

# 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 pancreatectomía extendida 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>(1-5)</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>(6-10)</sup> en cuatro tipos, dependiendo de su morfología y patrón de expresión de mucinas:

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