

**1) Página de título**

**a. Título del trabajo:**

Adenocarcinoma en la Cabeza del Páncreas.

**b. Autores:**

Lorena Andrea Roca Renjifo.

Luis Alberto Salinas Padilla.

Luciana Tito Bustillos.

**c. Asesores:**

Dr. Jorge Fernando Aparicio Mendieta. Especialista en Cirugía General.

Dr. Sergio Alejandro Alborta Méndez. Residente en Cirugía General.

**d. Facultad y Universidad:**

Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Autónoma Gabriel Rene Moreno.

**e. Sociedad Científica:**

SCIEMED.

**f. Correspondencia:**

Luis Alberto Salinas Padilla, calle Capitán Chávez No. 3835, +59170811915,  
lalberto\_lsp@hotmail.com.

**g. Ciudad y país:**

Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

## 2) Resumen

El cáncer de páncreas es una de las enfermedades más letales dentro de los distintos tipos de carcinomas. Siendo más frecuentes los adenocarcinomas infiltrantes intraductales en la cabeza del páncreas. La supervivencia al momento del diagnóstico es de 5%, siendo la resección quirúrgica el único tratamiento curativo, aumentando la tasa de supervivencia a 18 a 25%.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 59 años de edad, con un cuadro clínico característico de un síndrome icterico, de aproximadamente 15 días de evolución, sometida a una exploración de vías biliares posterior a una Colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada fallida. Confirmandose el diagnóstico de tumor en la cabeza de páncreas por una Tomografía Axial Computarizada. Finalmente, se realiza exitosamente una cirugía de Whipple con un diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma en la cabeza de páncreas.

Al obtener un diagnóstico temprano, podemos mejorar ostensiblemente el tiempo y calidad de vida del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** adenocarcinoma infiltrantes intraductales, síndrome icterico, Colangiopancreatografía Endoscópica Retrograda, Tomografía Axial Computarizada, cirugía de Whipple, adenocarcinoma en la cabeza del páncreas.

### 3) Abstract

Pancreatic cancer is one of the most lethal diseases within the different types of carcinomas. Intraductal infiltrating adenocarcinomas are more frequent in the head of the pancreas. Survival at the time of diagnosis is 5%, with surgical resection being the only curative treatment, increasing the survival rate to 18 to 25%.

We present the case of a female patient of 59 years old, with a characteristic clinic of an icteric syndrome, of approximately 15 days of evolution, subjected to an exploration of bile ducts after a failed retrograde Endoscopic Cholangiopancreatography. The diagnosis of tumor in the head of the pancreas was confirmed by Computed Axial Tomography. Finally, Whipple surgery was successfully performed with a histopathological diagnosis of adenocarcinoma in the head of the pancreas.

By obtaining an early diagnosis, we could ostensibly improve the patient's time and quality of life.

**KEY WORDS:** Intraductal infiltrating adenocarcinoma, icteric syndrome, Retrograde Endoscopic Cholangiopancreatography, Computed Axial Tomography, Whipple surgery, adenocarcinoma of the head of the pancreas.

#### **4) Texto**

### **INTRODUCCION**

El cáncer de páncreas es una de las enfermedades más letales dentro de los distintos tipos de carcinoma. Ocupa el cuarto lugar de mortalidad en los Estados Unidos y su sobrevida el momento del diagnóstico es de un 5%. [1] La frecuencia de nuevos casos de esta enfermedad y las tasas de fallecimiento cada año están muy próximas y a su vez su detección conlleva un mal pronóstico. A pesar de los intentos para mejorar la sobrevida de los pacientes con cáncer de páncreas, los logros y el impacto real han sido mínimos comparado con los éxitos en el manejo de otros cánceres. En los países vecinos como Chile y Argentina hay una tasa de incidencia estimada de 5 casos por 100.000 [8] en hombres y mujeres con una ligera inclinación a los hombres para padecer esta enfermedad, predominando en las edades de 60 a 80 años. El tipo más frecuente de los cánceres de páncreas es el adenocarcinoma, un 75% de este hallazgo histológico se encuentra ubicado en la cabeza del páncreas [3]. Si presenta sintomatología, refiere una enfermedad bastante avanzada. En la actualidad, el 85-90% de los enfermos tiene enfermedad inoperable o con metástasis, siendo esta una de las razones por la cual debemos procurar llegar a un diagnóstico precoz. Si se identifica el cáncer en etapa incipiente y si se practica ablación quirúrgica completa, mejora la supervivencia a un 20% [1].

### **CASO CLINICO**

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino cuyas siglas corresponden A.M.N.T de 59 años de edad con residencia habitual en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Quien acude a emergencias de un hospital de segundo nivel por un cuadro característico de un síndrome icterico de aproximadamente 15 días de evolución, presentando los clásicos síntomas de dolor abdominal, vómitos, prurito,

acolia, coluria e ictericia en piel y conjuntiva (ictericia no específica) y una pérdida de peso de aproximadamente 15 kilogramos en los últimos 3 meses, siendo su peso de 43 kilogramos al momento de ingresar al hospital.

Dentro de sus antecedentes no patológicos menciona no ingerir bebidas alcohólicas o fumar y cursa con una dieta corriente. Antecedentes patológicos, colecistectomizada hace 9 años. Antecedentes familiares, el hermano de la paciente presentó un cáncer gástrico.

Al examen físico, paciente ingresa con regular estado general, hemodinámicamente estable, sin embargo presenta piel y mucosas ictericas, con un abdomen blando, depresible, con ligero dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho. Paciente es tratada como un síndrome icterico por la sintomatología y a su vez tomándose en cuenta la dilatación del colédoco señalada de 12 a 13 milímetros (ver: 1.1 Ecografía de Ingreso). Acorde a protocolo se le realiza una Colangiopancreatografía Endoscópica Retrograda (ERCP) la cual resulta fallida y posterior a esto se somete a una exploración de vías biliares, en el intraoperatorio se identifica una masa palpable en colédoco distal motivo por el cual se deja un drenaje de Kehr para descomprimir la vía biliar ya que en comparación a la ecografía, en el intraoperatorio se aprecia un colédoco de aproximadamente 20 milímetros, con esto se transfiere a la paciente a un hospital de tercer nivel para su manejo correspondiente.

Al ingreso, se solicitan exámenes laboratoriales (ver: 1.2 Laboratorios de Ingreso) lo llamativo de estos laboratorios son el aumento de las bilirrubinas totales (4.92mg/dl) a expensas de la bilirrubina directa (3.91mg/dl). También es notable un aumento de la Alanina amino transferasa (ALT) con un valor de 465 U/L. solicitando también una Tomografía Axial Computarizada (TAC) donde se visualiza una masa 3x3cm en la cabeza del páncreas.

Acorde al cuadro clínico correlacionando con los exámenes laboratoriales y las pruebas de imágenes, se manejan los posibles diagnósticos; desde patologías benignas como litiasis residual, estenosis de colédoco o incluso una parasitosis, como también patologías malignas como una neoplasia de páncreas. Siendo confirmada esta última suposición por la Tomografía Axial Computarizada (TAC), donde se evidencia la masa confirmando el diagnóstico.

Como posibilidad quirúrgica se plantea a la paciente la cirugía de Whipple más biopsia por congelación intraoperatoria, quien recibe una información detallada sobre el procedimiento, sobre sus complicaciones inmediatas y mediatas y voluntariamente acepta la intervención y firma su consentimiento para realización de la misma, se realiza la cirugía llegándose a un diagnóstico histopatológico de un adenocarcinoma en la cabeza del páncreas y la biopsia por congelación intraoperatoria salió negativa.

Actualmente, a los tres meses de la cirugía con seguimiento quirúrgico, la paciente presentó en los primeros dos meses, aumento de peso, dieta corriente y estuvo sin presencia de ictericia, habiéndose retirado los drenajes de Kehr y Jackson Pratt a los cuarenta días post operatorio. Al tercer mes, paciente acude a su control con presencia de líquido libre en el fondo de saco de Douglas en escasa cantidad, al igual que ictericia en piel y mucosas, llevándonos a un pronóstico reservado e incierto.

## **DISCUSION**

Tener conocimiento básico y/o avanzado sobre las enfermedades neoplásicas más frecuentes que causan morbimortalidad y su diagnóstico temprano mejora ostensiblemente el tiempo y calidad de vida del paciente.

El cáncer de páncreas es la cuarta causa de muerte en los Estados Unidos, siendo su hallazgo histológico más frecuente el adenocarcinoma con un 75% de estos ubicado en la cabeza del páncreas [3]. La etiología del cáncer pancreático es desconocida.

Esta neoplasia maligna es difícil de detectar y diagnosticar, se origina de las células epiteliales ductales del páncreas exocrino con un pronóstico ominoso dado que la gran mayoría de los casos se presentan en estadios avanzados. Dentro de los factores de riesgo, tenemos como principales a la genética con una mutación en el gen KRAS que afecta al codón 12 y se encuentran en un 60% a 75% de personas con cáncer pancreático [1]. Luego, cabe mencionar al tabaquismo, siendo presente en 20 a 25% de los cánceres de páncreas [1].

Primeramente, no hay signos ni síntomas notables en los estadios iniciales y cuando se presentan, son similares a una variedad de enfermedades. Puede estar presente la pérdida de peso, diaforesis, ictericia, diabetes, prurito, letargo o como en caso de nuestra paciente, un síndrome icterico de carácter obstructivo, inclinándonos a alguna patología biliar. El síntoma principal de los estadios más avanzados es el dolor, en el 80% de los casos (por invasión de plexos mesentéricos) más frecuente cuando se localiza en el cuerpo y la cola del páncreas, este es de tipo insidioso localizado en la región del epigastrio e irradiado hacia el hipocondrio tando derecho como izquierdo y en varias ocasiones tambien a la región lumbar, la ictericia predomina cuando el tumor se localiza en la cabeza del páncreas debido a la compresión por el tumor de la porción del colédoco intrapancreático.

En estos últimos años, el avance tecnológico ha sido de gran ayuda para esta patología, ya que antes de recurrir a una cirugía exploratoria, tenemos opciones como la tomografía axial computarizada y la Colangiografiapancreatica Endoscópica Retrógrada. El objetivo del diagnóstico es poder estadificar al cáncer encontrado, para así detectar su resecabilidad, utilizando la estadificación tumor-ganglio-metástasis (TNM) del cáncer pancreático el cual toma en consideración el sitio y el tamaño del tumor, la invasión a ganglios linfáticos y la aparición de metástasis a distancia. Un 10% de los tumores se consideran extirpables y se puede practicar ablación operatoria. [1]

Pacientes con tumor en la cabeza de páncreas tienen como indicada, la Pancreatoduodenectomía (técnica de Whipple).

El procedimiento de Whipple o pancreatoduodenectomía, es un procedimiento quirúrgico de alto riesgo y de suma complejidad y se encuentra utilizado frecuentemente para casos clínicos donde existen masas pancreáticas ya sean benignas o malignas, que necesiten de tratamiento quirúrgico. Este procedimiento pasó por innumerables modificaciones, siendo la más significativa la preservación pilórica, sin embargo la esencia de su técnica quirúrgica se mantuvo durante los años. La técnica en sí, consiste en realizar una gastrectomía distal, y remover quirúrgicamente una porción del páncreas, una parte del duodeno y los primeros 15 centímetros de yeyuno. Todo esto se debe a que el duodeno comparte junto con la cabeza del páncreas y su cuello, la irrigación arterial, y al momento de ligar las arterias de una porción anatómica comprometerá el adecuado aporte arterial de la otra [7].

Los drenajes más utilizados en este tipo de procedimiento quirúrgico son el tubo en T de Kehr que tiene como finalidad reducir las posibles complicaciones tras la manipulación de la vía biliar y el drenaje Jackson Pratt, el cual es muy útil al producirse amplios despegamientos con grandes acúmulos de colecciones serohemáticas o exudados inflamatorios [9].

Se debe resaltar la importancia del estudio multi-causal que permite precisar las causas de muerte y conocer la real trascendencia de estos fenómenos, ya que de esta forma puede lograrse una mejor atención de estos pacientes no sólo tratando de prevenir el cáncer sino también sus complicaciones, lo que permitiría ganar tiempo en la lucha por la vida del paciente.

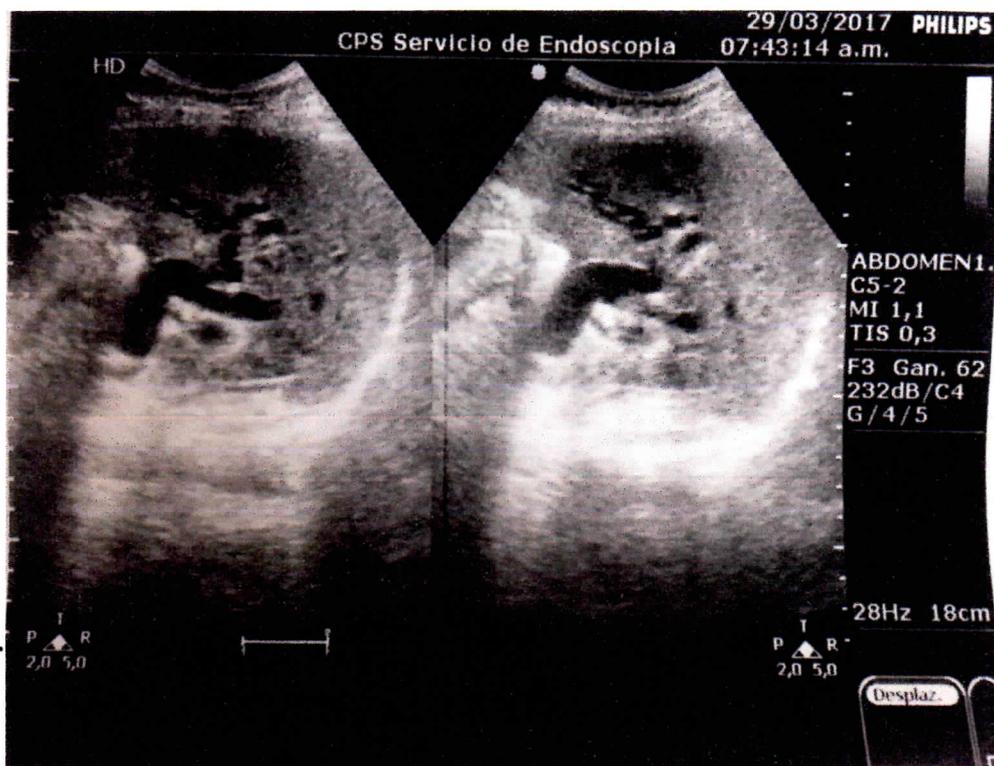
## 5) Referencias bibliográficas

- [1] Harrison T.R. Cáncer de páncreas In: Longo Dan L, Kasper Dennis L, Jameson J.Larry, Fauci Anthony S, Hauser Stephen L, Loscalzo Joseph. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18. México D.F.: Mc Graw Hill; 2012. Pág. 786-789.
- [2] Ferri Fred F. Pancreatic cancer In: Netter Frank H. Ferri's Netter Patient Advisor. 2. Phyladelphia, PA: Saunders- El Sevier; 2012. Pág. 475-476.
- [3] Cuba Lores JR. **Tumor de páncreas, a propósito de un caso clínico.** Portales Médicos [Internet]. 2011 [05 Mayo 2011]. Disponible en: <http://www.portalesmédicos.com/publicaciones/articulos/3245/1/Tumor-de-páncreas-A-próposito-de-un-caso-clínico.html>.
- [4] Barreda Bolaños F, Landeo Aliaga I, Pando Huarcaya S, Bayro Peñaloza F. **Adenocarcinoma de páncreas en paciente joven diagnosticado por Ultrasonografía Endoscópica.** Gastroenterol [Internet]. 2008 [Abril/Junio 2008]. 28 (2). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102251292008000200010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102251292008000200010)
- [5] Crespo Edwin, Vargas Reinerio, Flores Raúl. Cirugía de la pared abdominal y del aparato digestivo. Primera edición. Santa Cruz de la Sierra; 2007. Pág. 480 - 481.
- [6] Chabner Bruce, Longo Dan. Harrison's manual of oncology. Segunda edición. Londres: McGraw-Hill, 2014.
- [7] Peraza Acosta Mauricio. **Pancreatoduodenectomía o Procedimiento de Whipple.** Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI [internet] 2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc143zg.pdf>.

- [8] Caglevic Christian, Gallardo Jorge, De la Torre Marcela, Mahave Mauricio, Muller Bettina. Recomendaciones sobre el manejo del cáncer de páncreas tipo adenocarcinoma en Latinoamérica. Rev Med Chile. 2016. Pág. 1305 - 1318.
- [9] 8. Arias Jaime, Aller María Ángeles, Fernández Miranda Enrique, Arias José Ignacio, Lorente Laureano. Propedéutica quirúrgica. Preoperatorio, operatorio, postoperatorio. Primera edición. Sevilla: Tébar; 2004. Pág.166 – 167.
- [10] Rocio Perez Johnston, Dushyant Sahani. **Adenocarcinoma de páncreas**. Anales de Radiología. México 2009. 1:21-31.

## 6) Anexos (tablas y figuras):

1.1 **Ecografía de ingreso:** Ecografía donde muestra una dilatación de la vía biliar intra y extra hepática, con un colédoco de 12 a 13 mm.



## 1.2.- Laboratorios de ingreso

	Resultado	Valor de Referencia
<b>Bilirrubina Total</b>	4.92 mg/dl	Hasta 1.0 mg/dl
<b>Bilirrubina Indirecta</b>	1.01 mg/dl	Hasta 0.8 mg/dl
<b>Bilirrubina Directa</b>	3.91 mg/dl	Hasta 0.2 mg/dl
<b>GPT</b>	465 U/L	Hasta 37 U/L en mujeres
<b>GOT</b>	395 U/L	Hasta 31 U/L en mujeres