



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DE PÁNCREAS

MARÍA CAROLINA OLANO ACOSTA *, IVÁN MUÑOZ REPETO **, MARÍA DE LA CRUZ MARCHENA PARRA **, MANUEL VICENTE SALINAS MARTÍN ***, MARÍA DE LOS ÁNGELES LÓPEZ GARCÍA ****, DAVID MARCILLA PLAZA ****, MARÍA LUÍSA SÁNCHEZ BERNAL ****, ANDRÉS CARRANZA CARRANZA ****, DAVID HERNÁNDEZ GONZALO ****, FELIPE BORDERAS NARANJO *

* HHUU VIRGEN DEL ROCÍO ESPAÑA

** HHUU VIRGEN DEL ROCÍO ESPAÑA

*** HHUU VIRGEN DEL ROCÍO ESPAÑA

**** HHUU VIRGEN DEL ROCÍO ESPAÑA

Resumen

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma de origen ductal constituye el 85-90% de todos los tumores pancreáticos. Existen varios subtipos, siendo muy infrecuente el de células claras. Es importante descartar otro origen, especialmente el carcinoma metastásico de origen renal. En el caso del páncreas, el carcinoma de células claras es rico en mucina intracitoplasmática e intraglandular, por lo que son positivos para PAS, PAS-amilasa. Los estudios inmunohistoquímicos revelan positividad para CK7, CK20 (focalmente) y CEA y negatividad para alfa -1-antitripsina y vimentina.

HISTORIA CLÍNICA: Varón de 77 años con dolor abdominal epigástrico, síndrome constitucional e ictericia, de 2 meses de evolución. Los estudios de imagen revelan dilatación del colédoco, vías biliares y una masa de 4cm en cabeza de páncreas. Se realiza drenaje biliar (CTHP) y, posteriormente, una duodenopancreatectomía cefálica.

RESULTADOS: El estudio anatomopatológico muestra macroscópicamente una masa blanquecina en cabeza de páncreas, de 4 cm., mal delimitada, que ulcera al duodeno.

Histológicamente se observa un adenocarcinoma poco diferenciado, se extiende al tejido adiposo pericefálico. En gran parte las células son de citoplasma amplio y claro, salpicadas por células mucosecretoras.

Los estudios con PAS y PAS-amilasa muestran presencia de moco y la inmunohistoquímica son positivos CK7, CEA y CK20 (focalmente) y negativa la alfa-1-antitripsina y vimentina.

CONCLUSIONES: El adenocarcinoma de células claras es una entidad muy infrecuente, que debe diagnosticarse excluyendo otras entidades como carcinomas metastásicos. Para esto son necesarias otras tinciones como PAS, PAS-amilasa que demuestran la presencia de mucina en las células; además la inmunohistoquímica resulta útil para descartar su naturaleza metastásica y apoyar el origen ductal de dicho carcinoma.

Introducción

El adenocarcinoma pancreático de origen ductal constituye más del 85% de todos los tumores pancreáticos exocrinos. Se reconocen varios subtipos incluyendo el carcinoma mucinoso no quístico, carcinomas de células en anillo de sello, carcinoma adenoescamoso, carcinoma anaplásico (indiferenciado), carcinoma indiferenciado con células gigantes osteoclasto-like y carcinoma mixto ductal-insular. Estas variantes son raras y se encuentran en menos del 1% al 3%. El carcinoma de células claras se caracteriza por ser rico en mucina intracitoplasmática e intraglandular, siendo positivo para PAS y PAS-amilasa. Los estudios inmunohistoquímicos revelan positividad para CK7, CEA, una CK20 débil y negatividad para alfa-1-antitripsina y vimentina.

Presentamos el caso de un varón de 77 años con dolor abdominal epigástrico y síndrome constitucional de 2 meses de evolución.

Ingresa para estudio, se realiza ecografía abdominal que muestra una dilatación del colédoco y vías biliares; masa en cabeza de páncreas; y un TAC de abdomen que muestra una tumoración en cabeza de páncreas de 4 cm de diámetro. Con el diagnóstico de carcinoma de páncreas se traslada a cirugía donde se realiza CTHP para drenaje de la vía biliar. Posteriormente es intervenido quirúrgicamente, se realiza una duodenopancreatectomía cefálica. La evolución es favorable y es dado de alta.

Material y Métodos

Se recibe pieza de duodenopancreatectomía cefálica que al corte muestra una masa mal delimitada, blanquecina, de 4cm de dimensión principal, localizada en cabeza de páncreas, que ulcera la mucosa duodenal.

Resultados

Histológicamente se observa un adenocarcinoma poco diferenciado que se extiende al tejido adiposo pericefálico. La gran mayoría de las células son de citoplasma amplio y claro, salpicadas por células mucosecretoras (FIG. 1 y 2). Los estudios con PAS, PAS-amilasa (FIG. 3) muestran presencia de moco. La inmunohistoquímica muestra positividad para CK7 (FIG. 4), CEA (FIG. 5) y CK20 (focalmente) (FIG. 6) y negatividad para alfa-1-antitripsina y vimentina.

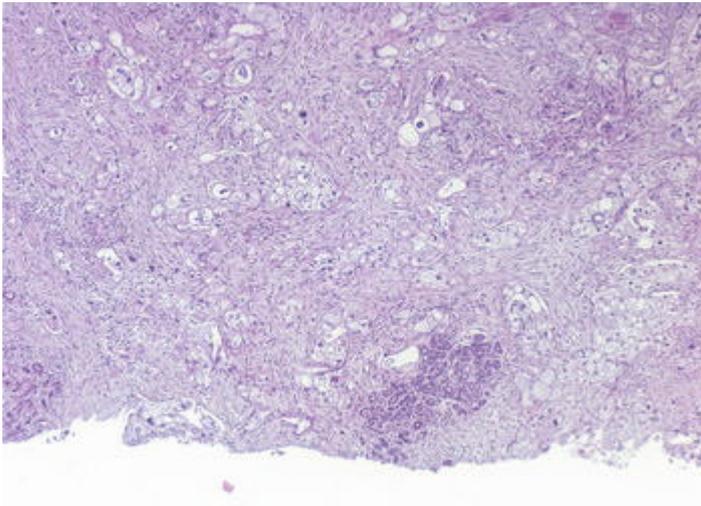


FIG. 1 - Páncreas con adenocarcinoma de células claras. H&E 4x

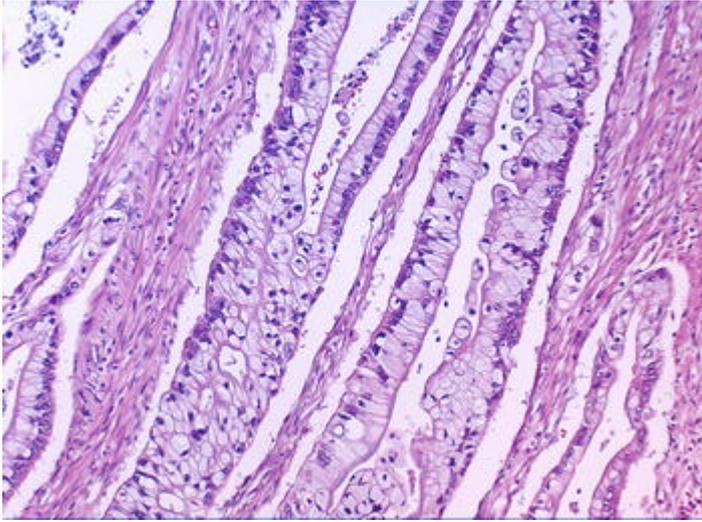


FIG. 2 - Detalle de una zona de células claras del adenocarcinoma. H&E 10x.

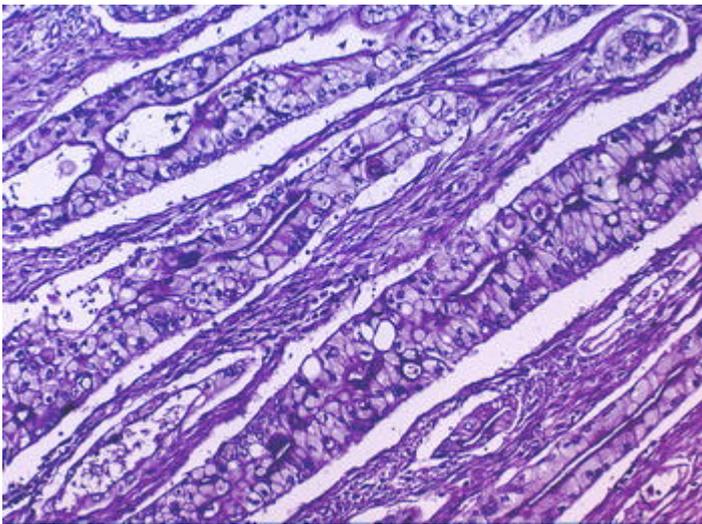


FIG. 3 - Detalle de células neoplásicas con tinción de amilasa. 10x

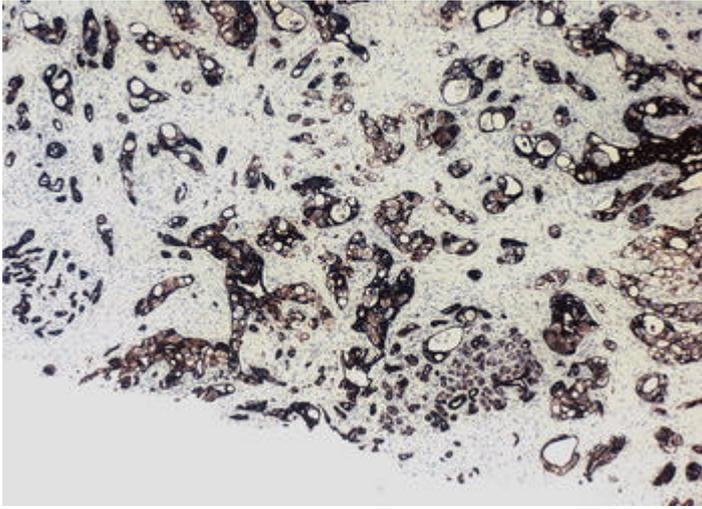


FIG. 4 - CK 7 positiva en todas las células claras tumorales y en páncreas no neoplásico como control interno. 4x

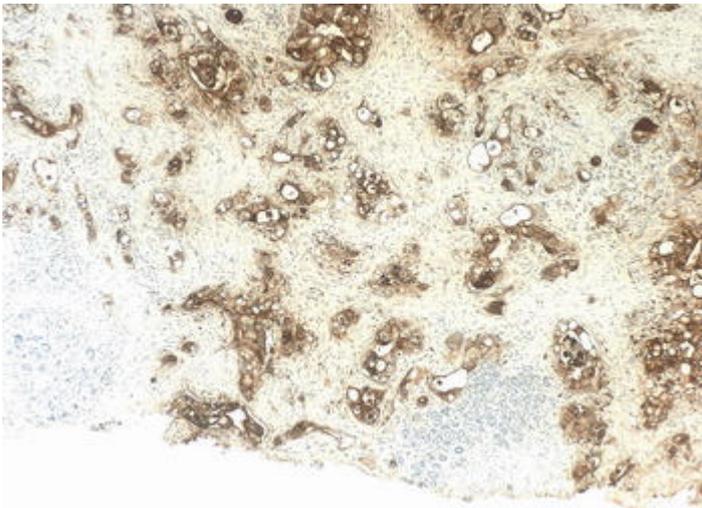


FIG. 5 - CEA positivo en la misma zona neoplásica que la anterior. 4x

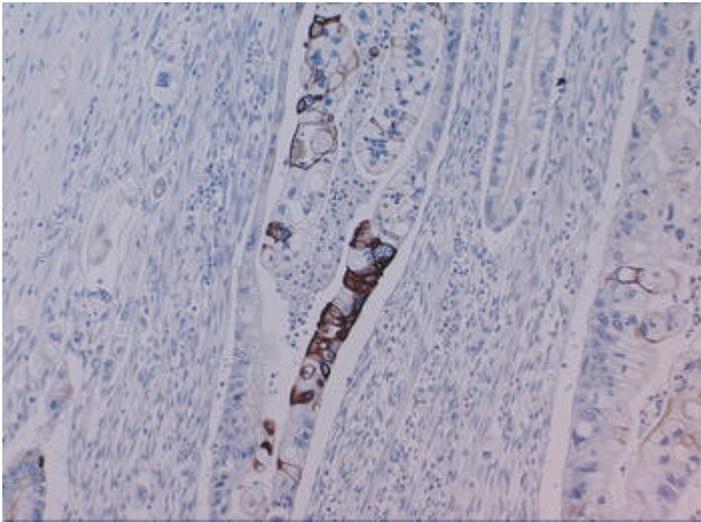


FIG. 6 - CK 20 focalmente positiva en células claras neoplásicas. 10x

Conclusiones

El adenocarcinoma de células claras es una entidad muy infrecuente, que debe diagnosticarse excluyendo otras entidades como los carcinomas metastásicos, especialmente el de origen renal. La OMS lo reconoce dentro del grupo de tumores "misceláneos". Para su diagnóstico son necesarias otras tinciones como PAS, PAS-amilasa que demuestran la presencia de moco en las células; además la inmunohistoquímica resulta útil para descartar su origen metastásico .

Bibliografía

- Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the Páncreas. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1995:64-102. *Atlas of Tumor Pathology*; 3rd series, fascicle 20.
- Hamilton SR, Aaltonen LA, eds. Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System. Lyon, France: IARC Press; 2000:221-250. *World Health Organization Classification of Tumours*; vol 2.
- LuttgesJ, Vogel I, Menke M, Henne-Bruns D, Kremer B, Kloppel G. Clear cell carcinoma of the pancreas: and adenocarcinoma with ductal phenotype. *Histopathology*. 1998;32:444-448.
- Sourav R, Zhengbin L, Swaminathan R. Clear cell ductal adenocarcinoma of the Pancreas. A case report and Review of the Literature. *Arch Pathol Lab Med*. 2004 Jun; 128 (6): 693-696.
- Vardaman C, Albores-Saavedra J. Clear cell carcinomas of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. *Am J Surg Pathol*. 1995; 19:91-99.