

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"DR. AGOSTINHO NETO"  
GUANTANAMO CUBA.

## TUMOR DE COLA DE PANCREAS. INFORME DE UN CASO.

*Dra. Inés Luisa Fernández Fernández<sup>1</sup>, Dra. Zulma Luisa Barrera Jay<sup>2</sup>, Dra. Edixis Riverón Núñez<sup>2</sup>, Dr. Midael Gámez Columbié<sup>3</sup>.*

### RESUMEN

Se informa sobre el caso de una paciente que acude al médico por presentar dolor punzante en la región del hipocondrio izquierdo después de trastornos menstruales. Se indican estudios propios para valorar el caso y se diagnostica un tumor de cola de páncreas.

**Palabras clave:** NEOPLASMAS PANCREATICOS/epidemiología.

### INTRODUCCION

El carcinoma de páncreas denota el cáncer que nace de la porción exocrina de la glándula, por criterios desconocidos casi todos comienzan en el epitelio de los conductos, y aunque no son frecuentes entrañan una mortalidad alta, que causa alrededor del 6 % de la mortalidad por neoplasia en los Estados Unidos y ocupan un sitio destacado entre los tipos mortales de cáncer. Estos tumores malignos tienen gran importancia por su carácter silencioso.

Generalmente, aparecen entre el 6to, 7mo y 8vo decenio de la vida, aunque el 10% de los pacientes tienen edades mucho menores.

---

<sup>1</sup> *Especialista de II Grado en Imagenología.*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en Imagenología.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en MGI.*

El cáncer puede aparecer en cualquier sitio del órgano, pero en todos los estudios se advierte una distribución bastante constante; a saber: cabeza de páncreas, de 60 a 70 %, cuerpo de páncreas, 20 a 30%, y cola de páncreas, 5 a 10 %. En algunos casos el tumor se ha propagado tan ampliamente que impide precisar el sitio de origen.<sup>1-3</sup>

La situación clínica de estos tumores varía con la ubicación de la neoplasia; así pues, cuando éstos son de la cabeza del páncreas, pueden descubrirse cuando aún son pequeños y antes de que hayan presentado metástasis extensas; en cambio, los de cuerpo y cola del páncreas pueden crecer silenciosamente durante largo tiempo y manifestarse sólo por extensión a estructuras adyacentes; suelen ser voluminosos, duros e irregulares, y borran por completo la cola y el cuerpo; en casos raros alcanzan de 10 a 15 cm de diámetro y se palpan con facilidad.

El estudio microscópico advierte la misma citoarquitectura en dependencia de su situación. Es raro que el tumor de cuerpo y cola se extienda hasta la cabeza del páncreas y ataque vías biliares y duodeno.

En los últimos años existe un aumento en su incidencia, que mucho se debe al descenso en la incidencia del cáncer del estómago; se desconocen los factores causantes, aunque se señala que los fumadores tienen mayor riesgo de padecer de cáncer de páncreas. En el pasado el cáncer del páncreas era más frecuente en hombres; hoy en día las estadísticas señalan lo contrario, lo que, probablemente, se deba al aumento del uso del tabaco por parte de las mujeres. La incidencia entre la población de raza negra supera la observada en la población blanca.<sup>2-4</sup>

Según lo anteriormente señalado nos motivamos a presentar este caso por su escasa frecuencia y su forma insidiosa de manifestarse.

## **INFORME DEL CASO**

Paciente M.E.S.B., del sexo femenino, 48 años, raza negra, de ocupación profesora de enseñanza politécnica, acude al médico, por presentar desde un mes atrás, aproximadamente, dolor punzante en la región del hipocondrio izquierdo; aparecen después trastornos menstruales, dados principalmente por baches amenorreicos.

Examen físico:

Mucosas: húmedas hipocoloreadas.

Auscultación cardiorrespiratoria: nada a señalar.

Mamas: negativo

Abdomen: Algo globuloso; se palpa tumoración de contornos discretamente irregulares, no bien delimitada en hipocondrio izquierdo y en la región de hipogastrio se palpa tumoración de contornos irregulares en relación con el útero.

Exámenes de laboratorio:

Hb 100 g/l

Glicemia: normal

Colesterol: normal      Orina: normal

Por esa sintomatología el médico de asistencia indicó estudio de ultrasonido abdominal, en el cual se informa:

Tumoración sólida, de características no homogéneas, aparentemente bien delimitada, que impresiona proyectarse en el polo superior del riñón izquierdo. Riñón derecho, sin alteraciones aparentes.

Vesícula sin imagen de cálculo, hígado con imágenes nodulares hipodensas de tamaño variable, que afectan principalmente el lóbulo izquierdo.

En este informe no se describe el páncreas.

En la región del hipogastrio describe: útero miomatoso nodular e impresionó que, además, existía una tumoración sólida de baja ecogenicidad en la fosa iliaca derecha.

Estos hallazgos ultrasonográficos llevan a indicar otros exámenes imagenológicos complementarios y se comenzó realizando estudio de colon por enema para determinar la tumoración de fosa iliaca derecha; se interpreta éste como signo de compresión extrínseca del ciego y apertura del ángulo esplénico del colon. Además, se indica estudio radiográfico de esófago, estómago y duodeno, que informa: discreta dilatación de la porción distal del esófago, estómago moderadamente comprimido y desplazado a la derecha, ángulo duodeno-yeyunal desplazado hacia abajo, que aporta los signos radiológicos de compresión por tumoración de cola de páncreas.

Se repitió el estudio de ultrasonido, con el que se consigue delimitar bien el riñón izquierdo, y se excluye que la tumoración en cuestión estuviera en relación con éste. En esta ocasión se visualiza bien el páncreas, y se observa una tumoración sólida, de superficie irregular, grande, de aproximadamente 10 cm, con áreas de menor y mayor ecogenicidad, que ocupa la cola y parte del cuerpo.

Se realizó tomografía computarizada que informa: tumoración que ocupa cuerpo y cola del páncreas, hígado con imágenes metastásicas, útero con múltiples miomas calcificados.

Se realizó punción aspirativa con aguja fina, de la que informa el patólogo: positivas de células neoplásicas. Patrón citológico polimorfo de células grandes anaplásicas con nucléolos, que sugiere adenocarcinoma.

## **DISCUSION DEL CASO**

Entre las enfermedades pancreáticas y de acuerdo con la sintomatología por el examen físico de la paciente, no es planteable pancreatitis aguda o crónica, porque estas entidades cursan, la primera, con un cuadro agudo de vómitos, dolor abdominal en hemiabdomen superior que generalmente se irradia en barra, y los hallazgos sonográficos están dados por aumento del tamaño de la glándula pancreática con disminución de su ecogenicidad, que puede o no tener pseudoquiste. La pancreatitis crónica tiene un cuadro más insidioso, dado principalmente por trastornos digestivos y diarreas; en el ultrasonido se observa páncreas aumentado difusamente, con una ecogenicidad disminuida y presencia de calcificaciones, sin otras manifestaciones de interés.<sup>1,5-7</sup>

Desde ese punto de vista, la tumoración que se localizó en hipocondrio izquierdo, hizo pensar en la encrucijada: riñón izquierdo, glándula suprarrenal, bazo y cola de páncreas. Inmediatamente, se pensó en una tumoración del riñón, pero con un examen minucioso se llegó a la conclusión de que estaba ubicada en la cola del páncreas y que, además, tomaba parte del cuerpo, por lo que se planteó como diagnóstico final la tumoración maligna de cola y cuerpo del páncreas.<sup>1,8-10</sup>

Por ultrasonido se recoge según su localización: En la cabeza se traduce como una masa de mayor o menor ecogenicidad de contornos irregulares; aparece dilatación del conducto pancreático principal, vesícula y vías biliares intra y extrahepáticas.<sup>10,11</sup> En la clínica aparece ictericia de forma generalmente indolora.

Si afecta el cuerpo, a veces el síntoma principal es el dolor, que a menudo se irradia en barra, en dependencia de la intensidad del grado de infiltración del plexo; los de cola, a menudo, ocupan gran tamaño antes de que aparezcan los síntomas y signos, que la mayoría de las veces son vagos.<sup>11,12</sup>

La paciente cuyo caso motivó este informe presentó síntomas y tumor palpable cuando éste ya había alcanzado un tamaño considerable, en coincidencia con los hallazgos ultrasonográficos y de la clínica referida por este tipo de tumor.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La paciente que motiva la presentación de este caso llegó con buen estado general, sin manifestaciones que hicieran pensar en algún proceso de naturaleza maligna, por lo que constituye un hallazgo lo descrito en los resultados de los exámenes imagenológicos que se señalan en el informe del caso.

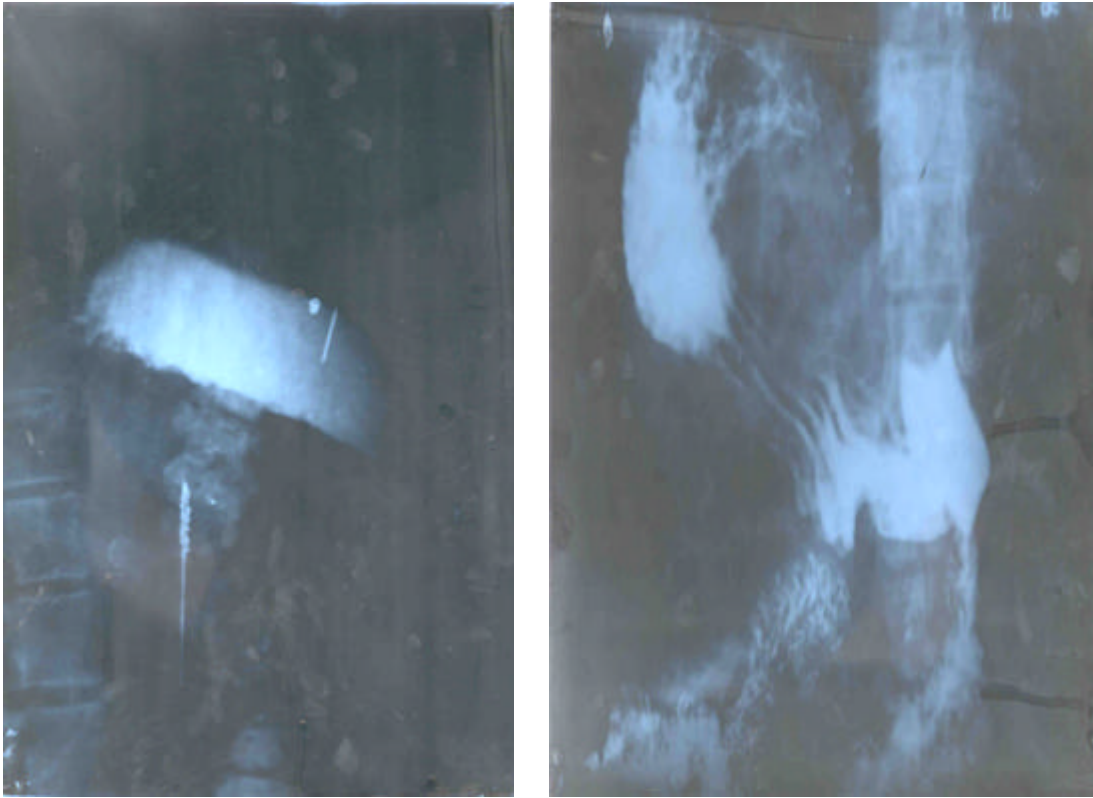
Por lo anteriormente expresado, su escasa frecuencia y por la forma silenciosa de manifestarse nos motivamos a presentar este caso de carcinoma de cola de páncreas, al haber alcanzado un gran tamaño sin presentar ningún síntoma importante.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

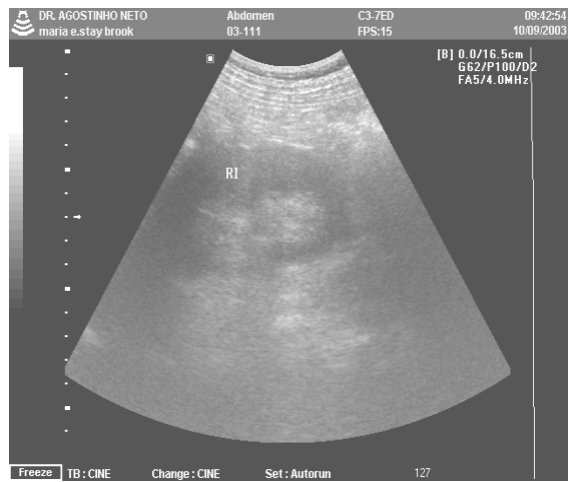
1. Hernández DJ, Kavoussi LR, Ellison LM. Laparoscopic distal pancreatectomy for metastatic renal cell carcinoma. *Urology*. 2003 Sep;62(3):551.
2. Taniguchi F, Matsuda T, Tsuda T, Aikawa I. [A case of advanced pancreatic cancer treated with gemcitabine hydrochloride] *Gan To Kagaku Ryoho* 2003 Aug;30(8):1147-9.
3. Svab J, Peskova M, Krusina L, Skrha J, Sindelka G. Personal experience with surgical treatment of insulinoma. *Rozhl Chir*. 2001 Feb;80(2):77-81.
4. Falconi M, Mantovani W, Bettini R, Talamini G, Bassi C, Cascinu S, *et al*. Carcinoma of pancreatic body and tail: are there improvements in diagnosis and treatment modalities over the past decade? *Dig Liver Dis* 2003 Jun;35(6):421-7.
5. Tanizawa Y, Nakagohri T, Konishi M, Inoue K, Oda T, Takahashi S, *et al*. Virtual pancreatoscopy of pancreatic cancer. *Hepatogastroenterology* 2003 Mar-Apr;50(50):559-62.
6. Takeuchi H, Kawano T, Toda T, Minamisono Y, Nagasaki S, Yao T, *et al*. Cutaneous metastasis from pancreatic adenocarcinoma: a case report and a review of the literature. *Hepatogastroenterology* 2003 Jan-Feb;50(49):275-7.
7. Mori M, Miyazaki K, Motoyama K, Kitahara K. Benign nonepithelial fibroma in the pancreas. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2002;9(5):646-9.
8. Hayashi H, Matsuyama S, Edakuni G, Tanaka M, Magata S, Motoyama K, *et al*. Focal pancreatic hemorrhage mimicking pancreas carcinoma with lymph node metastasis. *Hepatobiliary Pancreat Surg* 2002;9(5):642-5.
9. Lee YR, Kim Y, Koh BH, Cho OK, Rhim H, Park DW, *et al*. Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas with peritoneal metastasis and its recurrence: a case report. *Abdom Imaging* 2003 Jan-Feb;28(1):96-8.
10. Marcos HB, Libutti SK, Alexander HR, Lubensky IA, Bartlett DL, Walther MM, *et al*. Neuroendocrine tumors of the pancreas in von Hippel-Lindau disease: spectrum of appearances at CT and MR imaging with histopathologic comparison. *Radiology* 2002 Dec;225(3):751-8.
11. Hara T, Kawashima H, Ishigooka M, Kashiyama M, Takanashi S, Yamazaki S, *et al*. Mucinous cystic tumors of the pancreas. *Surg Today* 2002;32(11):965-9.

12. Yamaguchi K, Ohuchida J, Ohtsuka T, Nakano K, Tanaka M. Intraductal papillary-mucinous tumor of the pancreas concomitant with ductal carcinoma of the pancreas. *Pancreatology* 2002;2(5):484-90.

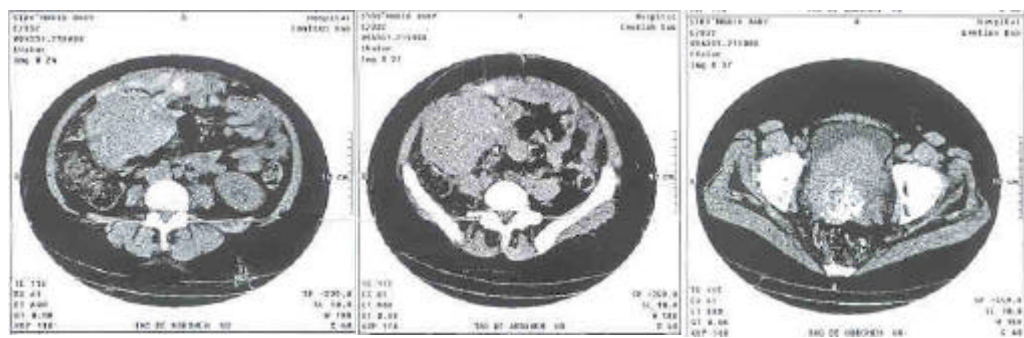
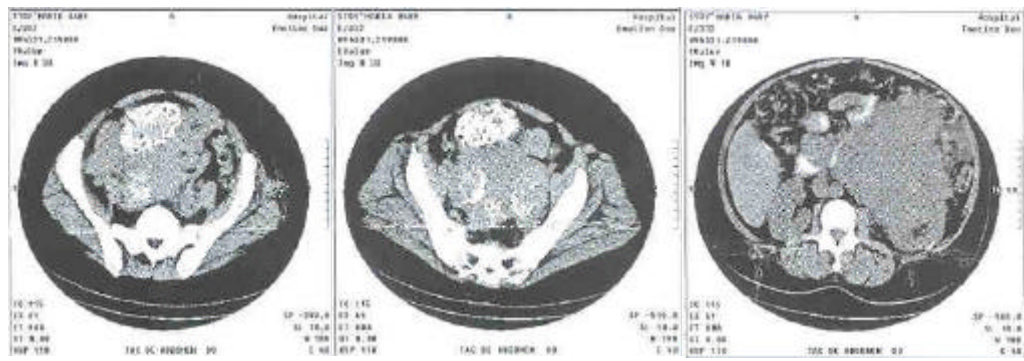
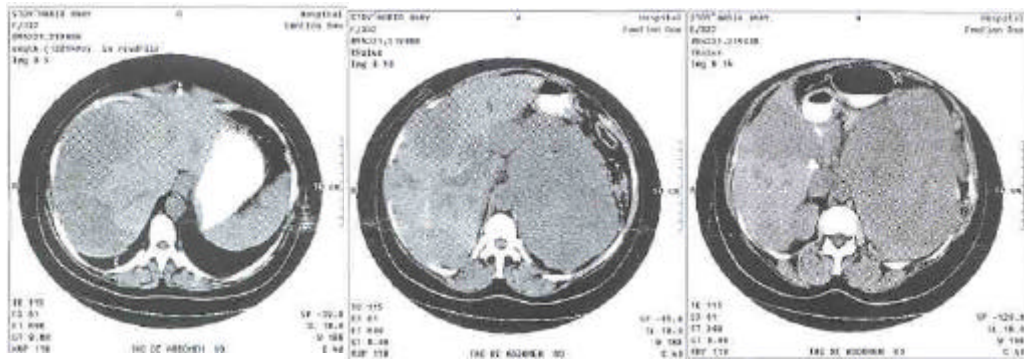
## ANEXOS



**Imágenes.** Estudios radiográficos: Rx de esófago estómago y duodeno.

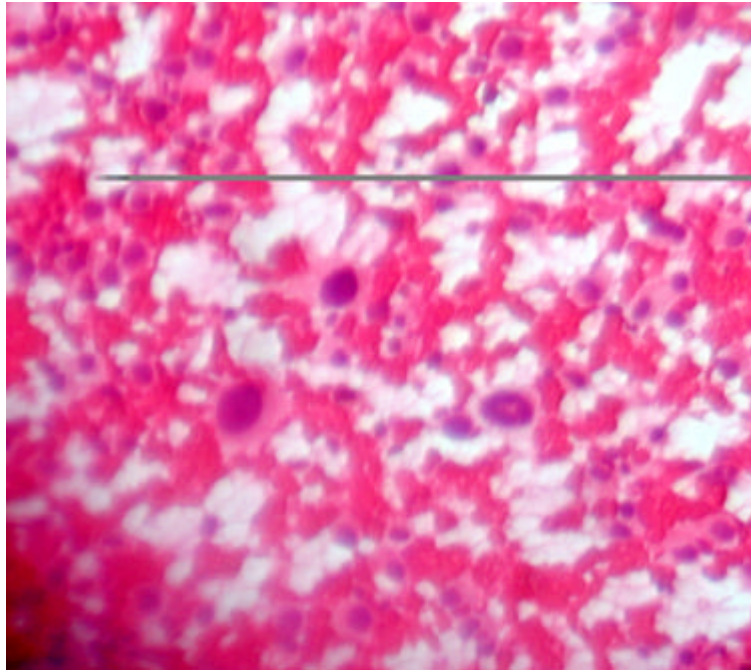


## Ultrasonido diagnóstico.



**Tomografia Axial.**





**Lámina de PAAF.**

*Patrón citológico polimorfo de células grandes anaplásicas con nucléolos evidentes sugestivos de adenocarcinoma.*