

Carcinoma adenoescamoso del páncreas. Reporte de un caso

Efrén Rafael Ríos Burgueño,¹ Sara Parraguirre Martínez,² Elva Lorena Díaz Amézquita,¹ Lillian Romero Silva³

RESUMEN

El carcinoma del páncreas tiene una incidencia de 7.5 a 10 por 100,000 personas al año, es una de las neoplasias malignas más letales. El carcinoma adenoescamoso, también llamado carcinoma mucoepidermoide, es un subtipo poco frecuente, representa cerca del 1 al 4% de las neoplasias exocrinas, se caracteriza por patrón de adenocarcinoma ductal y carcinoma epidermoide. Se describe el caso de una mujer de 53 años con manifestaciones de trombosis venosa profunda de miembro pélvico derecho de 48 horas de evolución; durante su estancia presentó mal estado general y falleció 30 días posteriores al ingreso hospitalario; el estudio *post mortem* reveló un carcinoma adenoescamoso del páncreas.

Palabras clave: Páncreas, carcinoma adenoescamoso, carcinoma mucoepidermoide, K-ras.

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años que inició su padecimiento con ataque al estado general y pérdida de peso de 6 kg en un año, además de ictericia y trombosis venosa profunda de miembro pélvico derecho de 48 horas de evolución. Acudió al hospital con tomografía axial computada, realizada en medio particular, y reporte de múltiples lesiones en hígado, probablemente me-

ABSTRACT

Carcinoma of the pancreas has an incidence of 7.5 at 10 per 100 000 person years, is one of the more lethal malignancies neoplasm. Adenosquamous carcinoma which has been called mucoepidermoide carcinoma, is a rare subtype, accounting for 1 to 4% of exocrine malignancies, and is characterized by the histologic patterns of both ductal adenocarcinoma and squamous carcinoma. We describe a case of a women 53 years old with signs and symptoms the thrombosis deep veins of right lower limb. The disease progress up a more rapidly aggressive clinical course and death after 30 days, post mortem study reveled adenosquamous carcinoma of pancreas.

Key words: Pancreas, adenosquamous carcinoma, mucoepidermoid carcinoma, K-ras.

tastásicas, de primario desconocido. Durante su estancia hospitalaria se tomó biopsia directa de hígado, la cual reportó neoplasia epitelial maligna; posteriormente evolucionó con mal estado general y deterioro respiratorio, falleció 30 días posteriores a su ingreso con diagnóstico clínico de neoplasia maligna metastásica a hígado de primario desconocido.

HALLAZGOS MACROSCÓPICOS

En el estudio *post mortem* se encontró un tumor en el páncreas con múltiples adherencias a hígado e intestino delgado. Al corte se observó una neoplasia infiltrante, heterogénea, blanca amarilla, con un quiste de 10 x 8 cm en la cola, ocupado por líquido amarillo de pared trabeculada y aspecto fibroso. El hígado mostró múltiples nódulos en forma difusa de aspecto umbilicado y fibroso. Al corte, nódulos bien delimitados que variaron de tamaño, granulares y algunos de aspecto necrótico.

¹ Médicos Patólogo. Ex residente de la División de Anatomía Patológica.

² Jefa de la División de Anatomía Patológica.

³ Médico residente. División de Anatomía Patológica.

Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Secretaría de Salud.

Correspondencia:

Dra. Lillian Romero Silva.

División de Anatomía Patológica. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Calzada de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, D.F. 14000.

Tel. 56 65 35 11, extensión 137.

HALLAZGOS MICROSCÓPICOS

En los cortes histológicos se observó una neoplasia mixta formada por un componente ductal con estructuras glandulares y escasa mucina extracelular. Las células con citoplasma claro y núcleo hiper cromático con nucléolo evidente (*Figura 1*). El componente escamoso formado por nidos de células poligonales con puentes intercelulares y citoplasma eosinófilo (*Figura 2*). Ambos componentes infiltrando el tejido peripancreático (*Figura 3*).

Se hizo el diagnóstico de carcinoma adenoescamoso de cola de páncreas con infiltración a serosa de estómago, colon, mesenterio, metástasis a ganglios linfáticos peripancreáticos, del hilio hepático, hígado, pulmón y ovario.

COMENTARIO

Las lesiones quísticas constituyen la mayoría de los tumores del páncreas, con un espectro de neoplasias benignas, limítrofes y malignas; el cistadenoma seroso, (32-39%), las neoplasias mucinosas (10-45%) y las neoplasias papilares intraductales (21-33%), son las neoplasias más frecuentemente encontradas en la práctica diaria.^{1,9}

Las neoplasias malignas se clasifican como invasoras y no invasoras y la incidencia de adenocarcinoma ductal es del 7.5 a 10 por 100,000 personas al año de todas las neoplasias exocrinas del páncreas. Entre las

variantes poco frecuentes encontramos el carcinoma adenoescamoso que representa del 1 al 4% de las neoplasias malignas exocrinas; también es conocido como adenoacantoma o carcinoma mucoepidermoide. El primer caso fue reportado por Herxheimer; se cree que resulta de cambios de metaplasia escamosa en un adenocarcinoma. También se ha encontrado en otros órganos como: pulmones, esófago, estómago, colon, glándulas salivales y tiroides;^{2,3,5} se caracteriza por un componente mixto de adenocarcinoma que son estructuras tipo conductos revestidos por células

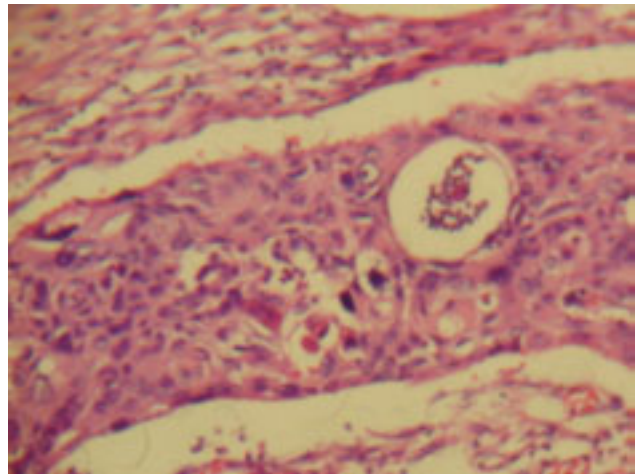


Figura 2. Tinción hematoxilina-eosina (10x). Áreas de diferenciación epidermoide: células de citoplasma eosinófilo abundante y pleomorfismo nuclear.

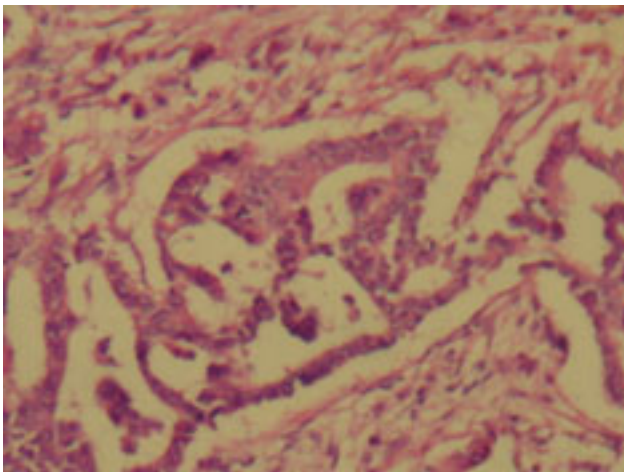


Figura 1. Tinción de hematoxilina-eosina (10x). Glándulas neoplásicas con núcleos vesiculosos.

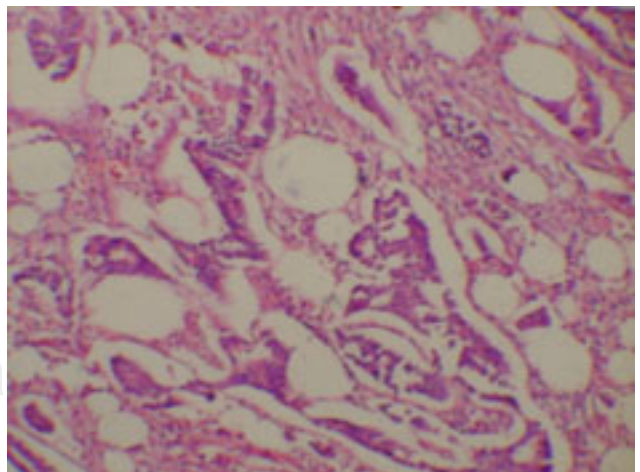


Figura 3. Tinción de hematoxilina-eosina (10x). Glándulas neoplásicas infiltrando tejido adiposo peripancreático.

columnares con núcleo vesiculoso y nucléolo, el citoplasma es claro o puede contener vacuolas de mucina. El componente epidermoide son células grandes poligonales, con núcleo hipercromático, de citoplasma eosinófilo y puentes intercelulares, puede representar más del 30% de la neoplasia, incluso mayor que el componente glandular y con extensa respuesta desmoplásica. La infiltración perineural es común en el 80% de los casos.⁵

La edad media de los pacientes es de 62 años, los síntomas principales son: dolor abdominal y de espalda, pérdida de peso, anorexia, ictericia, esteatorrea, náuseas y vómito. En un estudio de Madura y cols, la localización más frecuente fue la cabeza, seguida por la cola del páncreas.^{4,5} Las alteraciones genéticas se han encontrado en el gen K-ras del cromosoma 12p en el 60% de los casos de carcinomas ductales y en el 92% de las neoplasias mucinosas papilares intraductales. Otros genes asociados son el p16, p53 y Dpc4.^{3, 6, 10}

El componente de adenocarcinoma expresa citoqueratina 7, las zonas de carcinoma epidermoide son positivas para citoqueratina 5 y 6, también marcan para el CA 19-9 y el antígeno carcinoembrionario.⁷ El diagnóstico diferencial es principalmente con pancreatitis crónica, los estudios de gabinete más útiles son la tomografía computada helicoidal para etapificar la neoplasia; el ultrasonido tiene poca definición en estos tumores.^{7,8}

El pronóstico es pobre en estos pacientes ya que la sobrevida a 5 años para ductales clásicos es del 3 al 5% y para la variante adenoescamosa es del 5% a un año. El uso de la quimioterapia adyuvante con la cirugía puede incrementar la sobrevida.⁵

El carcinoma de páncreas se asocia en el 10% de los casos a tromboflebitis migratoria (signo de Trousseau) y el cuadro clínico se caracteriza por trombosis espontánea, debida a la liberación de sustancias procoagulantes.¹¹

REFERENCIAS

1. Brugge WR, Lauwers GY, Sahani D et al. Cystic neoplasms of the pancreas. *N Engl J Med* 2004;16:1218-26.
2. Rhemtullah A, Misdraji J, Pitman MB. Adenosquamous carcinoma of the pancreas, cytologic features in 14 cases. *Cancer cytopathol* 2003;99: 372-78.
3. Iacobuzio-Donahue CH, Klimstra DS, Adsay V et al. Dpc-4 protein is expressed in virtually all human intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *Am J of pathol* 2000;157:755-61.
4. Madura JA, Jarman BT, Doherty MG et al. Adenosquamous carcinoma of the pancreas. *Arch Surg* 1999;134:599-603.
5. Kardon DE, Lester DR, Przygodzki RM et al. Adenosquamous carcinoma of the pancreas: a clinicopathologic of 25 cases. *Mod Pathol* 2001;14:443-51.
6. Kondo H, Sugano K, Fukuyama N et al. Detection of K-ras gene mutations at codon 12 in the pancreatic juice of patients with intraductal papillary mucinous tumors of the pancreas. *Cancer* 1994;73:1589-94.
7. Paal E, Lester DR, Przygodzki RM et al. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 22 intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas, with a review of the literature. *Mod Pathol* 1999;12:518-28.
8. Tsuchi T, Itoh K, Ohshio G et al. Tumor staging of the pancreatic adenocarcinoma using early- and late- phase helical CT. *AJR* 1999;173:375-80.
9. Fukushima N, Mukai K, Kanai Y et al. Intraductal papillary tumors and mucinous cystic tumors of the pancreas; clinicopathologic study of the 38 cases. *Hum Pathol* 1997;28:1010-17.
10. Ralph HH, Roob EW. Pancreas. In: Weidner N. *Modern Surgical Pathology*. Philadelphia: Saunders, 2003: 883-918.
11. Ralph HH, Roob EW. Pancreas. In: Kumar V, Abbas A. Fausto N. *Pathology structural and functional*. 7a ed. Londres: Elsevier, 2005: 943-57.