

CARCINOMA DE PANCREAS  
ASPECTOS CLINICOS \*

DR. EDUARDO BARROSO.

**L**AS DESCRIPCIONES clásicas<sup>1, 2</sup> de los cuadros clínicos del carcinoma del páncreas separaban los de la cabeza de aquellos que se localizan en el cuerpo o cola y señalaban manifestaciones propias para cada ubicación. En publicaciones posteriores se concede escaso valor a la distinción de los síntomas y las manifestaciones clínicas se consideran en conjunto, dado que no siempre es fácil precisar si los tumores están localizados sólo en una parte de la glándula; por otra parte hay casos en que la invasión de varios segmentos del páncreas es evidente.

Conforme a la casuística del Hospital de Enfermedades de la Nutrición, y admitiendo que las objeciones anteriores son en parte correctas, creemos que sí existen dos cuadros clínicos distintos de carcinoma del páncreas, que dependen de la localización inicial o dominante del proceso y que conviene conocer para fines de diagnóstico. Tal aseveración se desprende del análisis de los datos clínicos y de gabinete que presentaron 51 casos y que se describirán en este trabajo. En él se ponen de manifiesto las analogías y diferencias entre los tumores de la cabeza, por una parte, y los del cuerpo o cola por la otra. Como complemento de esta presentación se mencionarán aquellos métodos de estudio que ofrecen posibilidades de establecer el diagnóstico oportuno.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 30,000 enfermos adultos examinados de septiembre de 1946 a mayo de 1958, hubo 51 casos de carcinoma del páncreas y en ellos el diagnóstico y la localización inicial o predominante se comprobaron o precisaron por medio de la autopsia o de la operación, o por ambas. En 82% de los enfermos se

\* Trabajo de ingreso leído en la sesión ordinaria del 5 de noviembre de 1958.

hicieron estudios histológicos que confirmaron asimismo la naturaleza del padecimiento.

El sitio de la neoplasia fue la cabeza en 39 casos y el cuerpo o la cola en los 12 restantes, lo que equivale a una relación de 3.25 por 1.0.

Cabe hacer notar que entre los 39 tumores de la cabeza había 3 en que se había efectuado ya, en otros hospitales, una operación derivativa de la bilis al intestino, desvirtuándose en esa forma las manifestaciones clínicas y de gabinete, y por tal razón se excluirán al considerar posteriormente dichos datos.

En el cuadro Núm. 1 se muestra la ubicación de la neoplasia y el procedimiento que confirmó el diagnóstico.

CUADRO NÚM. 1  
LOCALIZACION DEL TUMOR Y SU COMPROBACION  
EN 51 CASOS DE CANCER DEL PANCREAS

	<i>Cabeza:</i> <i>39</i> <i>casos</i>	<i>Cuerpo y/o</i> <i>cola:</i> <i>12 casos</i>	<i>Total de</i> <i>casos</i> <i>51</i>
<i>Comprobación</i>			
Por la autopsia	24	5	29
Quirúrgica con biopsia	9	4	13
Quirúrgica sin biopsia	6	3	9

La distribución de los casos según el sexo y la edad se muestra en el cuadro Núm. 2.

CUADRO NÚM. 2  
DISTRIBUCION POR SEXO Y EDADES DE 51 CASOS  
DE CARCINOMA DEL PANCREAS

	<i>Cabeza</i>	<i>Cuerpo o</i> <i>cola</i>	<i>Total de</i> <i>casos</i>
<i>Sexo:</i>			
Femenino	19	5	24
Masculino	20	7	27
<i>Años de edad:</i>			
31 a 40	3	0	3
41 a 50	8	3	11
51 a 60	10	5	24
61 a 70	6	2	8
Más de 70	3	2	5

La distribución de casos de acuerdo con el sexo fue semejante y, en cuanto a la edad, más de las dos terceras partes correspondieron a personas de 40 a

60 años. No se encontró ningún caso en enfermos menores de 32 años, ni en mayores de 80.

En los casos analizados se procuró determinar: el tiempo transcurrido desde que principiaron los síntomas, hasta que el enfermo ingresó al Hospital: la duración del padecimiento; los síntomas y signos principales, y las manifestaciones de comienzo.

Se trató de precisar, en especial, las características del dolor abdominal y de la ictericia; el deterioro del estado general; la presencia de prurito, hematemesis o melena y los antecedentes de litiasis biliar, pancreatitis, diabetes mellitus o alcoholismo.

De la exploración física se tuvieron presentes fundamentalmente los signos relativos al tamaño, consistencia, estado de la superficie y sensibilidad del hígado; a la ictericia; a la existencia de vesícula abliar o tumoración palpables; al hallazgo de crecimientos ganglionares y a la investigación de edema, ascitis o tromboflebitis.

En cada uno de los enfermos se hicieron los siguientes estudios de laboratorio: citología hemática, reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis, análisis general de orina, investigación de parásitos y de sangre en materias fecales. Además, en todos los enfermos se realizó el conjunto de pruebas de funcionamiento hepático que incluye la determinación de: bilirrubinas, albúminas, globulinas, colesterol total y esterificado y del tiempo de protrombina. En la mayor parte de los pacientes se practicaron las pruebas del cefalín colesterol, del timol, de la retención de bromosulfaleína y las dosificaciones de fosfatasa alcalina, amilasa y lipasa sanguíneas.

En la totalidad de los enfermos se tomaron telerradiografías del tórax y en muchos de ellos serie gastroduodenal.

Finalmente, los tratamientos quirúrgicos empleados se agruparon conforme a su alcance.

### RESULTADOS

El tiempo transcurrido entre las manifestaciones iniciales y el ingreso al Hospital se muestra en el cuadro Núm. 3.

CUADRO NÚM. 3

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL PRINCIPIO CLÍNICO  
DE LA ENFERMEDAD Y EL INGRESO DEL ENFERMO  
AL HOSPITAL

	<i>Cabeza:</i> 36 <i>casos</i>	<i>Cuerpo o</i> <i>cola:</i> 12 <i>casos</i>
Menos de 1 mes	3	2
1 a 3	13	5
3 a 6	8	2
Más de 6	15	3

En su mayoría, los casos fueron vistos hacia los 3 meses de haberse iniciado el padecimiento y únicamente en tres personas, ello sucedió en el primer mes de la enfermedad.

La duración del padecimiento únicamente pudo determinarse en los 24 casos en que se hizo autopsia, ya que no se conoció la evolución precisa de los 17 que salieron del Hospital. Estos últimos, sin excepción, estaban en malas condiciones generales y se presume que su sobrevida fue corta. En conjunto se vio que más de la mitad de los casos murieron en los seis primeros meses del padecimiento y sólo tres, estaban con vida al alcanzar un año la duración de la enfermedad.

Los síntomas iniciales, expresados en orden decreciente de frecuencia, fueron: en los tumores de la cabeza del páncreas el dolor, que se presentó en 45% de los casos y la ictericia intensa y persistente, observada en 38%. En cambio, en las neoplasias del cuerpo o cola el dolor fue el primer síntoma en dos de cada tres enfermos, mientras que la ictericia no fue manifestación inicial en ninguno; en algunos casos las manifestaciones de ataque al estado general fueron las iniciales en ambos grupos, según se ve en el cuadro Núm. 4.

CUADRO NÚM. 4  
SINTOMAS DE PRINCIPIO EN 48 CASOS DE CARCINOMA  
DEL PANCREAS

	<i>Cabeza:</i> <i>30</i> <i>casos</i>	<i>Cuerpo o</i> <i>cola:</i> <i>18</i> <i>casos</i>
Dolor	19	8
Ictericia intensa	11	0
Síntomas generales	8	2

En lo que toca a la ictericia, su instalación se relató como brusca en 38% de los enfermos; su intensidad fue en aumento y sin oscilaciones, y sistemáticamente se acompañó de hiperpigmentación de la orina, y decoloración de las materias fecales; coexistió con prurito, en un poco más de la mitad de los casos.

El dolor abdominal estuvo presente en 55% de los casos de carcinoma de la cabeza y en la totalidad de los del cuerpo o cola; en los primeros, su localización más frecuente fue el epigastrio o el cuadrante superior derecho; en los otros se situó sobre todo en el cuadrante superior izquierdo o en la región dorsolumbar también izquierda. La intensidad y persistencia en general, fueron mayores cuando se trató de tumores del cuerpo o de la cola.

Los principales síntomas encontrados en el examen de admisión del enfermo, aparecen en el cuadro Núm. 5.

CUADRO NÚM. 5

## SINTOMAS PRINCIPALES EN 48 CASOS DE CARCINOMA DEL PANCREAS

	<i>Cabeza:</i> 36 <i>casos</i>	<i>Cuerpo o</i> <i>cola:</i> 12 <i>casos</i>
Ictericia intensa	29	1
Prurito acentuado	17	0
Dolor persistente	22	12
Pérdida importante de peso	33	10
Astenia	36	9
Anorexia	29	7
Náuseas y vómitos	14	4
Fiebre	16	4
Diarrea	10	4
Hematemesis o melena	16	4

La ictericia intensa se observó como regla en los tumores de la cabeza, y sólo en uno con otra localización del proceso. El dolor abdominal persistente, atribuible a la neoplasia, se encontró en 4 de cada 5 de los casos de cuerpo o cola y en un poco más de la mitad de los de cabeza.

El prurito acentuado acompañó a la ictericia en la mayor parte de los casos.

La polifagia, la polidipsia y la poliuria, no incluidas en el cuadro anterior, se observaron en siete de los de tumor de la cabeza y en uno del cuerpo o cola y casi siempre habían aparecido desde mucho antes de que se iniciaran las manifestaciones del carcinoma.

No se encontraron diferencias en los grupos estudiados por lo que respecta a otros síntomas, tales como: astenia, anorexia, pérdida notable de peso, fiebre, diarrea y manifestaciones de sangrado del aparato digestivo.

En el cuadro Núm. 6 se señalan los principales signos abdominales encontrados.

CUADRO NÚM. 6

## SIGNOS ABDOMINALES EN 48 CASOS DE CARCINOMA DEL PANCREAS

	<i>Cabeza:</i> 36 <i>casos</i>	<i>Cuerpo o cola:</i> 12 <i>casos</i>
Hepatomegalia, grados III a IV	15	2
Vesícula biliar distendida	9	0
Tumor palpable	8	2
Ascitis	8	2

El crecimiento del hígado se expresa de acuerdo con una escala que va del grado I al IV y en la cual se toma como elemento de juicio, la distancia en que el borde hepático rebasa la parrilla costal sobre la línea medio clavicular. Consideramos como hepatomegalia grado III aquella en la que el borde del órgano alcanza la horizontal que pasa por el ombligo y grado IV, cuando el descenso llega más abajo.

El crecimiento hepático fue grado III a IV en un 40% de los tumores de la cabeza del páncreas y en muy pocos del cuerpo o cola.

El aumento en la consistencia del hígado y el carácter nodular de su superficie, se apreciaron con mayor frecuencia en los tumores de la cabeza del páncreas.

La vesícula biliar crecida y renitente, o sea el signo de Courvoisier Terrier, sólo se halló en neoplasias de la cabeza. La ascitis o la presencia de una tumoración abdominal, distinta de la vesícula, se encontraron en contados casos y con frecuencia similar en los dos grupos.

En menos del 10% de todos los casos hubo signos de tromboflebitis en los miembros inferiores. En menor proporción aún se observaron crecimientos ganglionares en los cuales el aumento de la consistencia fuera notable.

Aquellos resultados de las pruebas de funcionamiento hepático, que revelaron diferencias entre los dos grupos de carcinomas del páncreas, se han incluido en el cuadro Núm. 7.

CUADRO NÚM. 7

RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO EN  
LOS 48 CASOS DE CARCINOMA DEL PANCREAS

	<i>Cabeza:</i> 36 casos	<i>Cuerpo o cola:</i> 12 casos
Bilirrubina directa.		
De 0.1 a 1.0 mg. % :	2	5
1.0 a 10.0 mgs.	7	3
Más de 10	22	0
Retención de bromosulfaleína		
Más de 30%	22	3
<i>Coolesterol total</i>		
Más de 320 mgs. %	9	0
<i>Coolesterol esterificado</i>		
Menos de 45%	17	1
<i>Fosfatasa alcalina</i>		
Más de 12 U. B.	21	1

Como puede verse, las cifras de bilirrubina directa fueron superiores a 10 mgs.%, en la mayoría de los tumores de la cabeza y en ninguno del cuerpo o cola, ya que estos, por el contrario, siempre dieron cifras inferiores a 2.3 mgs.%

salvo un caso en que coexistían congestión hepática pasiva y absceso pulmonar, probablemente de punto de partida también hepático.

El aumento importante de la retención de bromosulfaleína, o de las cifras del colesterol total o de la fosfatasa alcalina, fueron propios sobre todo de las neoplasias de la cabeza del páncreas, que también mostraron, con frecuencia, reducción en las cifras del colesterol esterificado.

Se obtuvieron resultados similares en las demás pruebas de funcionamiento hepático y en la frecuencia y grado de la anemia o leucocitosis, en los dos grupos estudiados.

Las cifras de amilasa o lipasa sanguínea se encontraron elevadas en raras ocasiones.

Los datos radiológicos anormales del estómago o del duodeno existieron sobre todo en los tumores de la cabeza y consistieron en signos de compresión extrínseca, en dos de cada tres enfermos y ensanchamiento del arco duodenal, en uno de cada seis. Los carcinomas del cuerpo o cola, sólo mostraron signos de compresión extrínseca gástrica o duodenal en la cuarta parte de los casos.

Las operaciones efectuadas en el Hospital, en 27 casos, se agrupan en el cuadro Núm. 8.

CUADRO NÚM. 8  
OPERACIONES PRACTICADAS EN 27 CASOS

	<i>Cabeza</i>	<i>Cuerpo o cola</i>
Paliativas	15	1
Diagnósticas	5	6
Curativas	0	0

De los 48 enfermos sólo se operaron 27 que reunían condiciones adecuadas para tal propósito; no obstante en ninguno fue dable realizar la resección pancreaticoduodenal u operación de Whipple, debido a la extensión de la neoplasia.

Los sitios en que con mayor frecuencia se demostraron metástasis en el curso de la operación o de la necropsia, fueron, sin distinción de grupos, el hígado en 60% de los casos, y el peritoneo o los ganglios vecinos en uno de cada tres sujetos. Los estudios postmortem revelaron invasión pulmonar en 20%.

#### COMENTARIO

En las primeras 1,320 autopsias hechas en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, el carcinoma del páncreas ocupó, por su frecuencia, el tercer lugar entre todas las neoplasias del aparato digestivo. En efecto, se encontraron 222 casos de tumores malignos en el aparato digestivo, de los cuales, los de

estómago, vías biliares extra hepáticas y páncreas representaron el 28, 25 y 16%, respectivamente.

El número considerable de tumores del páncreas, en comparación con lo observado en otras series,<sup>4, 5</sup> se explica por el número crecido de enfermos ictericos que se ven en la Institución.

La frecuencia proporcional de las neoplasias de la cabeza con respecto a los del cuerpo y cola que fue de 3.25 por 1.0, así como la distribución según el sexo y la edad no difieren de las expuestas en la literatura.<sup>6</sup> Se sabe que el padecimiento es raro en la 3ª década de la vida y excepcional en la primera y segunda;<sup>7, 8</sup> en muestra serie el enfermo más joven tuvo 32 años. También el porcentaje correspondiente a los síntomas principales es similar al señalado por los autores.<sup>6, 9</sup>

Los datos que mostraron diferencias, en los dos grupos de carcinoma del páncreas, aparecen reunidos en el cuadro Núm. 9 en que la magnitud del cambio se estima por medio de una escala que incluye cuatro grados.

CUADRO NÚM. 9

## DIFERENCIAS DE LOS CASOS DE CARCINOMA DEL PANCREAS

	<i>Cabeza</i>	<i>Cuerpo o cola</i>
Ictericia intensa	+++	±
<i>Prurito</i>	+++	±
Dolor persistente	++	++++
Con aumento de la consistencia	+++	+
Dolor en el C. S. I.	+	++++
Hepatomegalia		
Grado III a IV	+++	+
Grado III a IV	+++	+
Con aumento de la consistencia	+++	+
Vesícula distendida	+	0
Bilirrubina directa		
Más de 10 mgs. %	+++	0
Menos de 2.3 mgs. %	+	+++
Bromosulfaleína		
Retención de más de 30%	+++	+
Colesterol total		
Superior a 320 mgs. %	+-	0
Colesterol esterificado		
Menos de 45%	+++	+
Fosfatasa alcalina		
Más de 12 U. B.	+++	+
Signos radiológicos de compresión en el estómago o el duodeno	+++	+

Las desigualdades fundamentales del cuadro clínico de las neoplasias de la cabeza, respecto al de las del cuerpo o cola, estriban en las características del dolor, y en las manifestaciones de obstrucción biliar y de alteración hepática en forma comparativa.

Puede decirse, que en los tumores de la cabeza habitualmente existen obstrucción completa de las vías biliares como síntoma inicial o subsecuente; mayor alteración hepática y dolor abdominal cuya frecuencia, intensidad y duración son menores.

A la obstrucción de las vías biliares pueden atribuirse la ictericia intensa y persistente; el prurito, que en ocasiones es intolerable; la distensión de la vesícula biliar; las cifras de bilirrubina directa superiores a 10 mgls.%; el aumento del colesterol total, por arriba de 320 mgls.; y la fosfatasa alcalina que asciende más allá de 12 unidades Bodansky.

El daño hepático de mayor consideración, propio de este grupo de tumores, se atribuye sobre todo a la obstrucción y no a las metástasis, en virtud de que se han encontrado casos con propagación extensa del proceso maligno en el hígado, en los cuales si no hay obstrucción biliar la insuficiencia hepática suele ser moderada.

En las etapas iniciales, el dolor puede ser de tipo cólico, por la contracción de la vesícula distendida; cuando el tumor se extiende más allá del páncreas, o ha dado lugar a infiltración de los nervios vecinos se vuelve continuo.

El hallazgo de signos radiológicos de compresión sobre el estómago o el duodeno, que es más frecuente cuando el tumor se sitúa en la cabeza, se debe posiblemente a la estrecha proximidad que guardan tales órganos, a lo que se puede agregar el desplazamiento que ejerce el hígado considerablemente crecido.

Los tumores de cuerpo o cola se caracterizaron, además del ataque que ocasionaron al estado general, por dolor continuo en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, generalmente intenso e irradiado a la región lumbar del mismo lado, y modificado por cambios posturales. La ictericia no fue frecuente y cuando existió, no alcanzó gran intensidad, como regla.

Se presume que las peculiaridades del dolor fueron debidas a la proximidad de los plexos nerviosos a la cola del páncreas, a su elongación en el decúbito y a la infiltración precoz de los mismos por células tumorales.

La localización del del dolor en el lado izquierdo del abdomen, o su irradiación a la región lumbar también izquierda, fueron frecuentes.

El grupo de pacientes con esta localización del tumor requirió la aplicación repetida de analgésicos en mayor proporción que los enfermos de carcinoma de la cabeza del páncreas.

Salvo un caso complicado con congestión pasiva del hígado por insuficiencia cardíaca y también con absceso pulmonar de procedencia probablemente hepática y que estuvo 7 mgls. de bilirrubina directa, en los demás la ictericia fue de poco monto, o bien no existió. Se han descrito casos de carcinomas del cuerpo o cola que tienen ictericia importante debida a compresión de las vías biliares extra hepáticas por metástasis en los ganglios del hilio hepático, pero entre nuestros enfermos, no hubo ninguno con tales características.

La mayor frecuencia relativa con que se encontraron nódulos en la superficie del hígado durante la exploración física de los enfermos con neoplasias de la cabeza del páncreas, sólo podemos explicarla suponiendo que la hepatomegalia, que, como ya se ha dicho, en ellos fue de mayores dimensiones, facilitó su identificación. En apoyo de esta presunción se puede aducir el hecho de que los nódulos metastásicos del hígado se hallaron con frecuencia similar sin importar la localización del tumor, en la operación o la necropsia.

En cuanto a los datos clínicos restantes, los padecimientos asociados, los antecedentes patológicos, a la invasión a otros órganos, los carcinomas que nos ocupan se pueden considerar como análogos.

La antigüedad de los síntomas no es un buen índice de la edad real del padecimiento. En efecto, varios casos fueron explorados hacia el segundo o tercer mes de haberse iniciado las manifestaciones clínicas, encontrándose ya enorme invasión tumoral por contigüidad o por metástasis.

Resulta desconsolador advertir que, de los 48 casos estudiados hubo 19 en que ni siquiera se pensó en someterlos a procedimientos quirúrgicos, por su pésimo estado general o por las metástasis evidentes, a su vez, en los 27 en quienes se intentó el tratamiento quirúrgico radical, sólo fueron posibles las medidas paliativas. Es obvio que los procedimientos de diagnóstico que hasta ahora se han utilizado en forma habitual proporcionan información positiva hasta las etapas tardías.

La evolución de este grupo de enfermos fue muy desfavorable, no obstante que con la ayuda de los estudios de laboratorio y gabinete descritos se procuró precisar el diagnóstico y el tratamiento a la brevedad posible.

Por todo lo apuntado es imprescindible contar con otros procedimientos más sensibles que suministren datos concluyentes, en la etapa de conjeturas clínicas, cuando los métodos habituales todavía no son aclaratorios. Últimamente se ha afirmado que el estudio de la citología duodenal permite establecer el diagnóstico del cáncer del páncreas.<sup>10</sup>

Raskin y Wenger<sup>11</sup> al estudiar 55 casos con carcinomas del hígado, vías biliares o páncreas, comprobados por intervención quirúrgica, autopsia o biopsia, encontraron células neoplásicas en el líquido de aspiración duodenal en 33 o sea en el 60%.

De hecho, se han descrito casos en los cuales el estudio de la citología duodenal reveló la presencia de neoplasias pequeñas del páncreas ya que otros medios exploratorios, incluyendo los rayos X y la intervención quirúrgica, no fueron capaces de poner de manifiesto.

El hallazgo de células neoplásicas en el líquido duodenal no es privativo del carcinoma del páncreas, ya que también es posible observarla en tumores de las vías biliares, del duodeno o del hígado. Sea como fuere el médico obtiene información acerca de la naturaleza del proceso y queda en posibilidad de aplicar, a veces con oportunidad, los recursos terapéuticos que en este padeci-

miento se limitan, por ahora, a las operaciones radicales. Debe pues tenerse presente que el estudio de la citología duodenal representa un método valioso de exploración en los casos sospechosos de neoplasias del páncreas y que conviene utilizarlo. Hasta ahora no se cuenta en nuestro medio con experiencia al respecto.

Actualmente se utilizan otras pruebas para estudiar a los enfermos con padecimientos pancreáticos, tales como la absorción de trioleína marcada con yodo 131, o la prueba de la secretina, que sólo miden el estado funcional de la glándula, pero no dilucidan aspectos nosológicos.

En nuestro Hospital nos estamos valiendo ya de la pancreatografía transoperatoria, en la cual se inyecta medio de contraste en el conducto de Wirsung para hacer visibles los conductos pancreáticos, e indirectamente las alteraciones del parénquima de la glándula. En el carcinoma del páncreas se observan, en placas sucesivas, imágenes de obstrucción del canal de Wirsung, o bien desviación de su trayecto<sup>12</sup> o dilataciones aneurismáticas de su pared.<sup>13</sup>

La pancreatografía, en los casos de neoplasia del páncreas, pueden dar luz sobre el sitio y la extensión del proceso, pero en ninguna forma constituye una medida de diagnóstico precoz.

Como se ven es el estudio de la citología duodenal el único procedimiento que ofrece perspectivas para formular diagnóstico oportuno.

## RESUMEN

Se analizan los datos clínicos y de gabinete que presentaron 51 casos de carcinoma del páncreas estudiados en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

Se admite que existen dos cuadros clínicos distintos de tumores del páncreas, que dependen de que la localización inicial o dominante del proceso sea la cabeza o el resto de la glándula.

En las neoplasias de la cabeza habitualmente existió obstrucción completa de las vías biliares; alteración hepática marcada, síntomas de deterioro general y dolor abdominal cuya frecuencia, intensidad y duración fueron menores que en los carcinomas del cuerpo o cola.

Los últimos se caracterizaron además del ataque que ocasionaron al estado general, por dolor intenso y persistente en el cuadrante superior izquierdo del abdomen y modificado por cambios posturales. La ictericia en los contados casos en que existió, como regla, no alcanzó gran intensidad.

En los 27 enfermos en quienes se intentó el tratamiento quirúrgico radical, sólo fueron posibles las medidas paliativas.

Se pensó que los procedimientos de diagnóstico que hasta ahora se han utilizado en forma habitual, en estos enfermos, proporcionan información positiva hasta las etapas tardías.

Se hace mención de que el estudio de la citología duodenal es el único procedimiento que ofrece perspectivas para formular un diagnóstico oportuno.

La pancreatografía operatoria, el estudio de la absorción de trioleína marcada con I-131 y la prueba de la secretina en ninguna forma constituyen medidas de diagnóstico precoz.

#### REFERENCIAS

1. Chauffard, M. A. *Le cancer du corps du pancreas*. Bull. Acad. de Med. Paris 60:242, (Oct.) 1908. Citado por Bockus, H. L. *Gastroenterology*, First Edition. Philadelphia and London, Saunders 1946, Vol. III p. 819.
2. Bard, L. y Pic. A. *Cancer primitif du pancreas*. Rev. de Med. 8:257 (Apr. 1888) Citado por Bockus, H. L. *Gastroenterology*, First Edition. Philadelphia and London, Saunders. 1946, Vol. III p. 819.
3. Bockus, H. L. *Gastroenterology*, First Edition. Philadelphia and London, Saunders, 1946, Vol. III p. 819.
4. Clifton, E. E. *Carcinoma of the pancreas*. Am. J. Med. 21:760, 1956.
5. Berk, J. E. *Diagnosis of carcinoma of the pancreas*. Arch. Int. Med. 68:525, 1941.
6. Bell, E. T. *Carcinoma of the pancreas*. Am. J. Path. 33:499, 1957.
7. Corner, B. D. *Primary carcinoma of the pancreas in an infant aged 7 months*. Arch. Dis. Childhood. 18:106, 1943.
8. Grant, G. H. y Perceval, P. E. *Carcinoma of the pancreas in a girl of 16, presenting as carcinomatosis of lungs*. Brit. M. 1:857, 1954.
9. Duff, G. L. *The clinical and pathological features of carcinoma of the body and tail of the pancreas*. Bull. Johns Hopkins. Hosp. 65:69, 1939.
10. Lemon, H. M. *The clinical value of duodenal drainage in the diagnosis of carcinoma of the biliary tract and pancreas*. New York J. Med. 51:2153, 1951.
11. Rubin, C. E., Palmer, W. L. y Kirsner, J. B. *The present status of exfoliative cytology in the diagnosis of gastrointestinal malignancy*. *Gastroenterology* 21:1-11, 1952.
12. Doubilet, H. y Mulholland, J. H. *Operative contrast visualization of pancreatic disease*. Surg. Clin. N. America. 385, abril, 1956.
13. Leger, L. *Surgical visualization of the pancreatic ducts with a study of the pancreatic external secretion*. Am. J. Digest. Dis., 20:8, 1953.
14. Raskin, H. F., Wenger, J., Sklar, M. y Col. *The diagnosis of cancer of the pancreas, biliary tract and duodenum by combined cytologic and secretory methods. I. Exfoliative cytology and a description of a rapid method of duodenal intubation*. *Gastroenterology*. 34:996, 1958.

## CARCINOMA DEL PANCREAS. ASPECTOS CLINICOS

COMENTARIO AL TRABAJO DE INGRESO A LA ACADEMIA NACIONAL  
DE MEDICINA DEL DR. EDUARDO BARROSO \*

DR. MARIO QUIÑONES HUERTERO.

---

**E**L TRABAJO DE INGRESO del Dr. Eduardo Barroso a esta H. Corporación, que por disposición reglamentaria tengo el privilegio de comentar, es interesante desde varios puntos de vista.

Teniendo como finalidad establecer los perfiles de los cuadros clínicos a que da lugar la diferente o predominante localización del carcinoma en el páncreas, nos hace conocer inicialmente la incidencia del mal entre 30,000 enfermos examinados en el Hospital de la Nutrición en el curso de 11 años, que es de 51 casos comprobados por laparotomía y biopsia o por autopsia, o sea de 0.17%.

Después, en bien dispuestos cuadros sinópticos nos da a conocer las proporciones en que se localiza el proceso maligno en la cabeza<sup>39</sup> o en el cuerpo y cola del órgano;<sup>12</sup> en que ataca al hombre o a la mujer y edad en que predomina, datos que coinciden con poca diferencia con los consignados por otros autores en series más amplias, aunque llama la atención que, sin ser frecuente, no haya encontrado algún caso por abajo de los 31 años entre tantos enfermos.

Más adelante trata de determinar la duración media del padecimiento empezando por establecer el tiempo transcurrido entre la manifestación de los primeros síntomas y la fecha en que el enfermo se presentó a consulta y posteriormente la fecha del fatal deceso, llegando a la conclusión de que la mayoría muere alrededor de los seis meses de padecer la enfermedad y sólo unos cuantos alcanzan un año de duración. Este cálculo como veremos puede ser erró-

---

\* Leído en la sesión ordinaria del 5 de noviembre de 1958.

neo sobre todo por la falta de elementos para establecer un diagnóstico precoz, oportuno.

Hace después un minucioso análisis de los síntomas que más frecuentemente aparecen como iniciales y los agrupa según que hayan correspondido a enfermos cuya tumoración se localizó en la cabeza o en el cuerpo y cola y de aquellos que aparecieron más tardíamente, para estructurar, a semejanza de la forma clásica, dos cuadros clínicos predominantes del carcinoma del páncreas: el que corresponde a la localización en la cabeza y la que corresponde al cuerpo y la cola, haciendo resaltar, con justeza, la importancia que debe darse sobre todo a la ictericia y al dolor con sus caracteres y sus consecuencias como manifestaciones predominantes, así como a la hepatomegalia, vesícula biliar distendida, tumor palpable y ascitis, en su turno.

Expone también comparativamente los resultados de las pruebas funcionales de hígado en ambas localizaciones del proceso maligno, haciendo resaltar la mayor frecuencia de manifestaciones de insuficiencia hepática en los casos de carcinoma de la cabeza, como consecuencia de la lesión del parénquima hepático por la estasis biliar progresiva debida a la compresión de vías biliares por la tumoración.

En cuanto a los datos obtenidos por exámenes radiológicos, de importancia para el diagnóstico, sólo cita manifestaciones de compresión extrínseca y desenrollamiento del arco duodenal en los de cabeza y de compresión duodenal o de estómago en algunos de cuerpo o cola.

Por último, nos hace saber que de 48 enfermos internados con diagnóstico de cáncer del páncreas en cabeza o cuerpo sólo se operaron 27 dado su mal estado general y que estas 27 intervenciones quirúrgicas sólo permitieron actuar en forma paliativa, dada la extensión del proceso. En ningún caso se creyó conveniente por ello, hacer intervención radical.

El diagnóstico actual de carcinoma del páncreas no es cosa fácil y por ello son importantes y tienen interés los aspectos clínicos que tan acuciosamente ha estudiado y nos presenta con su experiencia y capacidad reconocidas el Dr. Barroso, ya que pueden ayudar a obtenerlo.

Pero, no obstante lo valioso que son los síntomas y signos que agrupa y los exámenes de gabinete por él empleados para el diagnóstico del padecimiento, debemos admitir que tales elementos son insuficientes e incapaces de proporcionar datos positivos para un diagnóstico precoz, oportuno, que permita aplicar una terapéutica eficaz antes que el proceso se extienda amenazadoramente y se haga inaccesible, como en los casos or él presentados.

Sin restar importancia a los aspectos clínicos tan magistralmente trazados por el Dr. Barroso, a mi juicio es más importante lo que él menciona como complemento de su trabajo al referirse a aquellos métodos de estudio que ofrecen posibilidades de esabtlecer el diagnóstico oportuno.

Nuestra meta en el cáncer del páncreas, como en todos los procesos malignos de cualquiera localización, debe ser descubrirlos precozmente empleando para ello todos los medios de que seamos capaces, si queremos combatirlos eficazmente.

Mucho se ha logrado ya en el cáncer de órganos más accesibles como el uterino, del estómago, del recto y de otras localizaciones por el empleo de la citología exfoliativa que al hacer diagnósticos precoces permiten intervenciones eficaces que han aumentado las sobrevividas de 5 años, en alta proporción.

Russel Boles, de Filadelfia, al discutir en el Simposio sobre carcinoma gástrico el trabajo de Ross y colaboradores, de oBston, sobre Citología Exfoliativa, afirmó: "el más prometedor de los últimos adelantos en el diagnóstico del cáncer gástrico es la citología exfoliativa"... Es razonable esperar que con el tiempo el diagnóstico citológico del cáncer del estómago tendrá un valor paralelo en seguridad al del cáncer del cuello uterino que ha permitido aumentar la sobrevivida de 5 años de 39.5% de los casos a 53% en los últimos 15 años.

Según Ross en una serie de 41 casos de cáncer gástrico comprobados obtuvo citologías positivas en 71% en tanto que radiológicamente sólo obtuvo 67.5% de diagnósticos positivos.

Walter Palmer, de Chicago, considera que en tres o cuatro años puede sobrepasar la seguridad del diagnóstico citológico de 71% a 85 ó 90% si se pone en este trabajo entusiasmo, diligencia y sentido de convicción.

El valor y seguridad del método dependen sobre todo de la técnica empleada para obtener y preparar la muestra y de la experiencia del anatomopatólogo que interprete el examen microscópico.

Por lo antes dicho puede deducirse la importancia de este nuevo recurso en el diagnóstico precoz de cáncer del estómago.

Una lógica extensión de la citología exfoliativa, al contenido duodenal, ha permitido a Raskin, Wenger y colaboradores de la Universidad de Chicago, encontrar células cancerosas del páncreas, vías biliares o duodeno en el 65% de 43 casos de cáncer comprobado.

Ya McNeer y Ewing en 1949; Mossey, Kirsner, Palmer y Storercripher en 1953 y Birnes y Lemon en 1954 se habían ocupado de la citología pancreática exfoliativa con resultados alentadores.

Cierto que el páncreas es un órgano no fácilmente accesible y que la obtención de células de dicha glándula presenta más dificultades, pero ya se han ideado sondas con doble luz y desembocadura a distinto nivel, como la de Diamond, que permiten obtener más directamente su secreción y por separado de la del estómago, cuya mezcla es inconveniente al examen diagnóstico.

Por otra part desde Chiray en 1926; Chiray y Bolgert en 1939; Diamond y Siegel en 1941; Louis Bauman en 1949; Raskin y Wenger recientemente, y otros autores, se viene estudiando la prueba de la secretina, prueba funcional

del páncreas acinoso, para establecer relación de sus resultados con los males pancreáticos, entre otros con la existencia de cáncer.

La inyección de secretina estimula fuertemente la secreción pancreática y aumenta la concentración de sus enzimas en estado normal. En caso de cáncer disminuye el volumen de la secreción y la concentración de su amilasa, lipasa y proteasa. Es una prueba anormal en 75% de casos de cáncer pancreático comprobado, más manifiesta en los casos en que el mal se localiza en la cabeza, según Raskin y Wenger.

Como se ve cada una de estas pruebas tiene su valor y cada una contribuye, debidamente interpretada al mejor y más oportuno diagnóstico del cáncer del páncreas.

Una citología exfoliativa positiva debe considerarse como prueba cierta de la existencia de cáncer, por su alto grado de especificidad.

Una prueba de secretina anormal (en volumen de secreción y en concentración de enzimas y bicarbonato) da una presunción de 75% según los citados autores.

La unión de las dos pruebas aumenta considerablemente las probabilidades ya que la fuerte excitación secretora que ejerce la inyección de la secretina sobre la glándula acinosa hace que el flujo de la secreción arrastre células exfoliadas a través de los canales hacia el duodeno donde serán accesibles a la sonda aspiradora colocada previamente en dicho órgano.

Citología exfoliativa positiva de la secreción provocada y prueba de la secretina anormal, son las condiciones óptimas desde este punto de vista, para el diagnóstico de cáncer del páncreas.

En los casos de neoplasias de vías biliares o del duodeno la citología puede ser positiva, pero la secreción pancreática es normal a la prueba de la secretina.

Si a la aparición de la primera sospecha clínica de neoplasia pancreática se practican una o varias veces estas pruebas combinadas, seguramente que unidas a los demás elementos de diagnóstico habitualmente empleados nos ayudarán a obtener un diagnóstico más seguro y más oportuno, que nos permita la aplicación de una terapéutica más eficaz en tales enfermos, hasta ahora condenados irremisiblemente a una muerte segura por lo tardío de su diagnóstico y consecuentemente del tratamiento adecuado.