

# Cartas al director



## Carcinoma escamoso de páncreas

**Sr. Director:**

Hemos leído con atención el artículo "Tumores quísticos del páncreas: revisión de la literatura" de Fernández publicado en el volumen 73, número 5 de su Revista. Quisiéramos felicitarle tanto por la exhaustiva revisión como por la clara exposición que ha hecho sobre el tema. Pero echamos en la falta la no inclusión del carcinoma escamoso de páncreas.

En las revisiones sobre lesiones quísticas de páncreas, como la de Becker<sup>1</sup>, las lesiones neoplásicas sólo suponen el 13%, y los carcinomas escamoso y adenoescamoso de páncreas suponen únicamente el 4%<sup>2</sup> de todos los carcinomas pancreáticos. Sin embargo, el carcinoma escamoso de páncreas se presenta frecuentemente como una lesión quística<sup>3,4</sup>. En la revisión de Itani et al<sup>5</sup>, los 6 casos que revisan se presentaron de este modo, y así otros casos recogidos en la bibliografía o el caso atendido en nuestro servicio.

En este tipo de cánceres, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica suele mostrar una ausencia de comunicación entre el conducto pancreático principal y la lesión. Aunque en algún caso había signos de pancreatitis clínica y el cáncer probablemente ocurrió en un pseudoquiste relacionado con el proceso inflamatorio, la presencia del pseudoquiste puede ser explicada como el resultado de procesos hemorrágicos o isquémicos. Otro hallazgo, tanto de este tipo de tumores como de las neoplasias pancreáticas en general, es la presencia de calcificaciones. Éstas probablemente representen focos de hemorragia o episodios de pancreatitis. Las calcificaciones no parecen alterar el pronóstico de estos cánceres; sin embargo, pueden ser malinterpretadas y, por tanto, retrasar el tratamiento apropiado.

El carcinoma escamoso de páncreas muestra una gran agresividad; invade estructuras adyacentes y en más del 80% de los casos es irresecable en el momento del diagnóstico. Su supervivencia a los 5 años está en torno al 1%<sup>6</sup>. Dado que su presentación como lesión quística es común y debido a que se trata de una lesión poco frecuente, no suele plantearse entre los diagnósticos diferenciales, hecho que podría llevar a un retraso en realizar el tratamiento adecuado y, por tanto, afectar a la supervivencia.

**Jorge Escartin, María Pilar Cebollero  
y Jesús María Esarte**

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

## Bibliografía

1. Becker WF, Welsh RA, Pratt HS. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. *Ann Surg* 1965;161:845-63.
2. Yamaguchi K, Enjonji M. Adenoescamoso carcinoma of the pancreas: a clinicopathologic study. *J Surg Oncol* 1991;47:109-16.
3. Morgan J, Amazon K, Termin L. Squamous cell carcinoma infiltrating a pancreatic pseudocyst. *South Med J* 1989;82:1161-4.
4. Beyer KL, Marshall JB, Mezler MH, Puotter JS, Seger RM, Díaz-Arias AA. Squamous cell carcinoma of the pancreas. Report of an unusual case and review of the literature. *Dig Dis Sci* 1992;37:312-8.
5. Itani KMF, Karni A, Green L. Squamous cell carcinoma of the pancreas. *J Gastrointest Surg* 1999;3:512-5.
6. Baylor SM, Brge JW. Cross-classification and survival characteristic of 5000 cases of cancer of the pancreas. *J Surg Oncol* 1973;5:335-58.



## Estándares en la cirugía programada del cáncer de recto

**Sr. Director:**

En el volumen 74, número 6, de diciembre de 2003 se publicó un artículo especial firmado por Ortiz titulado "Estándares de calidad e instrumentación necesaria por vía laparotómica en la cirugía del cáncer de recto bajo"<sup>1</sup>. En él se hacía referencia a un estudio prospectivo y multicéntrico de ámbito nacional publicado en 2002 por la Sección de Gestión de Calidad (SGC) de la Asociación Española de Cirujanos acerca del tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal<sup>2</sup>. En su artículo, el autor comenta la ausencia de información diferenciada en relación con mortalidad y las dehiscencias anastomóticas de la cirugía del cáncer de colon y del recto en dicho estudio nacional.

En este sentido, hemos de señalar que, dada la gran cantidad de información obtenida en ese estudio multicéntrico, los resultados han sido presentados de forma global en dos informes consecutivos orientados a las diferentes dimensiones de la calidad del proceso y a la propuesta de una vía clínica<sup>2,3</sup>, así como un tercer informe sobre calidad percibida que ha sido remitido recientemente a la revista CIRUGÍA ESPAÑOLA y aceptado para su publicación<sup>4</sup>. Sin embargo, otros aspectos técnicos más específicos de los procesos fueron expuestos y ampliamente debatidos en la Mesa de "Estándares en la cirugía del cáncer de recto", de la XIV Reunión Nacional de Cirugía, celebrada en Valencia en el año 2003<sup>5</sup>.

Los resultados obtenidos en los dos indicadores señalados anteriormente han sido los siguientes: mortalidad en el cáncer de recto del 0,6% y de colon del 1,6% (diferencias estadísticamente no significativas); fístula anastomótica en el recto del 14,4% (en tumores por debajo de 12 cm del 14,71%) y en el colon del 3,1% (p = 0,008).

Para una mayor información se puede consultar la página web de la AEC (apartado Sección de Gestión de