



Caso Clínico

Javier Jiménez Ruiz

Cuarto Parcial

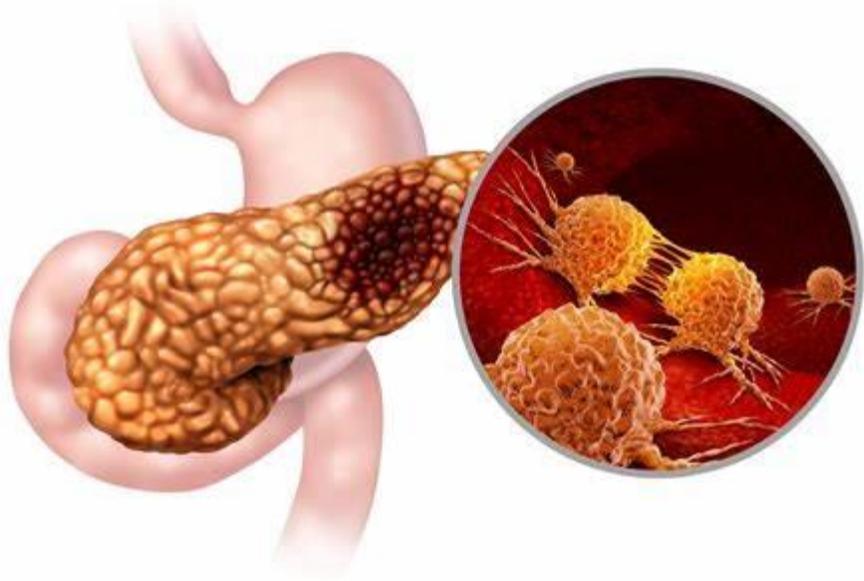
Epidemiología II

Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez

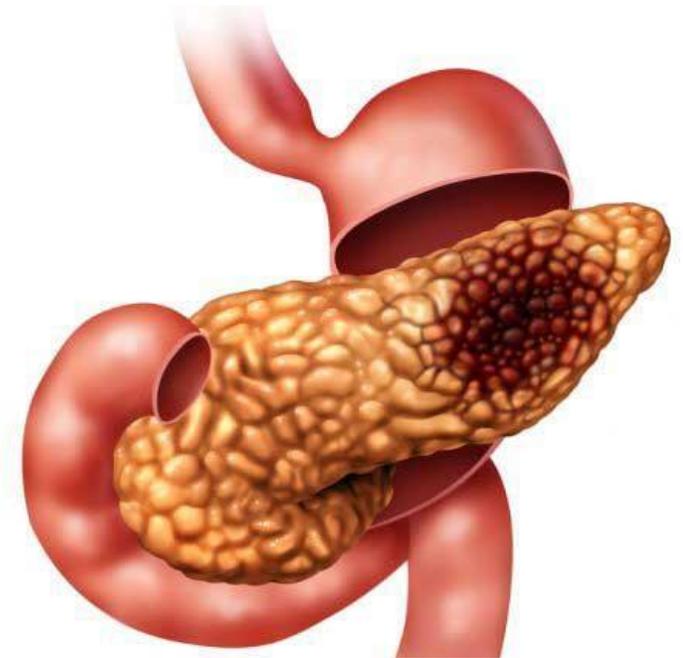
Licenciatura en Medicina Humana

3° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas; a 29 de junio de 2024



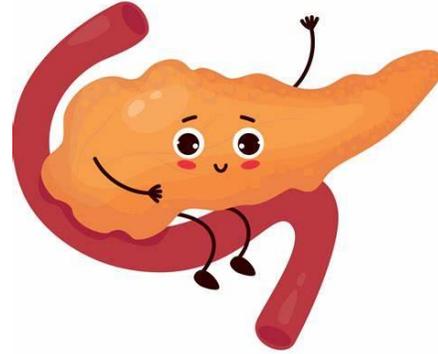
CÁNCER DE PÁNCREAS



Presenta: Javier Jiménez Ruiz 3° "A"
Epidemiología II
Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez

Scanned with CamScanner

Caso Clínico



- Paciente femenina acude a urgencias por malestar en zona torácica y sensación de disnea. Durante la entrevista clínica expresa una pérdida significativa de peso en los últimos 8 meses, que ha comentado con el médico de atención primaria pero parece ser derivada de un efecto secundario de la Metformina ya que los análisis no han revelado hallazgos significativos.

-Datos generales:

- Edad: 75 años.
- Profesión: jubilado.
- Situación familiar: mujer e hijas.

-Antecedentes médicos:

- IMC:18.
- Hiperlipemia.
- Diagnosticada de diabetes tipo II hace 1 año.
- Operada de histerectomía en el año 1968.

-Exploración física:

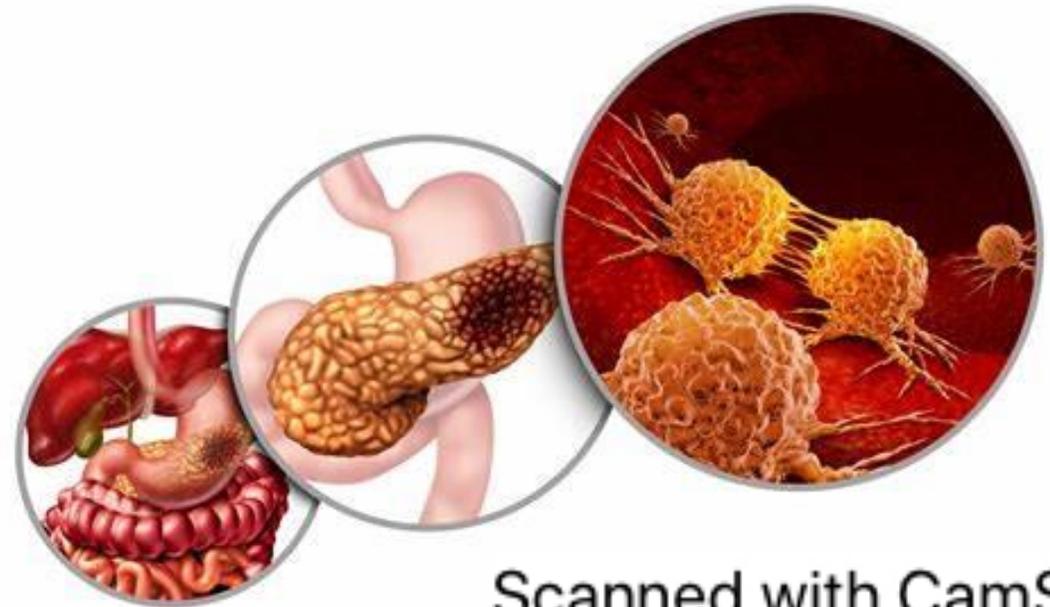
- Glucemia: 135 mg/dl.
- TA: 127/85 mmHg.
- FC: 75 lpm.
- Saturación de oxígeno: 94%.
- Temperatura: 36,4°C.
- Auscultación similar a crepitantes.
- Paciente orientado y alerta.

-Medicación actual:

- Metformina.
- Atorvastatina.



- Las pruebas diagnósticas confirman que se trata de un derrame pleural. Además, se haya una masa en la cabeza pancreática con dilatación del ductus. Se decide ingresar al paciente en la planta de medicina interna para valorarlo. Los resultados de las pruebas de imagen indican: nódulo en páncreas. Tras valoración, deciden realizar un PET-TAC y PAAF que revela nódulos en hígado y pulmón derecho. La anatomía patológica indica que la muestra es tumoral.
- Diagnóstico de cáncer de páncreas en estadio IV.



Anatomía

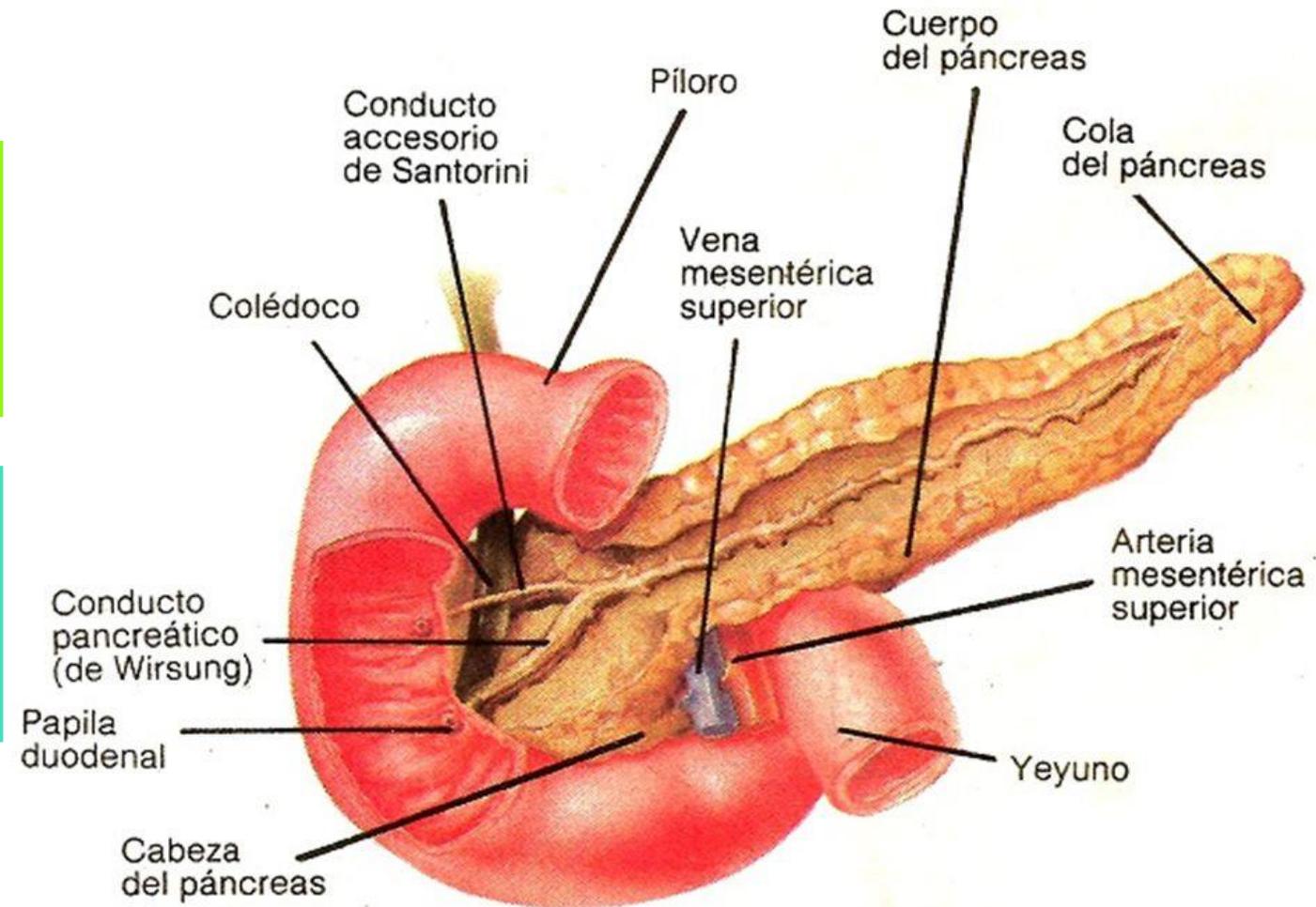
Glándula digestiva accesoria alargada que se sitúa retroperitonealmente

Se halla posterior al estómago, entre el duodeno a la derecha y el bazo a la izquierda

El mesocolon transverso se inserta a lo largo de su borde anterior

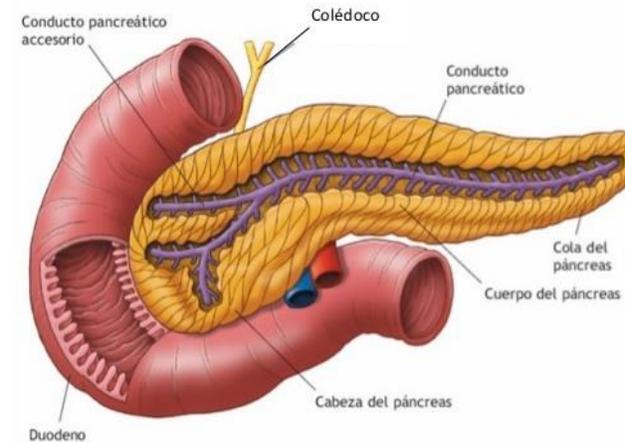
Una secreción exocrina (jugo pancreático de las células acinares) que excreta en el duodeno a través de los conductos pancreáticos principal y accesorio.

Secreciones endocrinas (glucagón e insulina de los islotes pancreáticos [de Langerhans]) que pasan a la sangre.



PANCREAS

Partes del páncreas



Cabeza

- Porción ensanchada
- Abrazada por la curva en forma de C del duodeno
- Descansa posteriormente sobre la VCI, la arteria y la vena renales derechas, y la vena renal izquierda.
- El proceso unciforme, una proyección de la parte inferior de la cabeza del páncreas, se extiende medialmente hacia la izquierda, posterior a la AMS

Cuello

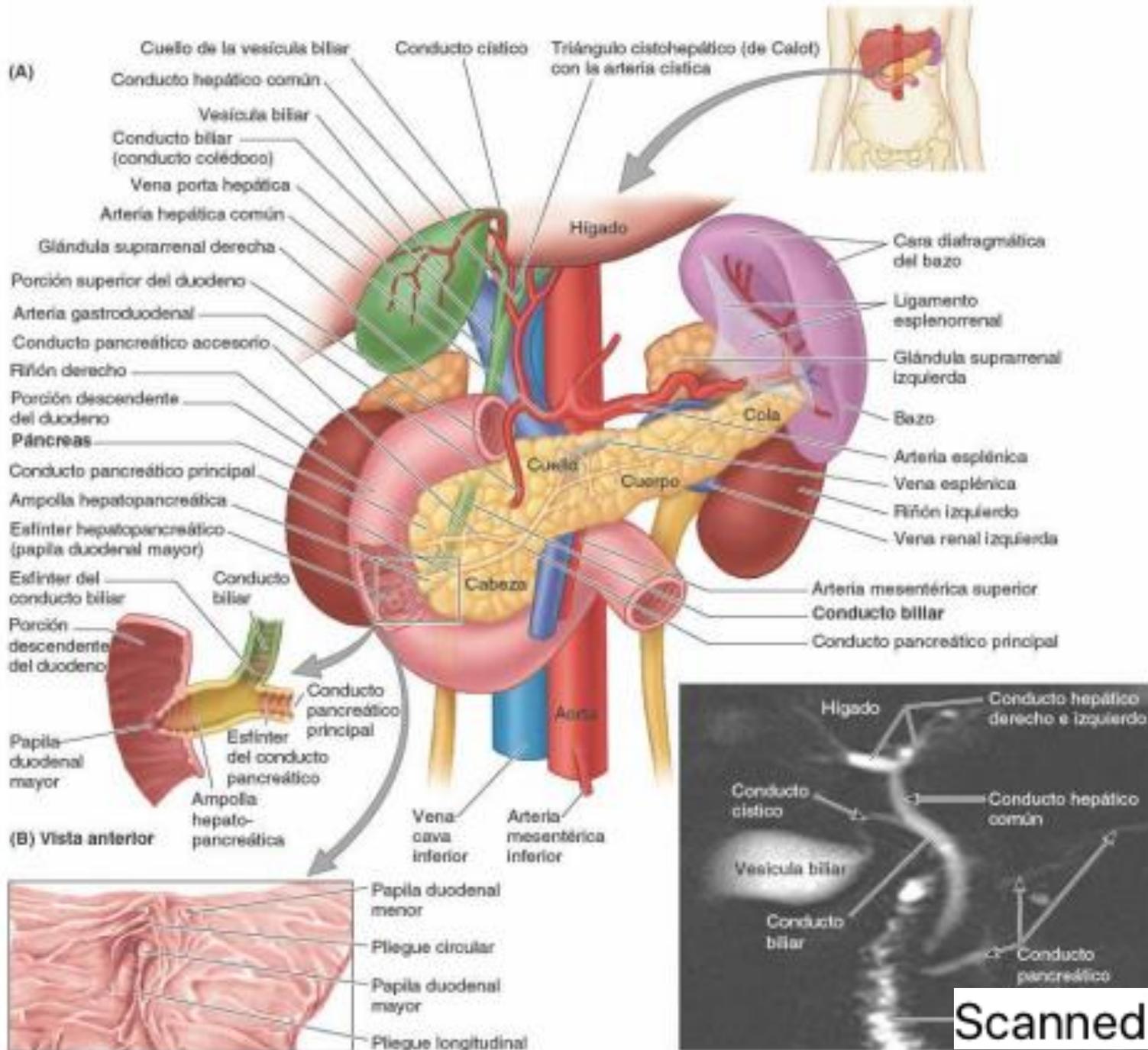
- Es corto (1,5-2 cm)
- La cara anterior del cuello, cubierta por peritoneo
- Adyacente al píloro del estómago.
- La VMS se une a la vena esplénica posteriormente al cuello, para formar la vena porta hepática

Cuerpo

- Continúa desde el cuello y se sitúa a la izquierda de la AMS y la VMS, pasando sobre la aorta y la vértebra L2
- Cara anterior cubierta de peritoneo
- Cara posterior carece

Cola

- Es móvil
- Anterior al riñón izquierdo, donde se relaciona estrechamente con el hilio del bazo y la flexura cólica izquierda.



Efectos descriptivos

Conducto pancreático principal

- Empieza en la cola del páncreas y discurre a lo largo del parénquima de la glándula hasta la cabeza
- Gira inferiormente y se relaciona estrechamente con el conducto biliar (conducto colédoco)
- Ampolla hepatopancreática (de Vater); corta y dilatada, que desemboca en la porción descendente del duodeno en el vértice de la papila duodenal mayor

Esfínter del conducto pancreático

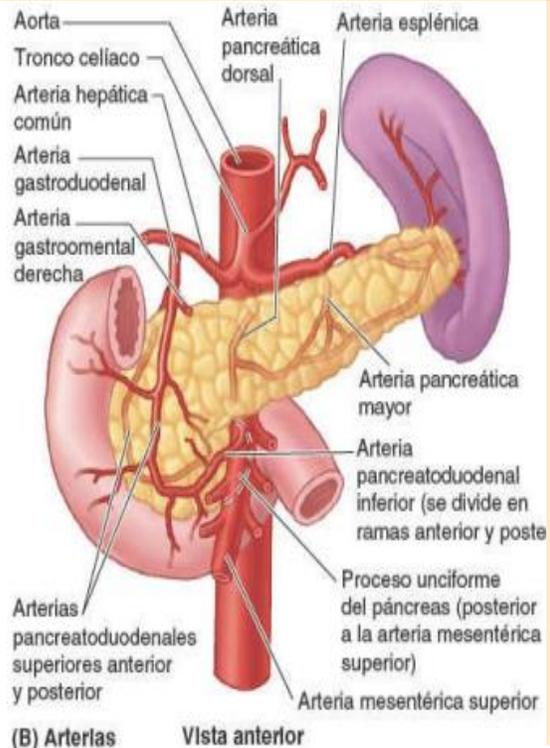
- (Alrededor de la porción terminal del conducto pancreático)
- El esfínter del conducto biliar (alrededor de la terminación de este)
- Esfínter de la ampolla (esfínter hepatopancreático o de Oddi; alrededor de la ampolla hepatopancreática)
- son esfínteres de músculo liso que impiden el reflujo de las secreciones digestivas y el contenido del duodeno.

Conducto pancreático accesorio

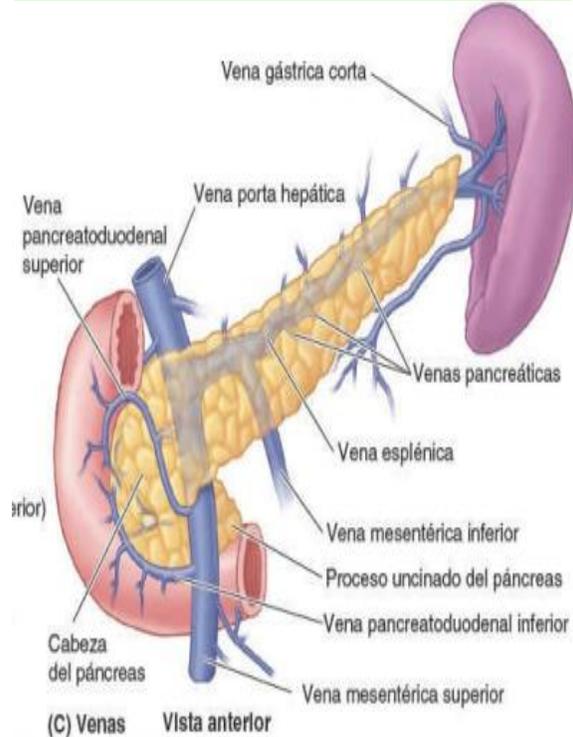
- Desemboca en el duodeno
- Comunica con el conducto pancreático principal
- Transporta mayor parte del jugo pancreático

Vascularización

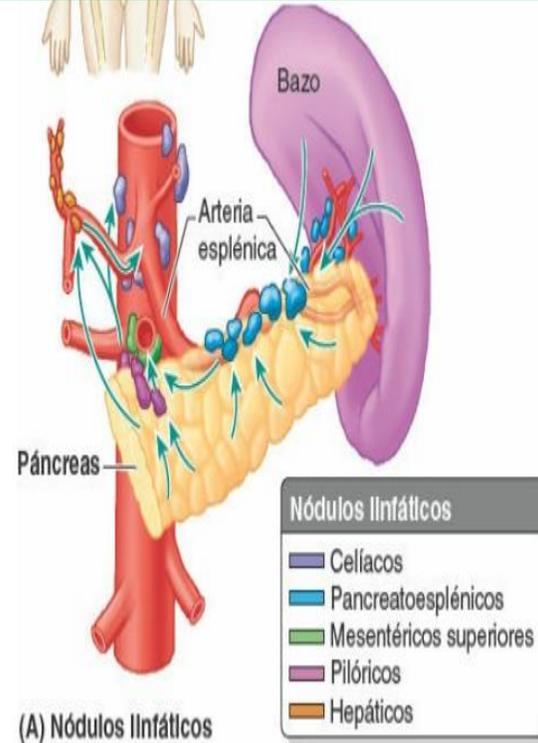
Irrigación arterial



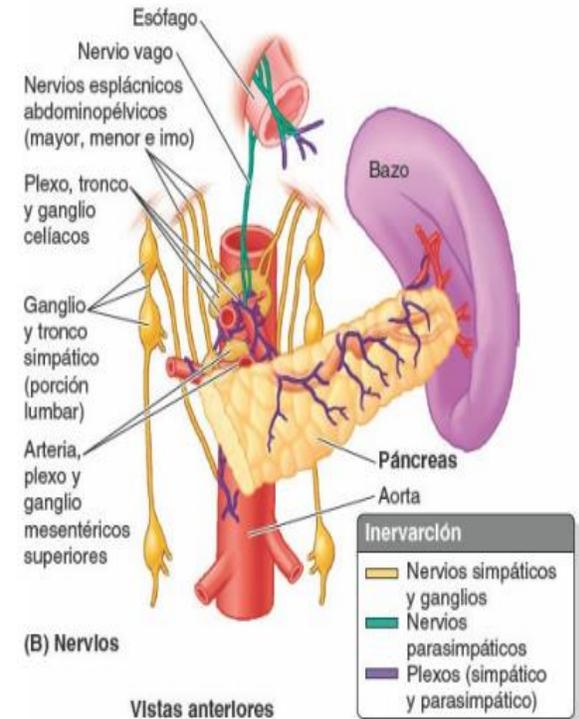
Drenaje venoso



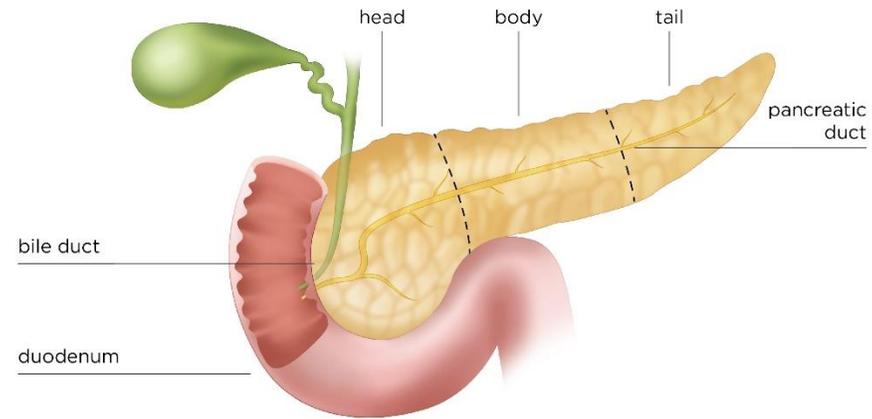
Vasos linfáticos



Nervios



Cáncer de Páncreas



El cáncer de páncreas, principalmente el adenocarcinoma ductal, afecta a alrededor de 57.600 casos y produce 47.050 muertes anualmente.

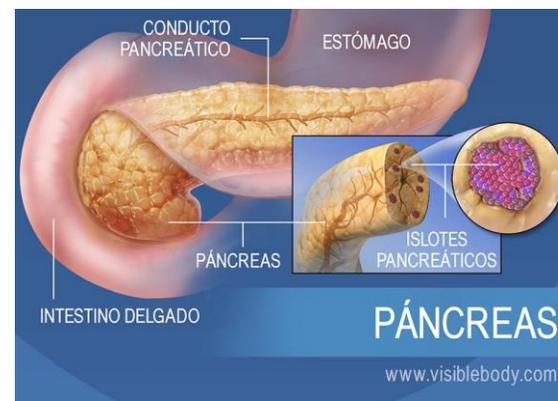
Los síntomas son pérdida de peso, dolor abdominal e ictericia.

El diagnóstico se realiza con TC o RM/CPRM, y luego ecografía endoscópica.

El tratamiento consiste en resección quirúrgica, y quimioterapia y radioterapia adyuvantes.

El pronóstico es malo porque la enfermedad suele estar avanzada en el momento del diagnóstico.

Generalidades



La mayoría de los cánceres de páncreas son tumores exocrinos que se originan en las células ductales y acinosas.

Los adenocarcinomas del páncreas exocrino se originan a partir de las células ductales con una frecuencia 9 veces mayor que a partir de células acinosas; el 80% se localiza en la cabeza de la glándula.

Aparecen a una media de edad de 55 años y son de 1,5 a 2 veces más frecuentes en los hombres.

Los **factores de riesgo** prominentes para el cáncer de páncreas incluyen el tabaquismo, los antecedentes de [pancreatitis crónica](#), la [obesidad](#), ser hombre y ser negro. La herencia desempeña cierto papel. El consumo de alcohol y cafeína no parece ser un factor de riesgo.

Cuadro clínico



Los síntomas del cáncer de pâncreas, como el dolor y la pérdida de peso, son inespecíficos, lo que lleva a un diagnóstico posterior para cuando la enfermedad se ha diseminado.

En el momento del diagnóstico, el 90% de los pacientes presentan tumores localmente avanzados que han comprometido estructuras retroperitoneales, se han diseminado a ganglios linfáticos regionales o han metastizado a hígado o pulmón.

La mayoría de los pacientes tienen dolor abdominal alto intenso, que suele irradiarse a la espalda.

Es habitual el pérdida de peso.

Los adenocarcinomas de la cabeza del pâncreas provocan ictericia obstructiva (que puede causar prurito) en el 80 al 90% de los pacientes.

El cáncer del cuerpo y la cola pueden obstruir la vena esplénica, con la consiguiente esplenomegalia, vârices gástricas y esofágicas, y hemorragia digestiva.

El cáncer causa diabetes en el 25-50% de los pacientes, lo que provoca síntomas de intolerancia a la glucosa (p. ej., poliuria y polidipsia).

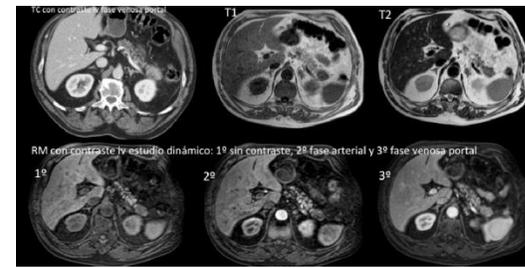
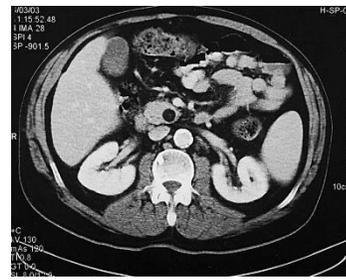
Asimismo, en algunos casos, el cáncer de páncreas puede interferir con la producción de enzimas digestivas por el páncreas (insuficiencia pancreática exocrina)

y con la capacidad de descomponer los alimentos y absorber los nutrientes (malabsorción).

Esta malabsorción provoca distensión y gases, y una diarrea acuosa, grasosa o de olor fétido, con la consiguiente pérdida de peso y deficiencias de vitaminas.



Diagnóstico



•TC o resonancia magnética/colangiopancreatografía por resonancia magnética (RM/CPRM), seguida de ecografía por vía endoscópica

Antígeno CA 19-9 para el seguimiento (no para la detección sistemática)

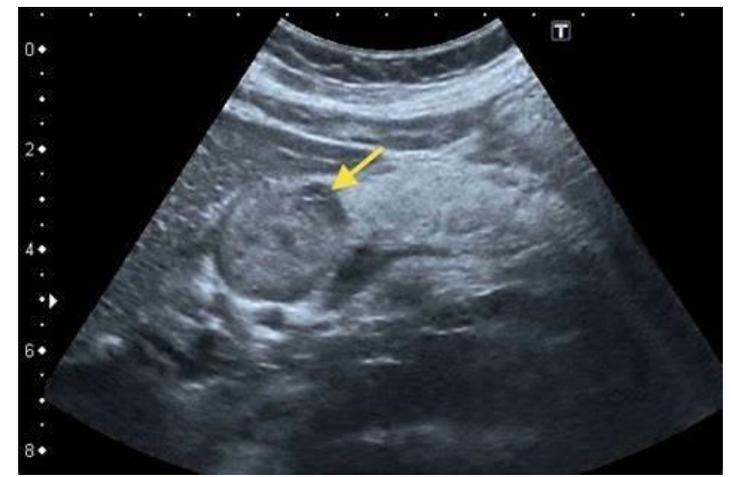
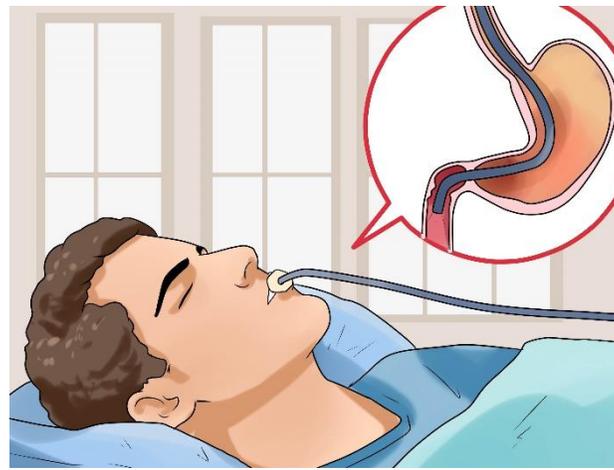
Las pruebas de elección son TC helicoidal de abdomen con técnica pancreática o RM/CPRM; a continuación se realiza una ecografía endoscópica con aspiración con aguja fina para el diagnóstico tisular y la resección quirúrgica.

La TC o la RM/CPRM se eligen en forma típica sobre la base de la disponibilidad local y la experiencia.

Incluso aunque estas pruebas muestren enfermedad irresecable o enfermedad metastásica, se indica una ecografía endoscópica con aspiración con aguja fina o una aspiración con aguja por vía percutánea de una lesión accesible para obtener un diagnóstico tisular.

Si la RM/TC muestra un tumor potencialmente resecable o ausencia de tumor, puede efectuarse una CPRM o una ecografía endoscópica para estadificar la enfermedad o detectar tumores pequeños no visibles en la TC.

Los pacientes con ictericia obstructiva pueden ser sometidos a CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) como primer procedimiento diagnóstico.



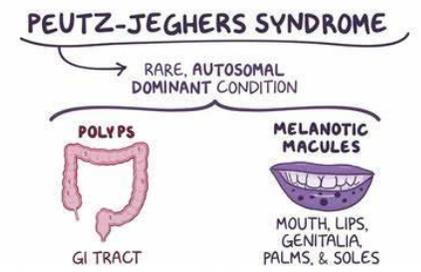
Deben realizarse pruebas de laboratorio de rutina. El aumento de fosfatasa alcalina y bilirrubina indican una obstrucción de los conductos biliares o metástasis hepáticas.

Puede utilizarse el antígeno CA 19-9 asociado con el páncreas para controlar a los pacientes con diagnóstico de carcinoma pancreático y para detectar a aquellos de alto riesgo

(p. ej., los pacientes con pancreatitis hereditaria; ≥ 2 familiares en primer grado con cáncer de páncreas, [síndrome de Peutz-Jeghers](#) o mutaciones BRCA2 o [HNPCC](#)).

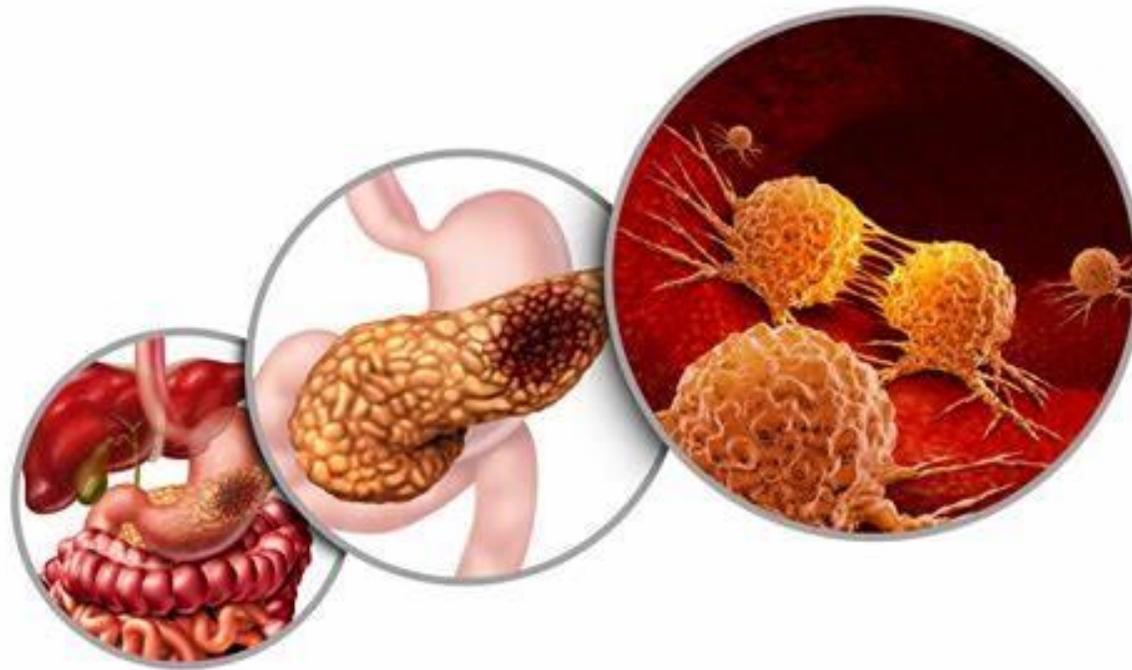
Sin embargo, esta prueba no es lo suficientemente sensible ni específica para la detección sistemática poblacional.

Los niveles elevados deben descender después de un tratamiento exitoso; los aumentos ulteriores indican progresión. Por lo general, los niveles de amilasa y lipasa son nor



Pronóstico

- El pronóstico del cáncer pancreático varía según el estadio pero, en términos generales, es malo (supervivencia a 5 años: $< 2\%$), porque muchos pacientes presentan enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico.

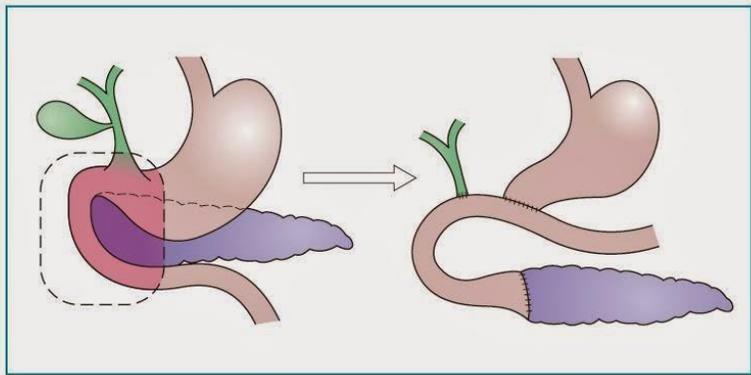


Tratamiento

- Procedimiento de Whipple (pancreatoduodenectomía)

- Quimioterapia y radioterapia adyuvantes

- Control de los síntomas



Scanned with CamScanner

Tx



Alrededor del 80-90% de los cánceres se consideran quirúrgicamente irresecables en el momento del diagnóstico, debido a metástasis o invasión de vasos sanguíneos importantes.

Según la localización del tumor, la intervención preferida para la resección del cáncer es, con suma frecuencia, un procedimiento de Whipple (duodenopancreatectomía).

En la actualidad se suele indicar tratamiento adyuvante con gemcitabina y radioterapia externa, que determina una supervivencia de alrededor del 40% a los 2 años y del 25% a los 5 años.

Si en la operación se encuentra un tumor irresecable y hay una obstrucción gastroduodenal o de los conductos biliares o ésta es inminente, suele realizarse una doble derivación gástrica y biliar para aliviar la obstrucción.

En pacientes con lesiones irresecables e ictericia, la colocación endoscópica de un tutor biliar alivia la ictericia.

Tratamiento sintomático

- **Analgésicos, en general opioides**
- **A veces, procedimientos para mantener la permeabilidad biliar**
- **En ocasiones, suplementos de enzimas pancreáticas**

Conceptos clave

•El cáncer de páncreas es altamente letal, en general porque solo se diagnostica en un estadio tardío.

•Los factores de riesgo importantes son tabaquismo y antecedentes de pancreatitis crónica; el consumo de alcohol no parece ser un factor de riesgo independiente.

•El diagnóstico incluye TC o resonancia magnética/colangiopancreatografía por resonancia magnética (RM/CPRM) y ecografía endoscópica; los niveles de amilasa y lipasa suelen ser normales, y el antígeno CA 19-9 no es bastante sensible o específico como para ser utilizado para el cribado poblacional.

•Alrededor del 80-90% de los cánceres se consideran quirúrgicamente irresecables en el momento del diagnóstico, debido a metástasis o invasión de vasos sanguíneos importantes.

•Cuando es factible la cirugía, practique un procedimiento de Whipple, y también indique quimioterapia y radioterapia adyuvantes.

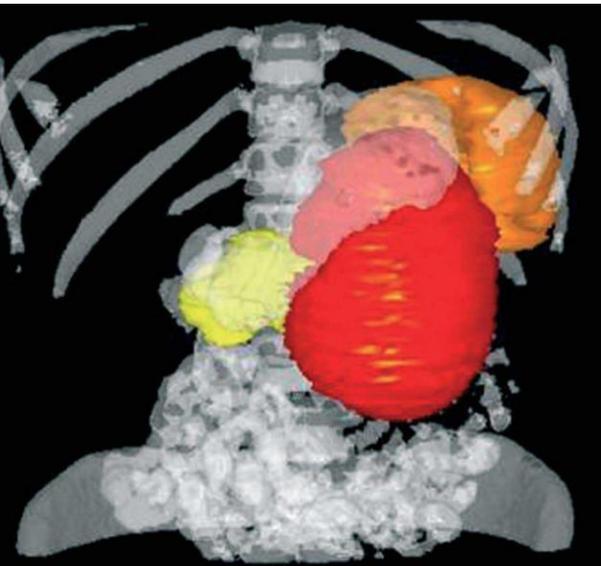
Controle los síntomas con analgesia adecuada, derivación gástrica o biliar para aliviar los síntomas de obstrucción y, en ocasiones, suplementos de enzimas pancreáticas.

Cistoadenocarcinoma

El cistoadenocarcinoma es un cáncer pancreático adenomatoso raro que proviene de la degeneración maligna de un cistoadenoma mucoso y se manifiesta por dolor abdominal alto y una masa abdominal palpable.

El diagnóstico del cistadenocarcinoma se realiza por TC o RM de abdomen, que suele mostrar una masa quística que contiene restos; la masa puede malinterpretarse como un adenocarcinoma necrótico o un pseudoquiste pancreático.

A diferencia del adenocarcinoma ductal, el cistoadenocarcinoma tiene un pronóstico relativamente bueno. Sólo el 20% de los pacientes tienen metástasis en el momento de la cirugía; la resección completa del tumor por pancreatectomía distal o total o por un procedimiento de Whipple determina una supervivencia del 65% a 5 años.



Tumor intraductal papilar-mucinoso

El tumor intraductal papilar-mucinoso es un tumor que causa hipersecreción de moco y obstrucción ductal. La histología puede ser benigna, límite o maligna. La mayoría de los tumores (80%) afectan a mujeres y se localizan en la cola del páncreas (66%).

Los síntomas del tumor mucinoso papilar intraductal consisten en dolor y episodios recurrentes de pancreatitis.

El diagnóstico del tumor papilar mucinoso intraductal se realiza con TC o RM.

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para los pacientes con tumor papilar-mucinoso intraductal con displasia de alto grado que han progresado a carcinoma invasor o que tienen características que sugieren un alto riesgo de desarrollar cáncer.

Con cirugía, la supervivencia a 5 años es > 95% en los casos benignos o límite, pero del 50-75% en los tumores malignos.



■ Tabla 3. Estadaje del cáncer de páncreas según el Manual de la AJCC (American Joint Commission on Cancer 2010).

Grado Tumoral	Estadio	Descripción
T1	I A	Limitado al páncreas y <2cms
T2	I B	Limitado al páncreas y >2cms
T3	II A	Extensión más allá del páncreas sin afectar arteria mesentérica o tronco celiaco (Incluyendo involucro de la vena mesentérica superior y/o porta)
T4	III	Tumor extrapancreático que afecta arteria mesentérica o tronco celiaco (Irresecable)
Ganglios		
N1	IIB	Ganglios regionales positivos no implican irresecabilidad
Metástasis		
M1	IV	Metástasis a distancia

Bibliografía

- GPC Guía de Práctica Clínica
Diagnóstico y Tratamiento del Adenocarcinoma
de Páncreas en el Adulto

