



**Nombre del alumno: Yereni Monserrat Pérez Nuricumbo**

**Nombre del profesor: Romeo Antonio Molina Roman**

**Nombre del trabajo: Resumen de adenocarcinoma del páncreas exocrino.**

**Materia: Clínica Quirúrgica**

**Grado: Quinto**

**Grupo: B**

## ADENOMA CARCINOMA DEL PANCREAS EXOCRINO

Es la aparición característica de malignidad en las células ductales que pueden, diseminarse localmente o hacia otros órganos la mayoría de veces se localiza en la cabeza de la glándula, Se dividen en ductales y no ductales siendo más común las ductales con 98% de casos que corresponde la al adenocarcinoma. Es más frecuente en ancianos; la mayoría de los pacientes tiene >60 años de edad, es más frecuente en personas de raza negra y un poco más frecuente en varones que en mujeres.

El Riesgo de desarrollar cáncer pancreático es dos o tres veces mayor si uno de los padres o hermanos tuvo la enfermedad. Otro factor de riesgo con un vínculo consistente es el tabaquismo. Este último incrementa el riesgo de cáncer pancreático cuando menos al doble por los carcinógenos del humo del cigarrillo.<sup>299</sup> Se han estudiado el consumo de café y alcohol como posibles factores de riesgo pero los datos son inconsistentes. Como en otros cánceres del tubo digestivo, se asume que las dietas altas en grasa y bajas en fibra, frutas y verduras propician un riesgo mayor de cáncer pancreático. Desde hace muchos años se sabe que la diabetes se vincula con esta enfermedad. De hecho, existe intolerancia a la glucosa en 80% de los pacientes con cáncer pancreático y cerca de 20% tiene diabetes manifiesta, una incidencia mucho mayor de la esperada por la casualidad. La diabetes tipo 2 preexistente puede elevar el riesgo de cáncer pancreático.<sup>300</sup> La diabetes de inicio reciente también puede ser una manifestación temprana de un cáncer pancreático oculto. Por consiguiente, el inicio reciente de diabetes o un aumento súbito de la necesidad de insulina en una persona de edad avanzada con diabetes preexistente debe hacer surgir la sospecha

de cáncer pancreático.

Reciente confirmaron que individuos con pancreatitis crónica, en especial los casos de pancreatitis familiar, tienen un riesgo mayor de cáncer pancreático.<sup>184</sup> Estudios de cohorte grandes y retrospectivos de pacientes con pancreatitis revelaron un aumento 20 veces mayor del riesgo de cáncer pancreático. Al parecer, este riesgo elevado es independiente del tipo de pancreatitis, un hallazgo consistente con el

hecho de que casi todos los estudios demostraron poco efecto del consumo de alcohol en sí sobre el riesgo de carcinoma pancreático. Se desconocen los mecanismos relacionados con la carcinogénesis en pacientes con pancreatitis preexistente. Sin embargo, en algunos enfermos con pancreatitis crónica se detectó en el epitelio ductal el oncogén K-ras mutado, que se encuentra en casi todos los casos de cáncer pancreático. Aparición características de malignidad en las células ductal pueden, diseminarse localmente o hacia otros órganos; Se deberá dar especial énfasis en los registros epidemiológicos y atención a factores de alto riesgo en los pacientes son el diagnóstico y en caso necesario hacer el envío a segundo a nivel de atención para su estudio específico realizar escrutinio en pacientes con factores de alto riesgo de cáncer de páncreas en centros especializados, iniciar criterio de legibilidad de patente escolar de riesgo y padecer cáncer de páncreas.

Sospechar de cancer en cuerpo y cola de páncreas, paciente presenta pérdida de peso, dolor abdominal. O persisten de espalda baja anorexia, coluria acolia náuseas vómito, fatiga; Sospechar de cáncer en cuerpo y cola del páncreas y los síntomas predominan en mi paciente son pérdida de peso dolor abdominal; Se sugiere la determinación basal de biomarcador. CA-19 previo al inicio del tratamiento médico o quirúrgico para el seguimiento y detección de recurrencia posterior completandose Con estudios de imagen. Si el paciente tiene alto riesgo y datos clínicos compatibles con la enfermedad solicitar ultasonido de páncreas, hígado y via biliar si no se diagnostica de esta forma pero tiene factores al igual que clinica hay que solicitar tomografía contrastada o helicoidal(computada es la mejor prueba de imagen, usar CPRE).

Tratamiento administrar ácido folínico(Leucovorin) 20mg/m<sup>2</sup> IV seguido 5-Fluorouracilo 425 mg/m<sup>2</sup> 4 semanas x 6 ciclos; Posterior resección la operación whipple; pacientes quienes 5- fluoracilo está contraindicado considerar esquema de gemcitabina 1,000mg/ m<sup>2</sup> IV por 30 minutos días 1, 8 y 15 C/4 semanas x 6 ciclos, En pacientes con enfermedad no resecable emplear como quimioterapia paliativa el tratamiento estándar de gemcitabina(1000mg/m<sup>2</sup> IV 30min) otra opción quimioterapia paliativa paciente con enfermedad no resecable uso de Gemcitabina en TDF(10mg/m<sup>2</sup>/minuto). El paciente con factor de alto riesgo y sintomatología

sugestiva de cáncer de páncreas se deberá realizar envío al servicio de gastroenterología o medicina interna de forma inmediata con los siguientes estudios biometría hemática química sanguínea electrolitos pruebas funcionamiento hepático.

## BIBLIOGRAFIA

F. Charles Brunicaudi, M.F. (2010). Schwartz principios de cirugía. China: McGraw Hill. Guía de práctica Clínica. (2009).

Obtenido de chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefi  
ndmkaj/https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-32  
4-10/ER.pdf