad del colédoco. El segundo, efectuado con radiomanometría a fuerte presión, no logró pasar absolutamente nada de la substancia opaca (Fig¹. N* 1). Esto es muy demostrativo de cáncer de páncreas en semiología radiológica. Fue entonces reintervenida con el objeto de hacer una derivación biliar (colédoco-yeyunostomía), que fue efectuada con éxito y se tomó una biopsia del tumor visto en la primera intervención. El informe anátomo-patológico fue el siguiente: «Tres fragmentitos, entre los cuales hay uno blanquecino y sólido con aspecto macroscópico de páncreas y otros de aspecto fibroso y edematoso. De inmediato se observa que el tejido pancreático conserva su estructura histológica normal, solamente se nota la presencia de algunos vasos repletos de elementos hemáticos, entre los cuales hay algunos polinucleares. En el tejido conjuntivo próximo hay infiltrados hemáticos y abundante polinucleares, células del peritoneo, algunas con núcleos hipertróficos y edematosos. No podemos descartar totalmente una neoplasia, pero no creemos haya nada dependiente de páncreas. Resumen: Proceso inflamatorio agudo de la zona pancreático-duodenal».

Han pasado 7 meses de la intervención. La anastomosis colédoco-yeyunal

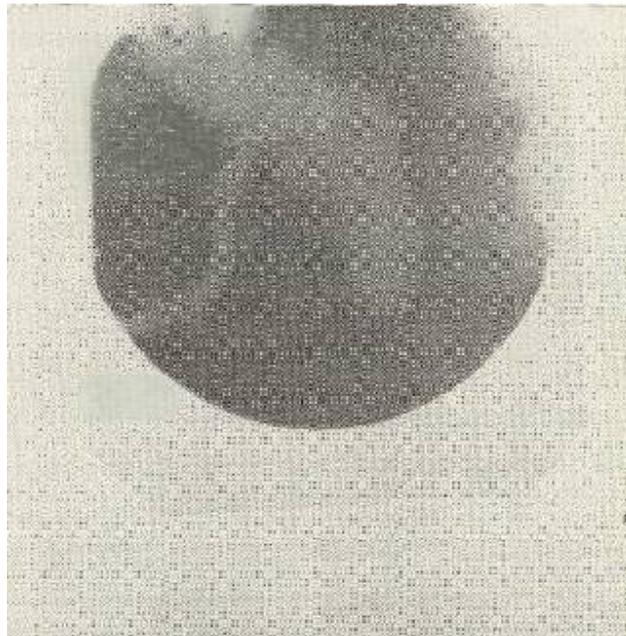


Fig. N° 1 — Imagen radiomanométrica a 50 cms. de presión. Colédoco enormemente dilatado con detención brusca a nivel de la cabeza del páncreas. No se logró ningún pasaje al duodeno

ha trabajado correctamente y la paciente se encuentra en magníficas condiciones.

Este caso es muy demostrativo de cómo y hasta dónde es posible incurrir en diagnósticos erróneos.

Con relación a las localizaciones neoplásicas del cuerpo y de la cola del páncreas, podemos englobar su sintomatología en dos grupos: el primero, del que ya he hablado, y que consiste en toda esa sintomatología vaga consistente en anorexia, pérdida de peso, astenia, nerviosismo, dispepsia a las grasas, anemias irreversibles, cuadro sintomático este que, por oír parte, puede prolongarse durante un lapso grande de la evolución de la enfermedad.

El segundo grupo consiste en un síntoma equivalente en importancia a la ictericia en las localizaciones de la cabeza: es este el dolor. Dolor que adopta diversos aspectos, ya es un dolor post-prandial que aparece de 15 a 30 minutos después de comer, o bien se acompaña de plenitud gástrica y digestiones tardías, o se trata de un dolor continuo, sordo, grave, que el enfermo localiza en el epigastrio, algunas veces perfectamente localizado allí o con leves irradiaciones al dorso. Otro carácter del dolor, es el de manifestarse violentamente en forma de crisis paroxísticas análogas a las crisis de los tabéticos y que son condicionadas por la irritación del plexo solar. Estas crisis pueden aparecer sin causa aparente o bien después de las comidas, inmediatamente ó 3 ó 4 horas tras la ingestión de alimentos. La posición en decúbito-dorsal los provoca, por lo que los pacientes temen acostarse adoptando la posición «en gatillo de fusil», o levantándose para contrarrestar o mitigar el dolor. Mondiere (5) describe una forma extraordinariamente violenta que denomina forma anginosa, durante la cual el paroxismo es tan intenso que «el enfermo queda inmóvil, pálido, ansioso y aterrado por la sensación de muerte inminente».

Las irradiaciones del dolor son variables, la mayoría de las veces a la espalda, a la altura de la duodécima vértebra dorsal y primera lumbar, también hacia la parte anterior del tórax o hacia la parte inferior del abdomen, deteniéndose en el pubis o en los órganos genitales, o bien extendiéndose a ambos miembros inferiores, siendo muy rara la irradiación al hipocondrio derecho. La frecuencia del dolor va aumentando en relación a la progresión de la enfermedad, presentándose especialmente por la noche, algunas veces con carácter horario y favorecidos por el decúbito dorsal. Durante las crisis hay intolerancia gástrica absoluta y con frecuencia, vómitos alimenticios, hipo o estado de angustia más o menos acentuado.

Lanceroux (4) describió la melanodermia en el carcinoma de páncreas, consistente en una pigmentación cutánea semejante a la de los addisonianos y de aspecto más evidente en la región epigástrica.

El siguiente caso que relato ha sido de mucho interés:

Observación N* 5. —Enfermo J. C. A. estudiado en el Hospital General San Felipe, de 64 años, masculino, carpintero, del Departamento de La Paz, internado el 18 de noviembre de 1955. Su síntoma principal era dolor y ardor en el estómago. Hacía 4 meses que había comenzado su enfermedad con dolor

cada vez más intenso en el estómago, pre y post-prandial. Por las noches le era más frecuente, impidiéndole dormir. En esta época el dolor era de carácter lancinante y con irradiación a la espina dorsal. El aspecto del paciente era bueno en general, ligeramente pálido, robusto, aunque afirmaba haber perdido algo de peso. No ictericia, no coluria ni trastornos a la defecación. El examen físico fue prácticamente negativo. El epigastrio era moderadamente doloroso a la palpación profunda y flanco izquierdo. El examen radiológico gastro-duodenal, que yo mismo redacté, fue el siguiente: Fig. N° 2, estómago en cascada.

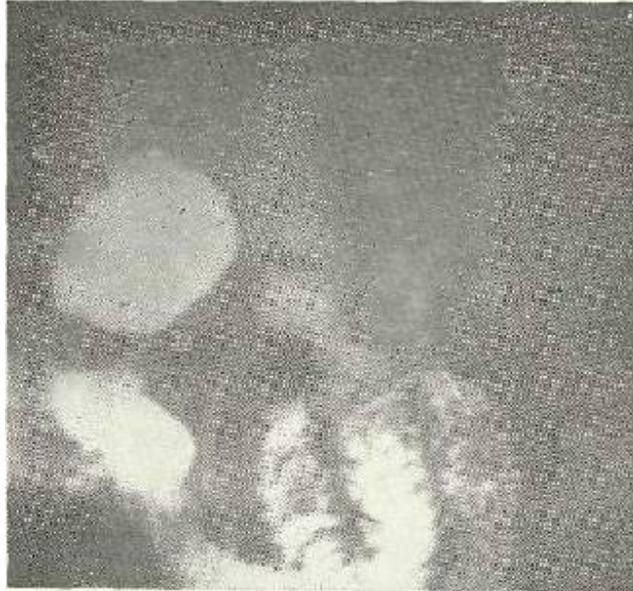


Fig. N° 2 — Estómago en cascada con estrechez marcada en su porción media. A pesar de las maniobras de compresión y modificadores de comportamiento (morfina), no se logró modificar la imagen: Diag. radiológico: Neoplasia de la porción medio-gástrica

Fluoroscópicamente se aprecia el llene de la porción izquierda de dicha cascada y desborde a la porción siguiente. Radiológicamente, la división de las dos porciones se hace a través de un desfiladero que nos induce a pensar en la presencia de una neoplasia de la región medio gástrica que hubiera deformado el estómago en cascada. Deberá hacerse gastroscopía a este paciente.

El 1º de diciembre de 1955 se practicó una gastroscopía: «Examen efectuado sin dificultad. Visión mediana debido a mucosidades adheridas al lente. Dificultad de interpretación debido a la anarquía anatómica (estómago en cascada), pero se aprecia en la curvatura mayor, violentos mamelones de color rojo intenso que avanzan hacia la luz gástrica. Impresión diagnóstica: mamelones neoplásicos probablemente carcinomatosos o bien debidos a gastritis crónica hiperplásica».

Este enfermo fue operado, encontrándose un tumor del cuerpo y cabeza

del páncreas, el estómago levantado por compresión extrínseca posterior. El colédoco de tamaño normal. Se le hizo una colecisto-yeyunostomía preventiva para evitar la instalación posterior de un síndrome obstructivo coledociano.

He aquí el informe anátomo-patológico N* 3121: Adeno-carcinoma (tipo ductal) del páncreas.

Los dolores fueron en progresión hasta su muerte, un mes después, presa de grandes sufrimientos.

Tengo en mi experiencia otro caso más:

Observación N* 6. —A. B., sexo femenino, atendida en La Policlínica, en la que no pudo haber comprobación, quirúrgica pero que clínicamente había reproducido el síndrome coledociano, sin ningún otro síntoma aparente. Al examen físico se lograba palpar perfectamente la vesícula biliar y en el epigastrio un tumor de pequeño tamaño hacia la región pancreático-duodenal. La ictericia fue masiva hasta el final, permaneciendo en estado de coma por espacio de 20 días.

CONSIDERACIONES

Este trabajo es una combinación de conceptos clínicos teóricos y de algunas experiencias que he tenido en el ejercicio de mi especialidad. He creído que exponer mis errores diagnósticos será de beneficio para nuestra colectividad y para mí mismo, ya que su mejor conocimiento nos pondrá en guardia para un mejor diagnóstico clínico, máxime que como se habrá notado, varios de los casos tratados presentaban realmente una sintomatología fácil de conducirnos a error. Es por ello que he querido remarcar su importancia haciéndolos de su conocimiento, recordándoles sus formas clínicas y el curso que éstos presentaron durante su observación.

REFERENCIAS

1. Friedenwaldo and Cullen. Carcinoma of the Pancreas. Clinical observations. The Annls. Jour of Medicáis Sciences 176; 31:41 — X928.
2. Futcher G. Cit. de Gravano. Enf. del Páncreas, Ed. Ateneo — 1941.
3. Gravano L. Enfermedades del Páncreas, Ed. Ateneo, Buenos Aires — 1941.
4. Lancerau J. Cit. de Carolí. Maladies Du Foie et du Páncreas. Ed. Doin — 1943.
5. Mondiere: Cit. Gravano L. «Enfermedades del Páncreas», Pág. 229, Editorial El Ateneo, Buenos Aires — 1941.
6. Oberling Ch. et Guerin M. Cáncer du Páncreas. Ed. Doin Paris — 1935.