

# Adenocarcinoma ductal de páncreas

## – Reporte de caso –

Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica. Facultad de Ciencias Médicas.  
Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Dr. Gustavo MACHAIN<sup>I</sup>, Dr. Daniel VANUNO<sup>II</sup>, Dr. Domingo PIZURNO<sup>III</sup>,  
Dres. José CANESE, Jorge ALFONSO, Miguel ACUÑA, José ZENTENO, Gerardo RÓDRIGUEZ<sup>IV</sup>,  
Alfredo LEE y Agustín RÓDRIGUEZ<sup>V</sup>

<sup>I</sup> Profesor Asistente, Jefe de Departamento • <sup>II</sup> Auxiliar de la Enseñanza, Instructor de Cirugía  
<sup>III</sup> Profesor Asistente • <sup>IV</sup> Residentes de Cirugía • <sup>V</sup> Estudiantes colaboradores

El adenocarcinoma ductal de páncreas representa un desafío en su manejo diagnóstico y terapéutico. Debido a sus síntomas tardíos sólo 10%-15% de los pacientes presentan tumor resecable, el resto 85%-90% de los pacientes presentan tumor local muy avanzado, no resecable o metástasis a distancia. Su tratamiento requiere cirugía agresiva, la exéresis tumoral curativa conlleva un buen pronóstico a largo plazo.

**Resumen.** Presentamos el caso de un paciente de 44 años, que consulta por pancreatitis aguda biliar e ictericia obstructiva biliar en quién se comprobó por imagenología una tumoración en cabeza de páncreas. Se realizó una laparotomía constatándose un tumor en cabeza de páncreas, resecable, sin metástasis demostrables, realizándose una duodeno-pancreatectomía cefálica con reconstrucción pancreatoyeyunal termino-terminal. El paciente tuvo buena evolución en el post-operatorio sin morbi-mortalidad operatoria, siendo dado de alta con buena evolución. La histología informó adenocarcinoma ductal del páncreas, con margen quirúrgico distal de difícil valoración histológica, sin descartar infiltración, y ganglios linfáticos negativos. Se propuso reintervención para completar pancreatoyeyunal termino-terminal radical, que el paciente no acepta. No se realizó tratamiento adyuvante. Actualmente, a los tres años de seguimiento el paciente esta vivo y sin complicaciones demostrables.

**Palabras Claves.** Adenocarcinoma de páncreas. Adenocarcinoma papilar intraductal mucinoso de páncreas. Carcinoma pancreático y cirugía.

### Introducción

La **neoplasia intraductal papilar mucinosa del páncreas** (NIPM) es una entidad bien definida con posibilidades de malignizar.

De acuerdo a su arquitectura y grado de atipia celular se divide en tres grupos:

- NIPM adenoma,
- NIPM borderline,
- carcinoma papilar mucinoso intraductal.

Se trata de tumores intraepiteliales productores de moco que se originan en el ducto pancreático principal y/o en sus ramas mayores. Son de crecimiento lento y originan metástasis a distancia tardías.<sup>(1-3)</sup>

Estos tumores se dan con mayor frecuencia en hombres (60:40), con una media de edad de 60-65 años. Las pruebas de imágenes son de gran utilidad para el diagnóstico ya que se presentan como lesiones quísticas que muestran comunicación con el conducto pancreático.

Debido a que el factor pronóstico más importante es la presencia de infiltración, se requiere un amplio muestreo de la lesión para su correcto diagnóstico.

Ultimamente se ha propuesto una nueva subclasificación de los NIPM<sup>(4-10)</sup> en cuatro tipos, dependiendo de su morfología y patrón de expresión de mucinas:

- tipo intestinal: MUC1 -/MUC2+/CDX2+
- tipo pancreatobiliar: MUC1+/MUC2-/CDX2-

- tipo gástrico-foveolar: MUC1-/MUC2-
- tipo oncocítico: MUC1+/MUC2+

Las características clínico patológicas de estos tumores, que comprenden el 1% de los tumores de páncreas<sup>(1,2,3)</sup> han sido reportadas y estudiadas en la última década.

Se caracterizan por ser tumores de crecimiento lento y bajo grado de malignidad, lo cual dificulta su diagnóstico temprano por su sintomatología vaga. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, pancreatoyeyunal parcial o total. La recidiva post-resección ha sido reportada.<sup>(4,5)</sup>

Reportamos un caso de NIPM que se presentó a nuestro servicio y su control después de 3 años de la cirugía.

### Presentación del caso

Reportamos un paciente masculino, de 44 años de edad, con 160 kilogramos de peso que consultó por un cuadro de pancreatitis aguda, acompañado de ictericia obstructiva biliar de un mes de evolución, con enzimas pancreáticas aumentadas.

Se registró por imágenes -Ecografía y tomografía abdominal- una tumoración en cabeza del páncreas. Se realizó una laparotomía mediana supra-infraumbilical laboriosa, constatándose un tumor en cabeza del páncreas, resecable, sin metástasis demostrable realizándose una duodeno-pancreatectomía cefálica (Operación de Whipple tipo Child) con reconstrucción pancreatoyeyunal termino-terminal sin tumor.

El paciente tuvo buena evolución en el post operatorio y no hubo morbi-mortalidad operatoria. Fue dado de alta con buena evolución.

La histología informó carcinoma papilar mucinoso intraductal del páncreas no invasivo (4 cm), ganglios linfáticos peripancreáticos en número de 21, sin evidencia de tumor. Los márgenes quirúrgicos distales fueron de difícil valoración histológica, sin descartarse infiltración.

Se le propuso al paciente, reintervención para completar pancreatoyeyunal termino-terminal radical, no aceptando el paciente una nueva cirugía. No se realizó tratamiento adyuvante.

Actualmente, a los tres años de seguimiento, el paciente esta vivo y sin complicaciones demostrables por imágenes.

### Discusión

En el **diagnóstico** de los NIPM la clínica es muy vaga. Estudios de Azar et al,<sup>(1)</sup> demuestran que la pancreatitis aguda es la forma más común, en un 56% de los casos.

Nuestro paciente presentó un cuadro de pancreatitis aguda biliar, que hizo posible llegar incidentalmente al diagnóstico de tumoración pancreática. Los

Pieza de resección quirúrgica.  
Duodeno-pancreatectomía cefálica y colecistectomía.

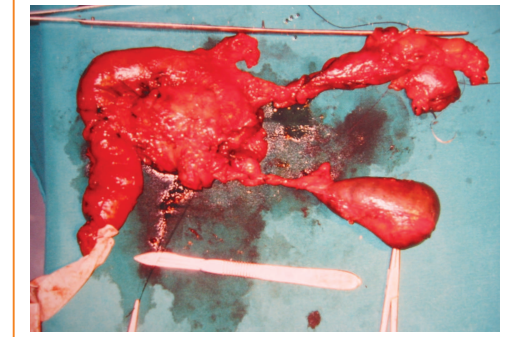


Figura 1

métodos de imágenes tales como tomografía axial computarizada de abdomen, resonancia magnética, ecografía endoscópica y la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada son los más útiles y a su vez son los que deciden la estrategia terapéutica a la que va ser sometido el paciente.<sup>(7)</sup>

La subclasificación histológica de los NIPM parecen tener importancia clínica y pronóstica, ya que los

Histología que muestra el adenocarcinoma papilar mucinoso intraductal

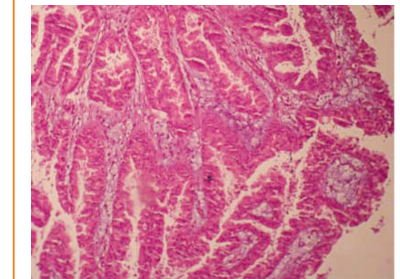
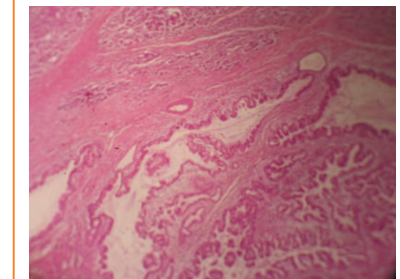


Figura 2

### Histología del adenocarcinoma papilar mucinoso intraductal del páncreas

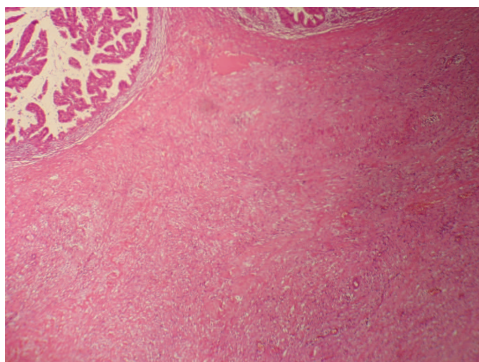


Figura 3

de tipo pancreatobiliar han mostrado peores índices de supervivencia que los de tipo colode.<sup>(6)</sup> De la misma forma también hay trabajos publicados que revelan un mejor pronóstico para los tumores que crecen a partir de ramas del conducto pancreático en contraposición a los que crecen en el ducto principal.<sup>(6, 7)</sup>

El **tratamiento** y la estrategia operatoria a ser utilizada, está orientada a eliminar lesiones premalignas, mejorar síntomas de obstrucción ductal y en pacientes con lesiones malignas, realizar una resección potencialmente curativa.<sup>(7 - 10)</sup>

Suele tomarse una conducta agresiva, ya que la mortalidad de la resección pancreática es baja en centros especializados (< 2% en Whipple, <1% en pancreatectomías distales) y por la implicancia del diagnóstico de NIPM. Aproximadamente 35-45% de los pacientes presentan carcinoma invasor en el momento de la operación.<sup>(2, 8, 9, 10)</sup>

Hasta ahora el diagnóstico preoperatorio correcto distinguiendo carcinoma invasor de NIPM, no es

posible. La histología es confirmatoria del proceso maligno.

Actualmente existe acuerdo sobre cuales procedimientos son mejores. Estudios realizados en la Clínica Mayo demuestran que en los NIPM invasivos la recurrencia post-pancreatectomía parcial era similar a aquellos sometidos a pancreatectomía total, sugiriendo este trabajo que no hay un beneficio oncológico al realizar una pancreatectomía total. La recidiva en dicha clínica en un NIPM benigno después de una pancreatectomía parcial ha sido muy baja (13%) con un promedio de seguimiento de 37 meses, mientras que los pacientes con el mismo tipo histológico y pancreatectomía total no presentaron recidivas después de 32 meses. En un estudio sobre la calidad de vida de los pacientes después de sufrir una pancreatectomía total, los efectos a largo plazo no son despreciables.<sup>(10)</sup>

Estos tumores, sin importar que sean de crecimiento lento, obviamente tienen potencial de malignizar y un pobre pronóstico cuando se vuelven invasivos. El diagnóstico temprano y la cirugía radical constituyen el secreto para el tratamiento.<sup>(7)</sup>

El plan de trabajo realizado a nuestro paciente no difiere a los mencionados arriba. La pancreatectomía parcial tanto como total, presenta una recidiva similar en este tipo histológico. Nuestro paciente después de 36 meses de evolución sigue vivo, no es posible demostrar por imágenes una recidiva y la calidad de vida mejoró notablemente.

### Conclusiones

Presentamos un caso de adenocarcinoma papilar intraductal mucinoso no invasivo. Este tumor es infrecuente y su diagnóstico se realiza generalmente en el intraoperatorio y por histología.

En NIPM sean adenomas o carcinomas invasivos, se recomienda una pancreatectomía parcial ya que la tasa de recidiva entre una pancreatectomía parcial y total son similares, pero la calidad de vida del paciente con una pancreatectomía parcial es superior al que sufre una pancreatectomía total.

### Bibliografía

1. C Azar, J Van de Stadt, F Rickaert, M Deviere, M Baize, G Kloppet, M Gelin and M Cremer Intraductal papillary mucinous tumours of the pancreas. Clinical and therapeutic issues in 32 patients, Gut, Vol 39, 457-464
2. Traverso LW, Peralta EA, Ryan JA, Kozarek RA. Intraductal Neoplasms of the Pancreas. Amer J Surg 1998; 175:426-432.
3. Sohn TA, Yeo CJ, Cameron JL, Iacobuzio-Donahue CA, Hruban RH, Lillimoe KD. Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms of the Pancreas: An Increasingly Recognized Clinicopathologic Entity. Ann Surg 2001; 234:313-322.
4. Izawa T, Obara T, Tanno S, Mizukami Y, Yanagawa N, Kohgo Y: Clonity and field cancerization in intraductal papillary-mucinous tumors of the pancreas. Cancer 92:1807-1817, 2001
5. Fujii H, Inagaki M, Kasai S, Miyokawa N, Tokkusashi Y, Gabrielson E, Hruban RH: Genetic progression and heterogeneity in intraductal papillary-mucinous neoplasms of the pancreas. Am J Pathol 1997;151:1447-1454.
6. Farnell MB. Surgical Treatment -Is Total Pancreatectomy Necessary or Is Surveillance Adequate? In Intraductal papillary mucinous neoplasm. Mayo Clinic, May. 2005: 16 - 21.
7. Cuillierier E, Cellier C, Palazzo L, Deviere J, Wind P, Rickaert F, Cugnenc P-H, Cremer M, Barbier J-P. Outcome After Surgical Resection of Intraductal Papillary and Mucinous Tumors of the Pancreas. Amer J Gastroenterol 2000; 95: 441-445.
8. Paye F, Sauvagnet A, Terris B, Ponsot P, Vilgrain V, Hammel P, Bernades P, Ruszniewski P, Belghiti J. Intraductal Papillary Mucinous Tumors of the Pancreas : Pancreatic Resections Guide By Preoperative Morphological Assessment and Intraoperative Frozen Section Examination. Surgery 2000; 127:536-544.
9. Cohn TA, Yeo CJ, Cameron JL, Iacobuzio-Donahue CA, Hruban RH, Lillimoe KD. Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms of the Pancreas: An Increasingly Recognized Clinicopathologic Entity. Ann Surg 2001; 234:313-322.
10. Chari ST, Yadav D, Smyrk TC, DiMaggio EP, Miller LJ, Raimondo M, Clain JE, Norton IA, Pearson RK, Petersen BT, Wiersma MJ, Farnell MB, Sarr MG. Study of Recurrence After Surgical Resection of Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm of the Pancreas. Gastroenterology 2002; 123:1500-1507.