

Cáncer de Páncreas

Guido Miranda G. *
Franklin Benavides E. ***

Carlos Arguedas Ch. **
Fernando Alvarado A. ****

Los síntomas y signos del carcinoma primario de páncreas son tan larvados que para el diagnóstico temprano se ha buscado ayuda en diversas formas. Nos han interesado en especial las últimas comunicaciones bibliográficas que hacen hincapié en la relación existente entre el carcinoma de páncreas y la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono. (2-4-5) Ha sido nuestro propósito analizar retrospectivamente los hallazgos en los que a niveles de glicemia se refiere en el presente material recopilado. Richard Bright, (6) ya en 1883 describió un paciente de 49 años quien presentó diabetes sacarina en marzo de 1827, sufrió ictericia 6 meses más tarde y murió en marzo de 1828; la autopsia practicada reveló un cáncer de páncreas. H.L. Bockus, (1) en su tratado de Gastroenterología señala que el cáncer del páncreas ocurre en el 1.76 a 2% de todos los tumores malignos. En términos generales, inicia su aparición a partir de los 40 años y su frecuencia en estudios necrópsicos es del 0.5 al 0.75%. En una estadística efectuada en Estados Unidos en 1957, de 253.183 muertes por cáncer, correspondieron 12.349 al carcinoma de páncreas. J. Nasio (3) señala que la edad más frecuente de su aparición es entre la sexta y séptima décadas de la vida. Robbins (7) enfatiza que los carcinomas de cuerpo y cola de páncreas evolucionan con hiperglicemias, glucosurias y curva de tolerancia a la glucosa de tipo diabético. En la revisión de casos clínicos con diagnóstico de carcinoma primario del páncreas, efectuada en la Sección de Medicina del Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, entre los años de 1952 a 1966, se encontraron 26 casos, en 15 de los cuales se practicó estudio necrópsico y 11 fueron laparatomizados. (Cuadro 1). De los 26 casos, se hizo estudio histológico en 20. En los 6 restantes no se tomó biopsia; sin embargo, las descripciones de los cirujanos son terminantes para Neo de páncreas. La histología demostró 17 adenocarcinomas y en 3 el carcinoma fue indiferenciado. La frecuencia en cuanto a la edad, reflejó gran predominio en la sexta y séptima décadas, siendo la edad mínima de 47 años y la máxima de 84 años. Con respecto al sexo: 23 pertenecieron al masculino y 3 al femenino. En esta revisión la relación de 8 : 1 es desproporcionada y nos lo explicamos por el predominio en la población asegurada del sexo masculino. En el cuadro clínico se establecieron datos importantes: la ictericia estuvo presente en 16 casos, lo que representa un 61.5% y en 10 casos no se presentó, 38.5%. La localización del tumor en los casos en que hubo ictericia fue la siguiente: 8 estaban localizados en la cabeza, 3 en cabeza y cuerpo, en 3 la invasión del páncreas era total y en dos situados en el cuerpo había metástasis a hígado e invasión del hilio hepático. En los casos en que no hubo ictericia, 2 correspondieron a la cabeza, 3 al cuerpo, 3 al cuerpo y cola, 1 en la cola y en el otro la invasión del páncreas era total. El

* Jefe Sección de Medicina, Hospital México.

** Asistente Medicina Interna, Hospital México.

*** Asistente Gastroenterología, Hospital México.

**** Asistente de Patología, Hospital México.

presente en 19 casos, revistiendo los caracteres más atípicos, desde el leve dolor sordo, hasta el dolor tipo transfixivo localizado siempre a hemiabdomen superior. El signo de Courvoissier Terrier se encontró en 8 casos de los 16 que tuvieron ictericia, o sea, el 50%; 7 estaban localizados en la cabeza y 1 en el cuerpo. La anemia se presentó en 20 casos y sus cifras fueron fluctuantes. El grupo sanguíneo efectuado en 13 casos, mostró que 5 eran grupo A., 5 grupo O., uno AB. y 2 B. Es importante señalar que la serie gastroduodenal efectuada en 11 casos, demostró en 5 de ellos alteración ya por deformación, o compresión sobre bulbo y arco duodenal, no encontrándose abertura o signo del tres invertido del arco duodenal en ninguno de los 11 casos. Nota aparte merece el fenómeno de tromboembolismo periférico, mencionado con frecuencia en los textos, el cual no se hizo presente en ninguno de los 26 casos. En el laboratorio se buscaron bilirrubinas, fosfatasa alcalina y glicerina. La bilirrubina total se situó a niveles caprichosos, desde 2.8 mgrs. como mínimo a 36.6 mgrs. como máximo (16 casos). La fosfatasa alcalina se elevó en 17 casos oscilando entre 5.7 a 39.6 U. B., correspondiendo a un 65.3%. Aunque la determinación de los niveles de glicemia y la prueba de tolerancia a la glucosa no se realizaron en forma sistemática u orientada, se practicó en 18 casos de los cuales 11 mostraron hiperglicemias que oscilaron entre 123 y 406 mgrs., con promedio de 209 mgrs. Sólo uno tuvo curva de tolerancia a la glucosa y resultó de tipo diabetoide, o sea, un total 12 casos de los 18 recopilados tuvieron alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, lo que representa un 66.6%. Los 6 restantes fueron normoglicémicos, aunque en ellos no se efectuó curva de tolerancia a la glucosa.

COMENTARIO:

Se revisaron 26 casos de carcinoma primario de páncreas. En cuanto a la edad se refiere, se corrobora la mayor incidencia entre la sexta y séptima décadas de la vida. Se está de acuerdo con el predominio hacia el sexo masculino; sin embargo, en esta revisión la relación está muy acentuada, lo cual se debe al predominio del sexo masculino de la población asegurada. En 18 casos se efectuaron glicemias y una curva de tolerancia a la glucosa, encontrándose en 12 (66.6%) alteración del metabolismo de los hidratos de carbono. Este hallazgo viene a mostrar lo ya mencionado por otros autores y se hace énfasis en la importancia que tiene en el diagnóstico de este padecimiento, máxime en aquellos pacientes arriba de los 40 años y situados en la sexta a séptima décadas de la vida, cobrando más importancia en aquellos pacientes que no tienen antecedentes diabéticos. La biotipología referente al grupo sanguíneo, no dio en nuestra casuística un predominio franco del grupo A, como ha sido mencionado por otros autores. La normoglicemia de rutina no descarta la posibilidad de que haya trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono y es necesario efectuar en ellos la curva de tolerancia a la glucosa. Creemos, entonces, que la asociación entre la carcinoma de páncreas y alteración en la regulación del nivel de glicemia, ha dejado de ser una mera coincidencia y debe ser buscada en todo paciente que se plantee el diagnóstico de carcinoma de páncreas. Para estudios futuros la prueba de la tolbutamida endovenosa y la duodenografía hipotónica, que ya hemos comenzado a efectuar, pueden ayudar a precisar más el diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA:

1. BOCKUS, H.L.
Gastroenterology. W.B. Saunders Company, Philadelphia,
1965. P. 1021 - 1045.
 2. BERKOWITZ, D.; Greenberg, L. y Glassman, S.
The intravenous tolbutamide test as a diagnostic aid in carcinoma of the pancreas.
Am. J. Med. Sci. 243 : 228 - 232 (Feb.), 1962.
 3. NASIO, J.
Tratado de Gastroenterología.
Salvat Editores, S.A. Madrid, Barcelona. P.850. 1962.
 4. NUGENT, F.W.; Hoffman, D.E.
Páncreas y Enfermedades Generales.
Clínicas Médicas de Norte América. P.449 - 459. Marzo 1966.
 5. MURPHY, R.; Smith, F.H.
Metabolismo Anormal de Carbohidratos en el Carcinoma Pancreático.
Clínicas Médicas de Norte América. P.397 - 405. Marzo 1963.
 6. POUS, A. P.
Tratado de Patología y Clínicas Médicas.
Salvat Editores, S.A. Barcelona, Madrid. P.1031-1039. 1964.
 7. ROBBINS, S.L.
Tratado de Patología.
Editorial Interamericana S.A., México D.F. P.765-783. 1963.
-