

ADENOMA FUNCIONANTE DEL PANCREAS

Drs. Joaquín Abello () y Fernando Silva (**)*

En las células de los islotes de Langerhans pueden originarse tumores benignos, presumiblemente malignos y malignos. Cualquiera de éstos puede ser una de las causas orgánicas de hipoglicemia. El síndrome hipoglicémico asociado a tumores de las células de los islotes de Langerhans es debido a una liberación excesiva de insulina por el tejido tumoral.

Nichols (1) reportó por primera vez un adenoma pancreático, hallazgo de necropsia. Howard y colaboradores (2) presentan en 1950 una revisión exhaustiva de 398 casos de tumores de los islotes pancreáticos. Reportaron 313 (78%) adenomas benignos y 48 (12%) sospechosos de malignidad, pero por no haber producido metástasis se catalogaron como benignos. Del total de tumores benignos, 361, 200 fueron intervenidos por combinarse con hiperinsulinismo y resultaron así, funcionantes. Treinta y siete de estos tumores (9%) probaron su malignidad y de éstos, veintidós fueron funcionantes.

Marshall (3) presenta una revisión de 19 casos de hiperinsulinismo causado por tumores funcionantes del páncreas, cuyo diagnóstico y subsecuente tratamiento fueron efectuados en la Clínica Lahey. De ellos, 8 eran adenomas benignos, 12 francos carcinomas, y 9 sospechosos de malignidad.

La mayoría de estos tumores son únicos. En la serie de Howard (2) solo el 5% de los casos reportados fueron múltiples. El tamaño varía entre 1 y 2 cm.

La edad en que se presenta este tipo de lesión oscila entre los 30 y los 40 años. En los niños es raro que la causa de hipoglicemia sea un tumor de las células de los islotes de Langerhans (4). Sin embargo, Howard y colaboradores reportan síndrome hipoglicémico en 14 pacientes menores de 15 años, de los cuales 9 fueron causados por adenoma funcionante del páncreas.

(*) Miembro del Colegio Colombiano de Cirujanos; Miembro de la Sociedad Colombiana de Gastroenterología.

(**) Jefe del Servicio de Urología, Hospital de San Juan de Dios, Cúcuta.

Estos tumores pueden estar situados en la cabeza, en el cuerpo o en la cola del páncreas, o en los sitios de implantación aberrante de tejido pancreático, como el ilustrativo caso de la serie de Marshall (3) al cual le fueron practicadas tres resecciones parciales de páncreas, sin haberse encontrado el tumor. A la autopsia fue hallado un adenoma funcional implantado en tejido aberrante pancreático situado en el epiplón gastroesplénico. Macroscópicamente los tumores son redondeados, duros, bien encapsulados y de color rojo oscuro, que resalta en el tejido sano del páncreas.

Los síntomas dependen enteramente del exceso de insulina secretada por el tumor y de la consecuente hipoglicemia. Para catalogar una hipoglicemia como debida a causa orgánica, por tumor de las células de los islotes de Langerhans, debe llenar plenamente los requisitos de la triada de Whipple: 1) los ataques deben ocurrir después de un período de ayuno o de ejercicio físico fuerte; 2) los valores de glicemia durante el ataque deben ser menores de 50 mg/100 cc; 3) los síntomas deben ser aliviados prontamente con la ingestión de azúcar o inyección intravenosa de glucosa. El test de tolerancia a la glucosa es de poca ayuda para establecer el diagnóstico. Allan (5) hace énfasis en que además deben descartarse juiciosamente las otras causas orgánicas de hipoglicemia: enfermedades hepáticas, de la hipófisis, de las suprarrenales, etc.

El único tratamiento racional del hiperinsulinismo por tumor de los islotes de Langerhans es el quirúrgico. Tal tratamiento debe hacerse una vez el diagnóstico haya sido establecido, pues la espera conduce a deterioro mental causado por los repetidos ataques de hipoglicemia. El páncreas debe ser inspeccionado cuidadosamente para buscar el tumor o tumores. Whipple, citado por Marshall (3) cree que en ciertos casos en los cuales hay seguridad diagnóstica y el tumor no puede ser palpado o visto, el cirujano está autorizado a extirpar el cuerpo o cola del páncreas. Si se localiza fácilmente, debe enuclearse o researse con una porción más o menos grande de páncreas sano adyacente.

PRESENTACION DE UN CASO

Paciente: L. E. R. Sexo masculino. Historia Clínica N^o 004597, Hospital de San Juan de Dios de Cúcuta. Edad 33 años. Profesión: Sastre.

Se trata de un paciente bien nutrido (86 kg. de peso, 179 cm de

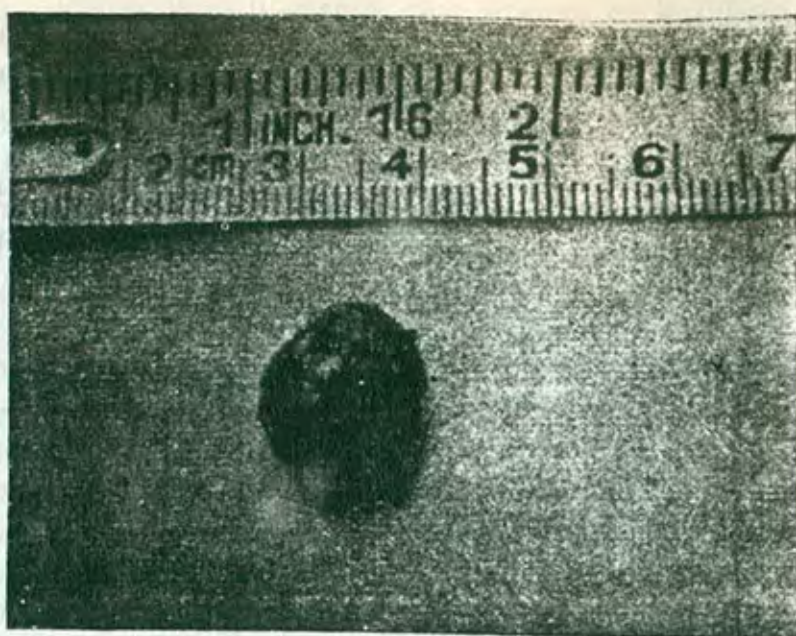
estatura) que consulta por presentar desde hace un mes, trastornos emotivos, convulsiones con pérdida del conocimiento y gran sudoración, ataques que se han presentado en las primeras horas del día y que ceden con la administración oral de líquidos azucarados. En febrero 1/61 es conducido a las 11 de la noche a una Clínica particular, en estado de coma franco. Se le practica una glicemia cuyo resultado es de 24 mg por 100. La administración de glucosa hipertónica lo restablece y una nueva glicemia practicada en ayunas al día siguiente arroja una cifra de 33 mg/100 cc. Es tratado con soluciones dextrosadas y dieta hipercalórica habiendo continuado en buenas condiciones, a pesar de que no logra despertarse totalmente en la mañana si no se le administra oral o intravenosamente azúcar.

En Febrero 15/61 se le practica un test de tolerancia a la glucosa. La cifra inicial en ayunas es de 47 mg/100 cc. Después de la administración de 45 g de glucosa en 139 cc de agua, la glicemia asciende bruscamente y a la media hora obtenemos una cifra de 230 mg/100 cc para luego caer a 67 mg/100 cc 5 horas después.

Se ordena la hospitalización del paciente y logramos observarlo en las primeras horas de la mañana encontrando un enfermo que no responde a las preguntas, soñoliento, bradicárdico y con temperatura cutánea subnormal. Al aplicarle soluciones dextrosadas, reacciona rápidamente y da la impresión de que despertara de un profundo sueño.

Bajo anestesia general, se interviene el 23 de Febrero/61. Se practica una amplia incisión paramediana izquierda, se desprende el epiplón gastro-cólico y se rechaza el estómago hacia arriba, con lo cual queda expuesta la cara anterior del páncreas, en cuyo cuerpo y cerca del borde superior, se encuentra una masa de color rojo oscuro, de unos dos centímetros de diámetro, dura y móvil. Se practica incisión de la cápsula pancreática sobre el tumor, con lo cual dicho elemento hace protrusión. Se decapsula el tumor y se hace cuidadosa hemostasia. Revisión de la cara anterior del páncreas y palpación del mismo órgano. Exploración de estómago, y demás vísceras abdominales. Cierre por planos.

El paciente hace una hiperglicemia pasajera los tres primeros días de post-operatorio (llega a 215 mg/100 cc de glicemia, el segundo día) regresando luego a cifras normales. Sale al octavo día en buenas condiciones. Actualmente se encuentra integrado a su trabajo habitual y las cifras de glicemia son normales.



Informe anatomo-patológico. N° 61-106.

(Dr. Alfonso Méndez L.)

Descripción macroscópica. La muestra viene en líquido fijador y está constituida por un fragmento de tejido que tiene consistencia blanda, color pardo-claro. El tumor es esférico y aparentemente bien circunscrito. Tiene 1.5 cm de diámetro. La superficie de sección es homogénea, lisa, brillante de color pardo-claro, con zonas oscuras, se incluye en su totalidad en dos porciones.

Descripción microscópica. El estudio microscópico de las dos porciones muestra un adenoma de los islotes de Langerhans. El tumor se encuentra bien diferenciado, reproduciendo bastante bien estructuras que recuerdan los islotes. Las células neoplásicas son poliédricas, regulares y tienen citoplasma homogéneo, en ocasiones acidófilo y núcleos redondos, regulares, poco ricos en cromatina. Se agrupan en cordones y en rosetas que dejan ver una pequeña luz. La neoformación presenta una cápsula bien definida y en ella no hay signos de malignidad.

Diagnóstico: Adenoma de los islotes de Langerhans.

BIBLIOGRAFIA

1. NICHOLS, R. — Citado por MAINGOT, R.: "ABDOMINAL OPERATIONS". Appleton-Century-Crofts, Inc., New York, (U.S.A.), 1948. p. 555.
2. HOWARD, J. M.; MOSS, H. M. and RHOADS, J. E.: "Hyperinsulinism and islet cell tumors of the pancreas with 398 recorded tumors". Surg., Gynec. & Obst. 90:417, 1950.
3. MARSHALL, S. F.: "Islet cell tumors of the pancreas producing hypoglycemia". S. Clin. North Am. 38:775, 1958.
4. SWENSON, O.: "PEDIATRIC SURGERY". Appleton-Century Crofts, Inc., New York (U.S.A.), 1958. p. 285.
5. ALLAN, F. N. and MARSHALL, S. R.: "The surgical treatment of islet cell tumor of the pancreas with hyperinsulinism". S. Clin. North Am. 25:719, 1945.