

PRESENTACIÓN DE CASO

Gran adenocarcinoma de cabeza pancreática sin ictericia

Big Pancreatic Head Adenocarcinoma without Jaundice

Joaquín Alejandro Solarana Ortíz ¹, Raúl Martínez Osorio ², Yadir Ramírez Pupo ³, Randy Angulo Álvarez ³, Margarita Rodríguez Diéguez ⁴

1. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General y en Medicina General Integral. Asistente. Investigador Agregado. Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

2. Especialista de Primer Grado en Cirugía General y en Medicina General Integral. Instructor. Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Residente de primer año de Cirugía General. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba

4. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se presentó una paciente de 28 años de edad, raza negra y procedencia rural con antecedentes de litiasis vesicular de hace siete años, la cual acudió a consulta de Cirugía General por presentar vómitos ocasionales al ingerir alimentos, de color amarillo, escasos en cantidad y de contenido alimentario, al ser examinada se encuentra tumor palpable en hipocondrio derecho de ocho centímetros, por lo que se ingresó para estudio, luego fue sometida a tratamiento quirúrgico, encontrándose gran tumor de la cabeza pancreática, con compresión del duodeno, sin ictericia, ni dilatación de vías biliares extrahepáticas, realizándose pancreatoduodenectomía con reconstrucción del tránsito gastrointestinal y biliodigestivo.

Palabras clave: hipocondrio, pancreatoduodenectomía, gastrointestinal, biliodigestivo.

ABSTRACT

A 28 – year-old female patient, black, of rural origin with a history of lithiasis during seven years ago was presented in this paper. She came to General Surgery consultation because when eating food occasionally presented vomiting of yellow color, few in number and food content. When examination was performed a palpable tumor in the right upper quadrant of eight centimeters was found, so she was admitted for evaluation, after the surgical treatment was performed a big pancreatic head adenocarcinoma was found, with compression of the duodenum, neither jaundice nor extrahepatic bile duct dilatation were observed. Pancreatoduodenectomy with reconstruction of gastrointestinal and biliodigestive traffic was performed.

Keywords: hypochondrium, pancreaticoduodenectomy, gastrointestinal, biliodigestive.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del páncreas son más frecuentes en pacientes mayores de 55 años, hombres y raza negra, generalmente los de la cabeza cursan con ictericia, signo más frecuente de debut que evidencia obstrucción del libre paso de la bilis al duodeno¹.

El cáncer de páncreas es un serio problema en la salud pública de todo el mundo y ocupa el séptimo lugar entre las enfermedades neoplásicas más frecuentes, la incidencia del carcinoma de páncreas aumenta con la edad, y en más del 80 % de los pacientes se presenta entre la sexta y octava década de la vida, cuando se expresa clínicamente, se encuentra en la mayoría de los casos en un estado avanzado y su principal signo para los cánceres de cabeza y cuello es la ictericia, lo que generalmente marca un estado avanzado de la enfermedad².

La obstrucción biliar es considerada un elemento de mal pronóstico y factor de complicaciones perioperatorias, por sus efectos adversos sobre los diferentes sistemas del organismo, se presentó un caso atípico de una paciente joven con gran adenocarcinoma de la cabeza pancreática sin manifestar ictericia.

A pesar de los avances científico-tecnológicos de las últimas décadas el cáncer de páncreas se mantiene como una enfermedad de diagnóstico tardío, con aproximadamente 50 % de

enfermedad metastásica al momento del diagnóstico; el 40 % de los pacientes tienen tumores localmente avanzados y solo una minoría que no supera el 8 % pueden ser tratados con intención curativa y estar vivos al cabo de cinco años³.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presentó una paciente de 28 años de edad, raza negra y procedencia rural con antecedentes de litiasis vesicular de hace siete años, la cual acudió a consulta de Cirugía General del Hospital Lenin en mayo de 2013, por presentar vómitos ocasionales al ingerir alimentos, de color amarillo, escasos en cantidad y de contenido alimentario. Al ser examinada se encuentra tumor palpable en hipocondrio derecho de unos 8 centímetros, por lo que se ingresó para estudio y tratamiento.

Antecedentes patológicos familiares: no refiere.

Antecedentes patológicos personales: litiasis vesicular.

Datos del examen físico: en hipocondrio derecho se palpó tumor abdominal de ocho centímetros aproximadamente, consistencia dura, no doloroso, superficie lisa, bordes irregulares, adherido a planos profundos que no se moviliza.

Estudios complementarios:

- Hemoglobina: 117 g/L
 - Eritrosedimentación: 15 mm/h
 - Glucemia: 4 mmol/L
 - Coagulograma: normal
 - Creatinina: 62 μ mol/L
 - Transaminasa glutámico
 - Transaminasa glutámico
 - Ultrasonido abdominal: en hipocondrio derecho hacia la derecha de la línea media se observó imagen de baja ecogenicidad, contornos irregulares, heterogénea y con zonas de menor ecogenicidad, que mide 94 x 68 mm.
- | |
|----------------------------------|
| Grupo: O positivo |
| Leucocitos: $10 \times 10^9 / L$ |
| Orina: normal |
| Colesterol: 4,9 mmol/L |
| Bilirrubina total: 16 mmol/L |
| Pirúvica: 27 U/L |
| Oxalacética: 15 U/L |

- Panendoscopia: en estómago se observó eritema parcheado de toda la mucosa con zonas pálidas y vasos por transparencia, los pliegues eran normales, peristaltismo conservado; llamó la atención que al realizar la maniobra de retroversión esta no se pudo realizar de forma completa por ofrecer resistencia.
- Laparoscopia: a nivel de la región antropilórica y protruyendo por detrás del meso de la curvatura mayor gástrica, se observó aumento de volumen redondeado, en relación con el estómago, de consistencia dura, se observó adenopatía a nivel del peritoneo posterior debajo del lóbulo derecho del hígado. Conclusiones: tumor retroperitoneal.
- Tomografía axial computarizada abdominal (TAC): se realizó TAC abdominal simple y EV con espesor de cortes de 10 mm, se observó gran masa tumoral de 83 x 95 x 100 mm de contornos irregulares, bien definidos con calcificaciones excéntricas ([fig. 1](#)), de contenido de menor densidad en su interior por posible necrosis que no se pudo definir de qué órgano depende, que provocaba compresión de la cava inferior y estructuras vasculares adyacentes y con desplazamiento del riñón derecho en sentido caudal y hacia fuera. Al inyectar contraste la lesión presentó realce importante y heterogéneo de más de 30 UH. Conclusiones: masa retroperitoneal.

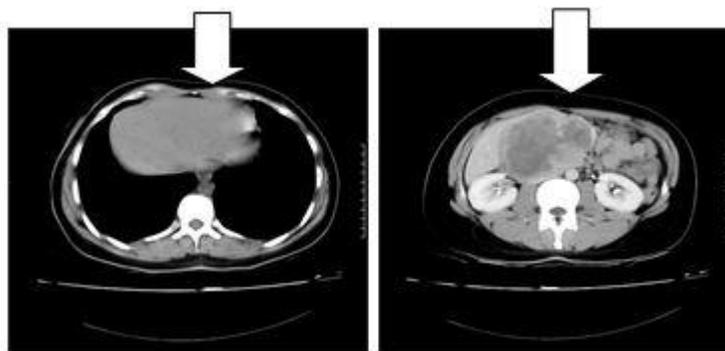


Fig. 1. Imagen tomográfica donde se observó la masa tumoral retroperitoneal

Biopsia postoperatoria: adenocarcinoma de cabeza pancreática moderadamente diferenciada con necrosis intratumoral y microcalcificaciones.

En el acto quirúrgico se encontró gran tumor de la cabeza pancreática de 20 centímetros de diámetro aproximadamente ([fig. 2](#)), consistencia dura, bordes irregulares, que comprimía duodeno, sin dilatación de vías biliares extrahepáticas, sin metástasis hepáticas, ni infiltración de grandes vasos; se realizó pancreatoduodenectomía de Whipple ([fig. 3](#)) con reconstrucción del tránsito gastrointestinal y biliodigestivo, con evolución satisfactoria postoperatoria.

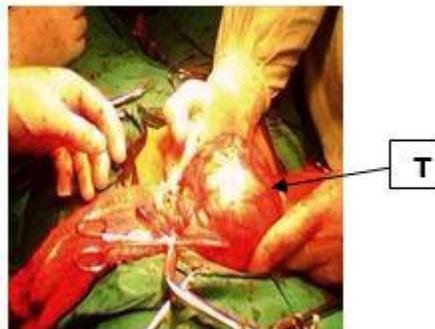


Fig. 2. Tumor encontrado en la laparotomía (T)

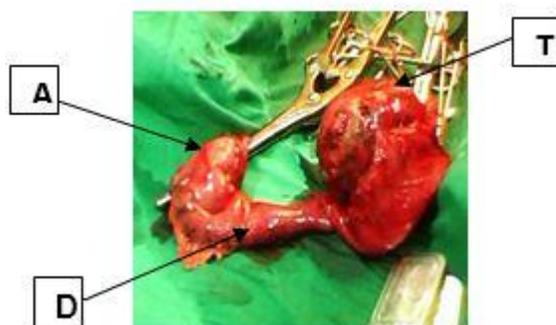


Fig. 3. Pieza quirúrgica. Tumor (T), duodeno (D), antro gástrico (A)

DISCUSIÓN

En 1909 Walter Kausch realiza la primera pancreatoduodenectomía con preservación del remanente pancreático, Whipple, Parsons y Mullins en 1935 publican sus resultados de la técnica, conocida como resección estándar de Whipple⁴.

Los tumores del páncreas son más frecuentes en pacientes mayores de 55 años, hombres y de raza negra, generalmente los de la cabeza cursan con ictericia, signo más frecuente de debut que evidencia obstrucción del libre paso de bilis al duodeno. Las manifestaciones clínicas de los tumores del páncreas son inespecíficas, variando desde el dolor abdominal, la ictericia, pérdida de peso, diabetes a la dispepsia digestiva⁵.

La supervivencia del cáncer de páncreas, depende del estado general del paciente y de la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Una de sus características es la invasión precoz de ganglios linfáticos e hígado. La mayoría de los casos se presentan en edades

superiores a 50 años, es más frecuente en varones. El 90 % son adenocarcinomas que crecen a partir de los ductos pancreáticos, y se localizan en la cabeza pancreática.

Entre los factores etiológicos implicados destaca el consumo de cigarrillos, café y alcohol, síndromes hereditarios, cambios genéticos del ADN, y pacientes gastrectomizados, así como diabetes mellitus y pancreatitis crónica. El tratamiento con intención curativa es la resección quirúrgica en pacientes con enfermedad localizada, en el cáncer de páncreas diseminado, o localmente avanzado, se indica tratamiento paliativo de sus complicaciones biliares o gástricas, son pobres los resultados de la quimioterapia y su pronóstico es malo⁶.

El cáncer de páncreas es uno de los tumores de peor pronóstico, con supervivencia al cabo de cinco años del 1 al 4 %, un diagnóstico precoz puede beneficiarse de un tratamiento curativo, sin embargo, la mayoría de los pacientes presentan enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico, sólo subsidiario de tratamiento paliativo con prótesis endoluminales.

El 90 % corresponden a adenocarcinomas ductales, que se localizan entre el 60-70 % en la cabeza del páncreas. El diagnóstico del cáncer de páncreas es en ocasiones difícil de realizar, pues presenta inicialmente síntomas inespecíficos, similares a otras enfermedades como la pancreatitis crónica^{7, 8}.

Este caso atípico se refirió a una paciente femenina de 28 años con gran tumor de la cabeza pancreática (20 cm de diámetro) prácticamente asintomático y sin manifestar nunca ictericia, ni dilatación de la vía biliar principal, por lo que se consideró como una forma clínica de evolución poco frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yamaguchi K. How to define patients at high risk for pancreatic cancer. *Pancreatology*. 2011; [citado 2 may 2013]; 11(2):3-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21464580>
2. Ouaisi M, Hubert C, Verhelst R, Astarci P, Sempoux C, Jouret Mourin A, et al. Vascular reconstruction during pancreatoduodenectomy for ductal adenocarcinoma of the pancreas improves resectability but does not achieve cure. *World J Surg*. 2010 [citado 21 may 2014]; 34(11):2648-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Vascular+reconstruction+during+pancreatoduodenectomy+for+ductal+adenocarcinoma+of+the+pancreas+improves+resectability+but+does+not+achieve+cure>

3. D'Onofrio M, Barbi E, Dietrich CF, Kitano M, Numata K, Sofuni A, et al. Pancreatic multicenter ultrasound study (PAMUS). *Eur J Radiol.* 2012 [citado 21 may 2014]; 81:630-38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Pancreatic+multicenter+ultrasound+study+%28PAMUS%29>
4. Pessaux P, Sauvanet A, Mariette C, Paye F, Muscari F, Cunha AS, et.al. External pancreatic duct stent decreases pancreatic fistula rate after pancreaticoduodenectomy: prospective multicenter randomized trial. *Ann Surg.* 2011 [citado 21 mayo 2014]; 253(5):879-85. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=External+pancreatic+duct+stent+decreases+pancreatic+fistula+rate+after+pancreaticoduodenectomy%3A+prospective+multicenter+randomized+trial>
5. Grossjohann HS, Rapoport ED, Jensen C, Svendsen LB, Hillingsø JG, Hansen CP, et al. Usefulness of contrast-enhanced transabdominal ultrasound for tumor classification and tumor staging in the pancreatic head. *Scand J Gastroenterol.* 2010[citado 21 may 2014]; 45(7):917-24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Usefulness+of+contrast-enhanced+transabdominal+ultrasound+for+tumor+classification+and+tumor+staging+in+the+pancreatic+head.+Scand+J+Gastroenterol>
6. Freeny PC, Marks WM, Ryan JA, Traverso LW. Pancreatic ductal adenocarcinoma: diagnosis and Measurement of pancreatic fat by magnetic resonance imaging: predicting the occurrence of pancreatic fistula after pancreatoduodenectomy. *Ann Surg.* 2010 [citado 21 may 2014]; 251(5):932-36. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Measurement+of+pancreatic+fat+by+magnetic+resonance+imaging%3A+predicting+the+occurrence+of+pancreatic+fistula+after+pancreatoduodenectomy>
7. Van der Gaag NA, Rauws EA, Van Eijck CH, Bruno MJ, Van der Harst E, Kubben FJ, et.al. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas. *N Engl J Med.* 2010 [citado 21 may 2014]; 362(2):129-37. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20071702>
8. Fitzmaurice C, Seiler CM, Büchler MW, Diener MK. Survival, mortality and quality of life after pylorus-preserving or classical Whipple operation. A systematic review with meta-analysis. *Chirurg.* 2010[citado 21 may 2014]; 81(5):454-71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20020091>

Recibido: 15 de mayo 2014

Aprobado: 22 de mayo 2014

Dr. *Joaquín Alejandro Solarana Ortíz*. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín.
Cuba.

Correo Electrónico: joaquin@hvil.hlg.sld.cu