

CÁNCER DE PÁNCREAS

Cáncer que comienza en el órgano ubicado detrás de la parte inferior del estómago (páncreas).

El páncreas secreta enzimas que ayudan a la digestión y hormonas que regulan el metabolismo del azúcar. Este tipo de cáncer suele detectarse demasiado tarde, se expande rápido y tiene un pronóstico desfavorable.

Las primeras etapas no presentan síntomas. Las etapas más avanzadas suelen presentarlos, pero pueden ser poco específicos, como la pérdida de apetito y de peso.

El tratamiento puede consistir en la extirpación quirúrgica del páncreas, junto con la radioterapia y la quimioterapia.

El páncreas es un órgano que se encuentra detrás del estómago. Su forma se parece a la de un pez, con cabeza ancha, cuerpo que va de ancho a delgado y una cola estrecha puntiaguda. En los adultos, mide aproximadamente 6 pulgadas (15 centímetros) de longitud y menos de 2 pulgadas (5 centímetros) de ancho.

- La cabeza del páncreas está a la derecha del abdomen (vientre), detrás de donde se unen el estómago y el duodeno (la primera parte del intestino delgado).
- El cuerpo del páncreas está detrás del estómago.
- La cola del páncreas está a la izquierda del abdomen, junto al bazo.

El tipo más común de cáncer pancreático, el adenocarcinoma del páncreas, se origina cuando las células exocrinas en el páncreas empiezan a crecer fuera de control. La mayor parte del páncreas se compone de células exocrinas que forman las glándulas exocrinas y los conductos. Las glándulas exocrinas producen enzimas pancreáticas que se liberan en el intestino para ayudar a

que usted digiera los alimentos (especialmente las grasas). Las enzimas se liberan en pequeños tubos llamados conductos que finalmente drenan en el conducto pancreático. El conducto pancreático se une con el colédoco o conducto biliar común (es el conducto que transporta la bilis desde el hígado), y desemboca en el duodeno (la primera parte del intestino delgado) a la altura de la ampolla de Vater.

Se presenta el caso de una mujer de 43 años, quien ingreso por cefalea intensa asociada a episodios de vómito bilioso. Inicialmente se enfocó como cefalea de etiología migrañosa y a pesar del tratamiento presentó deterioro clínico por lo cual se realizaron estudios imagenológicos que demostraron lesiones compatibles con evento vascular isquémico subagudo cerebeloso superior derecho, con signos de ruptura parcial de la barrera hematoencefálica. La paciente continuó con deterioro clínico y presentó signos de respuesta inflamatoria sistémica e hiperglicemias de difícil control con posterior paro cardiorrespiratorio y muerte, se documentó en la patología adenocarcinoma de páncreas con metástasis cerebral.

Paciente femenina de 43 años, quien consultó por 1 mes de evolución de cefalea holocraneana tipo pulsátil, asociada a vértigo, dificultad intermitente para hablar y fosfenos. Se automedicaba con acetaminofén 2 gramos/día sin mejoría. A la revisión por sistemas refirió hemorragia vaginal 3 meses antes, diuresis y deposiciones normales. Dentro de los antecedentes presentó cáncer de cérvix en el 2008 con citología cervicovaginal del 2010 con lesión intraepitelial (LEI) de alto grado, adicionalmente refirió trombosis venosa yugular izquierda hace 3 meses antes. Al examen físico: TA 130/70 mmHg, FR 16 por minuto, FC 78 por minuto, T 36,6 °C Hidratada, cuello normal, cardiopulmonar y abdomen normal, Neurológico: alerta, orientada, dislálica, isocoria normoreactiva a la luz, movilizaba las 4 extremidades, no tenía disimetría, ni disdiadocinesia, Romberg negativo, reflejos musculo tendinosos ++/++++. Se consideró inicialmente por historia compatible con migraña con aura y se inició manejo con antiinflamatorios no esteroideos (AINES); sin

embargo, por ser el primer episodio de difícil control y alteración del habla se decidió tomar TAC el cual no mostró hallazgos significativos.

La paciente persistió con cefalea, se inició amitriptilina, haloperidol y dexametasona sin mejoría. Se realiza punción lumbar la cual no mostró alteración, pero por la persistencia de los síntomas se sospechó trombosis de senos venosos y se inició anticoagulación terapéutica, se realizó doppler carotídeo sin alteraciones. F

ue valorada por el servicio de ginecología por antecedente de neoplasia cervicouterina. Sin embargo, ellos descartaron recaída y consideraron que el cuadro de la paciente no se explicaba por patología ginecológica. Al 4 día de estancia hospitalaria la paciente presentó deterioro neurológico razón por la cual se realizó resonancia magnética cerebral que evidenció hipo e hiperintensidad focal cerebelosa superior derecha en las secuencias T1 – T2, con aumento de intensidad en las secuencias de FLAIR y T2 con captaciones aisladas en la fase contrastada con leve efecto compresivo local (Figura 1). Estos hallazgos plantearon evento vascular isquémico subagudo cerebeloso superior derecho con signos de ruptura parcial de la barrera hematoencefálica versus presencia de masa.

El adenocarcinoma de páncreas es la neoplasia maligna más frecuente del páncreas, 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.

La etiología del cáncer pancreático es desconocida, sin embargo, en la mayoría de estos cánceres se detectan alteraciones genéticas o cromosómicas. En 70 % de casos se determinó mutación en el oncogen kras aunque existen otras alteraciones genéticas como deleciones o mutaciones del gen supresor p53, APC o DCC. Los factores de riesgo más frecuentes para esta neoplasia son el

antecedente familiar del cáncer de páncreas, la edad avanzada, el tabaquismo, la obesidad, la dieta pobre en fruta y vegetales, la pancreatitis crónica.

Este cáncer es asintomático en las fases iniciales de la enfermedad o se puede presentar con síntomas constitucionales dados por pérdida de peso, diaforesis, diabetes, o síntomas relacionados con síndrome biliar obstructivo. De estos el síntoma más frecuente, es el dolor abdominal generalmente en hipogastrio irradiado en banda, de predominio nocturno que empeora con las comidas. El dolor obedece principalmente a invasión perineural del plexo celíaco y por obstrucción parcial o total del conducto pancreático, lo cual contrasta con las manifestaciones presentadas por nuestra paciente, ya que su sintomatología fue principalmente secundaria a la metástasis en el sistema nervioso central nunca presento síntomas abdominales enmascarando así la sospecha clínica de una neoplasia de origen gastrointestinal.