

Resección de un adenocarcinoma pancreático estadio IIA en paciente femenina de 56 años

León A¹

RESUMEN

El páncreas es un órgano glandular mixto, ubicado en la parte alta del hipocondrio izquierdo; Se distinguen en él cuatro partes: cabeza, cuello, cuerpo y cola. Ahora bien, el adenocarcinoma de páncreas es el tumor más común presente en el cáncer de páncreas; aunque la patogénesis de esta enfermedad se desconoce, actualmente se infiere un origen por alteraciones genéticas e incluso cromosómicas. Su difícil diagnóstico y la presencia de síntomas en etapas avanzadas de la afección, generan que el cáncer de páncreas sea el más mortal hasta la fecha; aunque el mejor tratamiento a ofrecer sea la resección quirúrgica solo de un 10% a 20% tienen resultados positivos con este método. Se trata paciente femenina de 56 años de edad quien acude a consulta por presentar un inicio de enfermedad de 10 días caracterizado por ictericia y dolor abdominal generalizado, al realizarse la colangiografía se observa un LOE (lesión ocupante de espacio) a nivel de cabeza de páncreas, que engloba la vena mesentérica superior, desplazando la vena porta, asimismo ocurre una obstrucción del colédoco. Se realiza una pancreaticoduodenectomía extrayéndose un tumor de 6 x 5 x 4.8 cm (longitud y diámetro), sin infiltración de vasos sanguíneos cercanos, sin metástasis en ganglios linfáticos regionales, ordenándose quimioterapia preventiva. Se presenta el caso ante los hallazgos del rápido crecimiento del adenocarcinoma, su abordaje clínico y la respuesta positiva de la paciente a la resección quirúrgica, dando información acerca del pronóstico y desarrollo de esta patología

Palabras claves: Adenocarcinoma, crecimiento, neoplasia, páncreas, presentación de caso.



Angel Gustavo León Rojas (1)
ORCID: 0009-0001-8364-8202

1. T.S.U en Enfermería - IUTEPAL "Extensión San Cristóbal"

Editor: Omar Ross

Para citar este artículo:

León A. Resección de un adenocarcinoma pancreático estadio IIA en paciente femenina de 56 años. Reporte de caso. Acta Cient Estud. 2026; 18(1): 75-82

ISSN 2542-3428

Resection of a stage IIA pancreatic adenocarcinoma in a 56-year-old female patient

León A¹

ABSTRACT

The pancreas is a mixed glandular organ, located in the upper part of the left hypochondrium; four parts are distinguished in it: head, neck, body and tail. Pancreatic adenocarcinoma is the most common tumour present in pancreatic cancer; although the pathogenesis of this disease is unknown, it is currently inferred to be caused by genetic and even chromosomal alterations. Its difficult diagnosis and the presence of symptoms in advanced stages of the disease make pancreatic cancer the deadliest cancer to date; although the best treatment to offer is surgical resection, only 10% to 20% have positive results with this method. This is a 56-year-old female patient who comes to the clinic with a 10-day onset of illness characterised by jaundice and generalised abdominal pain. On performing a cholangioresonance scan, a LOE (space-occupying lesion) is observed at the level of the head of the pancreas, which encompasses the superior mesenteric vein, displacing the portal vein, and there is also obstruction of the common bile duct. A pancreaticoduodenectomy was performed and a tumour measuring 6 x 5 x 4.8 cm (length and diameter) was removed, without infiltration of nearby blood vessels, without metastasis in regional lymph nodes, and preventive chemotherapy was ordered. The case is presented in view of the findings of the rapid growth of the adenocarcinoma, its clinical approach and the positive response of the patient to surgical resection, giving information about the prognosis and development of this pathology.

Keywords: Adenocarcinoma, case presentation, growth, neoplasm, pancreas.



Angel Gustavo León Rojas (1)
ORCID: 0009-0001-8364-8202

1. T.S.U en Enfermería - IUTEPAL "Extensión San Cristóbal"

Editor: Omar Ross

Para citar este artículo:

León A. Resección de un adenocarcinoma pancreático estadio IIA en paciente femenina de 56 años. Reporte de caso. Acta Cient Estud. 2026; 18(1): 75 - 82

ISSN 2542-3428

Introducción

El páncreas es una glándula de forma alargada de derecha a izquierda y algo menos de abajo hacia arriba, aplastada en sentido anteroposterior. Describe una concavidad posterior, moldeada sobre la columna lumbar a nivel de L1-L2. Se describen en él: una cabeza, un cuello, un cuerpo y una cola [1]. Ahora bien, el cáncer de páncreas es una de las formas de cáncer más mortíferas en la actualidad, el cáncer de páncreas constituye cerca del 3% de todas las formas de cáncer, pero causa casi el 8% de todas las defunciones por cáncer. La supervivencia a cinco años para este tipo de cáncer es de apenas el 10,8%. no presentando síntomas específicos en las primeras etapas.

Las manifestaciones clínicas incluyen esteatorrea, caquexia, dolor abdominal, prurito e ictericia mucococonjuntival, diabetes mellitus, vómitos, náuseas, hemorragia digestiva, tromboflebitis migratoria, así como el síndrome constitucional (pérdida de peso, astenia e hiporexia). Hoy en día, no se precisa el origen del cáncer de páncreas, se cree que la mayoría de los cánceres de páncreas están asociados con factores de riesgo tales como el tabaco, consumo de carnes rojas, alcohol, hipertensión arterial y pancreatitis. Un factor de riesgo aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer, pero no es suficiente ni necesario para que la enfermedad se produzca [2,3,4].

Los médicos emplean estadística para determinar el estadio y pronóstico del enfermo. Se utiliza el método de estadificación TNM, que combina el tamaño del tumor e invasión de los tejidos adyacentes (T), impacto en los ganglios linfáticos (N) y la metástasis del cáncer (M). El tabaco es el elemento de riesgo más relevante; se ha propuesto que uno de cada cuatro casos se atribuye al tabaco. Alrededor del 15% de los pacientes han desarrollado diabetes 6 meses antes de la aparición del diagnóstico y el 80% de los casos son diabéticos o muestran tolerancia alterada a la glucosa. [3,5,6].

El adenocarcinoma es la neoplasia más común en el páncreas estando presente en el 95% de

los casos, con pronóstico desfavorable por su manifestación en fases avanzadas

Los métodos de cura solo se encuentran a disposición en pacientes con tumores localizados en donde la cirugía es una alternativa. Se ha determinado que el fluorouracilo, leucovorina, irinotecán y oxaliplatino (FOLFIRINOX) representa el nuevo estándar de cuidado postoperatorio para pacientes en condiciones físicas estables con tumores pancreáticos resecados [7,8,9].

La relevancia del presente caso reside en el rápido crecimiento del adenocarcinoma a nivel del proceso uncinado y la cabeza del páncreas, toma de decisiones rápidas, resección quirúrgica y posterior administración del protocolo FOLFIRINOX, con una respuesta positiva en la paciente, aumentando su esperanza de vida notablemente.

Presentación del caso

Paciente N.R femenina de 56 años, con antecedente de hábitos cafeicos y tabáquicos acentuados (10 – 20 cigarrillos diarios), desde los 18 años. 3G – 2C – 1A; esterilización quirúrgica y menopausia a los 52 años. Hipertensa bajo control con Valsartán 160mg, Hidroclorotiazida 12,5mg OD. En marzo del 2024 presenta episodio de distensión abdominal, eructos, flatulencia y leve dolor en región abdominal; por lo cual, se le realiza un eco abdominal, en el cual se reporta litiasis vesicular única de 7mm y abundante gas en marco cólico sin otro hallazgo, razón por la cual inicia una dieta hipograsa. La paciente posteriormente atribuye una pérdida progresiva de peso (aproximadamente 8 kg) a dicho régimen alimentario, concomitantemente presenta cambios en su hábito evacuatorio, cada dos a tres días, con persistencia de dolor abdominal leve en hipogastrio que calma con analgésicos y antiespasmódicos.

En Julio del 2024, diez días antes al diagnóstico, la paciente presenta tinte icterico generalizado en piel y mucosas acompañando de prurito, por lo cual, acude a consulta con un gastroenterólogo, realizándose un eco abdominal (figura 1), en donde se evidencia una vesícula globulosa, con un diámetro de 11 X 11 mm con múltiples imágenes hiperecogénicas en su interior y un conducto colédoco dilatado mayor a 10 mm.

Se ordena paraclínica el 26 de julio de 2024, destacándose el resultado los siguientes valores: TGO 165.0 U/mL; TGP 255 U/mL; Bilirrubina total 16.81mg/ dL; Bilirrubina directa 11.43 mg/dL; Bilirrubina indirecta 5.38 mg/dL; Fosfatasa Alcalina 2237.6 U/L. Ante estos resultados se procede a realizar una colangiografía observando: Hígado de forma y tamaño normal, se observa dilatación de vías biliares intrahepáticas; la, vesícula biliar con importante

aumento de tamaño (midiendo 121mm de longitud, con 75mm de ancho) sin defectos en su interior, así se identifica un LOE a nivel de la cabeza de páncreas, de 52 X 41 X 35 mm de diámetro (**Figura 2**) aproximadamente que ocasiona obstrucción del colédoco que llega a medir 21mm de diámetro, así como también dilatación del conducto pancreático principal, la silueta del bazo, tiene un aspecto normal; las siluetas renales de forma y tamaño normal; las glándulas suprarrenales de forma y tamaño normal; sin alteraciones en la señal de intensidad; Arteria Aorta y Vena Cava Inferior de calibre normal; No se observaron adenomegalias pre-aórticas o para-aórticas (**Figura 3**).

Ante esto se recomienda angiografía de páncreas para estudiar más a profundidad los hallazgos.

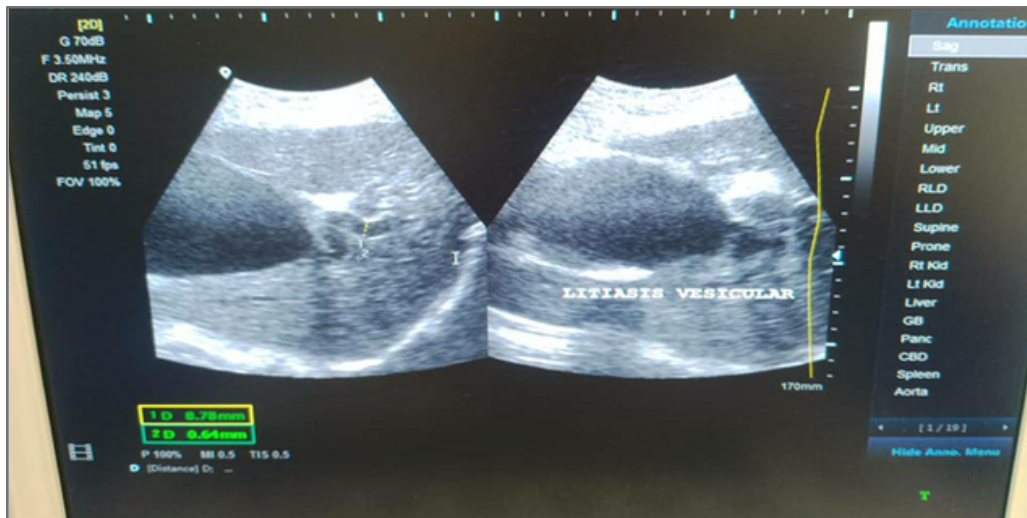


Figura 1: Eco abdominal, evidencia de litiasis vesicular.



Figura 2: Colangiografía I.

Se realiza Protocolo de Páncreas encontrándose: Páncreas con masa solida mal definida e hipodensa respecto a los tejidos blandos en la cabeza del páncreas y proceso uncinado, que mide 55mm transversalmente y 55 mm longitudinalmente, con densificación de la grasa peri-pancreática circundante y nodularidad, lo que sugiere infiltración. La masa engloba parcialmente la vena mesentérica superior, comprime y desplaza la vena porta, adicionalmente, se aprecia compresión del conducto colédoco con dilatación proximal de 22mm, de igual manera dilatación de los conductos biliares intrahepáticos, el conducto pancreático principal y la vesícula biliar. También se observó vesícula biliar con hidrocolecisto con diámetro de 120 x 79 mm y, adenopatías retroperitoneales de hasta 7.4mm. Razón por la cual, se solicitan marcadores tumorales que son realizados el 31 de julio, destacándose: CA 19.9: 233.37 UI/ml; CEA: 19.21 ng/ ml, Alfafetoproteína (AFP): 0.68 ng/ml.

En vista de mejoría clínica es trasladada a sala de hospitalización donde permaneció durante 6 días, para luego ser, egresada del área hospitalaria el día 08/08/24 con paraclínica de: Hb: 9.7 g/dL; leucocitos: $16.80 \times 10^3/\text{mm}^3$; Neutrófilos 85.0 %; Linfocitos: 12.0%; Plaquetas: $250 \times 10^3/\text{mm}^3$, TGO: 243 U/L; TGP: 543 U/L; Bilirrubina total: 14.40 mg/dL; Bilirrubina directa: 3.70 mg/dL, Bilirrubina indirecta: 10.70 mg/dL. Proteínas totales: 5.00 g/dL; albumina: 3.1 g/dL; globulina 1.9 g/dL relación albumina globulina: 1.5 g/dL.

Seguidamente, la paciente es valorada y se plantea resolución quirúrgica el día 03/08/24 y es llevada a mesa operatoria en la cual se realiza un procedimiento de Whipple (pancreaticoduodenectomía), evidenciando un Tumor (TU) en cabeza de páncreas de 10 X 5cm de diámetro, adherida a grandes vasos y vena mesentérica superior con colédoco dilatado por compresión extrínseca, se ordena realizar una biopsia del TU, acto que culmina sin complicaciones con abundante gasto hemático que ameritó uso de hemoderivados tipo concentrado globular.

Posteriormente, la paciente permanece en cuidados intensivos durante 12 horas, bajo uso de vasoactivos tipo norepinefrina, en vista de tensión arterial media menor 80 mmHg y gasto hemático elevado de 350cc a través de drenes postquirúrgico, ameritando tratamiento con albumina.

Asimismo, el reporte de la biopsia es emitido el 20/08/24 resaltando una descripción macroscópica, espécimen constituido por: Píloro, C duodenal, Páncreas (cabeza, cuello y cuerpo), y el epiplón mayor; con una medida total de la pieza quirúrgica de 24cm de longitud por 7cm de diámetro (**Figura 4**) y (**Figura 5**).

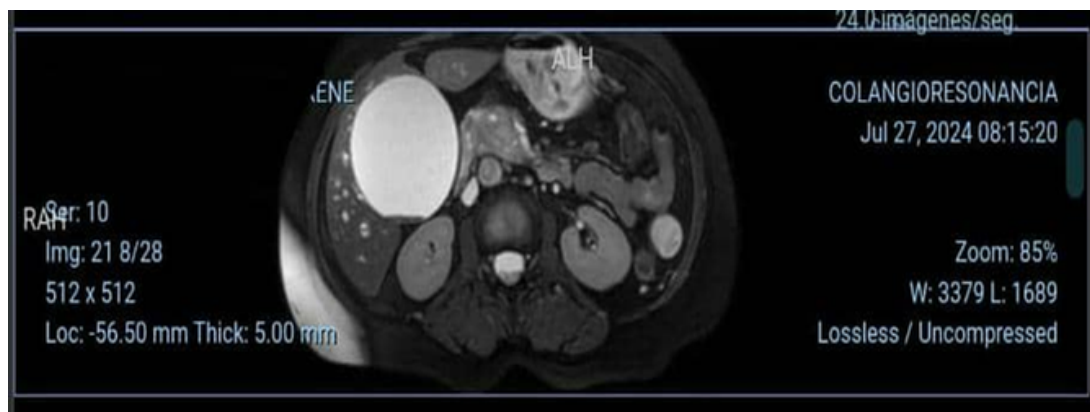


Figura 3: Colangiografía por resonancia magnética II.

En la descripción microscópica, carcinoma pancreático ductal convencional infiltrante con mitosis atípicas sin necrosis tumoral y bien diferenciado, ubicado en la cabeza y proceso uncinado del páncreas con invasión angiolinfática, pT3: tumor mayor a 4cm, tumor cercano a vena mesentérica superior sin llegar a infiltrarla.

Finalmente se aplica el protocolo FOLFIRINOX en la paciente, iniciando un tratamiento de 12 ciclos con intervalos de 2 semanas entre ciclo, abarcando desde septiembre de año 2024 hasta marzo del año 2025, mostrando una mejoría notable, entrando en remisión.

Figura 4: Pancreaticoduodenectomía estándar con presencia de tumor.

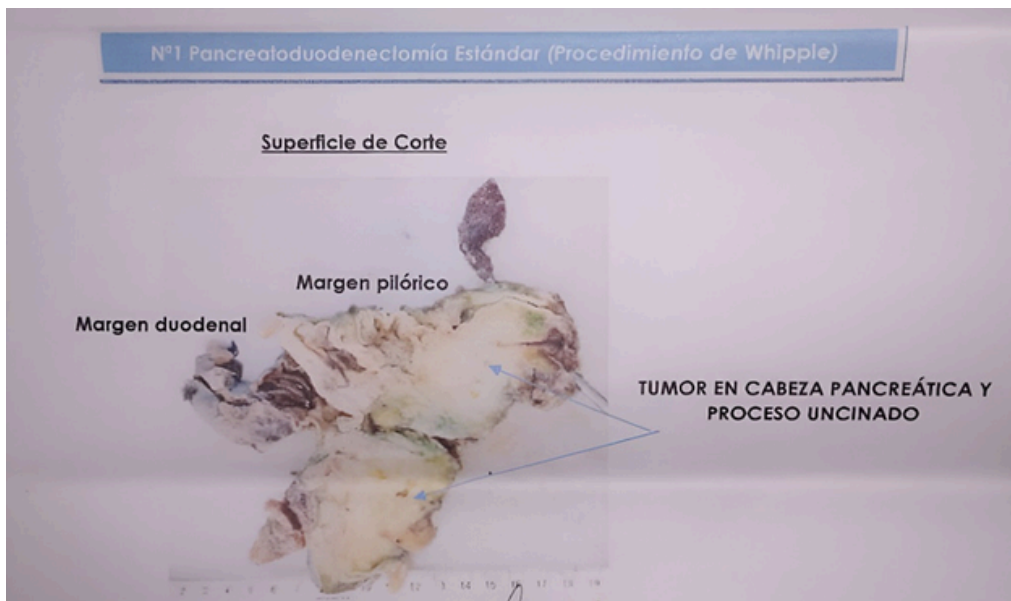


Figura 5: Epiplón con presencia de nódulos.



Discusión

Según las estimaciones proporcionadas por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, la incidencia de cáncer en mujeres venezolanas es alarmante. De cada 100.000 mujeres que padecen esta enfermedad, se ha identificado que 766 son específicamente casos de cáncer de páncreas. Asimismo, la tasa de mortalidad es notablemente alta, con un total de 723 pacientes fallecidas reportadas. Estas cifras revelan de manera contundente la naturaleza mortal y el desafío que representa el tratamiento del cáncer de páncreas.

Dichas estadísticas subrayan la imperiosa necesidad de mejorar las estrategias de detección temprana, con el fin de aumentar las probabilidades de éxito en los tratamientos y disminuir la mortalidad asociada a esta patología.

La magnitud de estos datos pone de manifiesto la importancia de implementar políticas públicas y programas de salud que prioricen la investigación y el desarrollo de métodos eficaces para la detección precoz del cáncer de páncreas. Solo a través de un enfoque integral que incluya la sensibilización, la educación y el acceso a tecnologías médicas avanzadas, será posible enfrentar de manera efectiva esta problemática y mejorar significativamente la calidad de vida de las pacientes afectadas.

Solo una minoría de los pacientes afectados por adenocarcinoma pancreático son candidatos para la cirugía con intención curativa. Estos casos se restringen a aquellos tumores cuyo tamaño es menor de 6 cm en su diámetro máximo, siempre y cuando estén confinados exclusivamente al páncreas. [11].

Durante el procedimiento de pancreaticoduodenectomía, se logra resear completamente el tumor que rodeaba a la vena mesentérica superior, la cual no estaba infiltrada. La conclusión de la biopsia muestra un adenocarcinoma en estadio IIA (pT3: tumor mayor a 4cm -pN0: sin metástasis en ganglios linfáticos regionales "20 ganglios evaluados" - M0: sin metástasis a distancia).

Al momento de estudiar el tumor resecado se hallan las siguientes medidas: 60 X 50 X 48 mm contrastando con las medidas obtenidas en la colangiografía 7 días antes: 52 X 41 X 35 mm, demostrándose el rápido desarrollo de la neoplasia.

Es importante destacar que la posibilidad de aplicar una cirugía con intención curativa en casos de adenocarcinoma pancreático no solo depende de las características intrínsecas del tumor, sino también de factores relacionados con el estado general de salud del paciente. Esto incluye la evaluación de comorbilidades, la capacidad funcional y el estado nutricional, entre otros aspectos. Por ende, la decisión final para proceder con la cirugía requiere una discusión interdisciplinaria que involucre a oncólogos, cirujanos, radiólogos y otros profesionales de la salud.

En los pacientes sometidos a resección por cáncer de páncreas, el fluorouracilo, leucovorina, irinotecán y oxaliplatino modificados adyuvantes (FOLFIRINOX). Este régimen combina agentes quimioterapéuticos con mecanismos de acción complementarios, lo que maximiza su eficacia contra las células tumorales residuales después de la cirugía. Además, su uso ha mostrado reducir el riesgo de recurrencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes, respaldando su superioridad frente a esquemas como la gemcitabina sola o en combinación.

El cáncer de páncreas es un problema de salud importante, a pesar que no presenta una alta incidencia en la población, sí presenta una alta mortalidad. Entre los factores de riesgo presentes en la paciente estaba un tabaquismo acentuado e hipertensión arterial.

La diferencia de tamaño del adenocarcinoma de páncreas entre el primer estudio y el analizado en la biopsia, recalca la agresividad de la afección. El caso clínico descrito no solo representa un éxito en el manejo de un paciente con cáncer de páncreas, sino que también sirve como un valioso precedente en la literatura médica regional.

