

ADENOCARCINOMA DE CABEZA DE PÁNCREAS SOBRE UN CONTEXTO DE PROBABLE PANCREATITIS CRÓNICA: REPORTE DE CASO Y ABORDAJE QUIRÚRGICO

PANCREATIC HEAD ADENOCARCINOMA IN THE CONTEXT OF PROBABLE CHRONIC PANCREATITIS: A CASE REPORT AND SURGICAL APPROACH

Nathalia Elizabeth Mayans Insaurrealde¹; Matías Hernán, Arano Martínez²; Joao Carlos, Manfredo de Almeida³

¹Médico Especialista en Cirugía General y Laparoscópica; Jefa de Sala del Hospital de Especialidades Quirúrgicas Ingavi Instituto de Previsión Social, Asuncion-Paraguay.

²Médico Residente del Tercer Año del Hospital de Especialidades Quirúrgicas Ingavi Instituto de Previsión Social, Asuncion-Paraguay.

³Médico Cirujano Especialista en Medicina Legal y Forense Instituto de Previsión Social, Asuncion-Paarguay.

RESUMEN

Introducción: El adenocarcinoma de páncreas es una neoplasia de alta letalidad, frecuentemente diagnosticada en estadios avanzados. La pancreatitis crónica es un factor de riesgo conocido para su desarrollo. La presentación clásica incluye ictericia obstructiva,

dolor epigástrico y pérdida de peso.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 50 años, sin comorbilidades, que acude por dolor epigástrico postprandial de 7 días de evolución, asociado a ictericia, coluria, acolia y pérdida de 3 kg de peso. El examen físico reveló ictericia y dolor en epigastrio.

Autor corresponsal: Nathalia Elizabeth Mayans Insaurrealde. **Correo electrónico:** nathaliamayans@gmail.com **Recibido:** 30/11/2025. **Artículo aprobado:** 01/12/2025.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de [Licencia de Atribución Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.

Los laboratorios mostraron un patrón de colestasis obstructiva (Bilirrubina total 12.60 mg/dL) con elevación de transaminasas (GOT 209 U/L, GPT 431 U/L) y lipasa (309 U/L). Diagnóstico y Tratamiento: La ecoendoscopia identificó una lesión hipoecoica de 20 mm en la cabeza del páncreas. La biopsia confirmó adenocarcinoma. Se realizó una pancreatectomía total con conservación esplénica, con reconstrucción mediante hepatoyeyuno-anastomosis y gastroyeyuno-anastomosis.

Conclusión: Este caso destaca la importancia de la sospecha diagnóstica de cáncer de páncreas en pacientes con dolor abdominal e ictericia, incluso en presencia de enzimas pancreáticas elevadas que podrían sugerir pancreatitis. La ecoendoscopia fue crucial para el diagnóstico diferencial y la obtención de histología.

Palabras clave: Adenocarcinoma de páncreas, Pancreatitis crónica, Cabeza de páncreas, Cirugía de Whipple, Pancreatectomía total, Ictericia obstructiva, Ecoendoscopia (EUS), Diagnóstico diferencial, Neoplasia maligna.

ABSTRACT

Pancreatic adenocarcinoma is a highly lethal neoplasm, often diagnosed in advanced stages. Chronic pancreatitis is a known risk factor for its development. The classic presentation includes obstructive jaundice, epigastric pain, and weight loss. **Case**

Presentation: We present the case of a 50-year-old male patient with no comorbidities, who presented with a 7-day history of postprandial epigastric pain, associated with jaundice, choluria, acholia, and a 3 kg weight loss. Physical examination revealed jaundice and epigastric tenderness. Laboratory tests showed an obstructive cholestasis pattern (Total Bilirubin 12.60 mg/dL) with elevated transaminases (AST 209 U/L, ALT 431 U/L) and lipase (309 U/L). Diagnosis and Treatment: Endoscopic ultrasound (EUS) identified a 20 mm hypoechoic lesion in the pancreatic head. Biopsy confirmed adenocarcinoma. The patient underwent a total pancreatectomy with splenic preservation, reconstructed with a choledochojejunostomy and a gastrojejunostomy. **Conclusion:** This case highlights the importance

of diagnostic suspicion for pancreatic cancer in patients with abdominal pain and jaundice, even in the presence of elevated pancreatic enzymes that might suggest pancreatitis. EUS was crucial for the differential diagnosis and histological procurement.

Keywords: Pancreatic Adenocarcinoma, Chronic Pancreatitis, Pancreatic Head, Whipple Procedure, Total Pancreatectomy, Obstructive Jaundice, Endoscopic Ultrasound (EUS), Differential Diagnosis, Malignant Neoplasm.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP) es una de las neoplasias malignas más agresivas del tracto gastrointestinal, ocupando las primeras causas de muerte por cáncer a nivel mundial. Su pronóstico es sombrío, en gran parte debido a su diagnóstico tardío, ya que los síntomas suelen ser inespecíficos (dolor epigástrico, pérdida de peso) hasta que la enfermedad está localmente avanzada o metastásica.

La ictericia obstructiva, como la presentada en este caso (ictericia,

coluria y acolia), es un signo cardinal cuando el tumor se localiza en la cabeza del páncreas, comprimiendo la vía biliar distal.

Si bien muchos casos de ADP son esporádicos, existen factores de riesgo bien establecidos. Entre ellos, la pancreatitis crónica (PC) es uno de los más relevantes ^[3]. La inflamación crónica y el estrés oxidativo mantenidos en la PC generan un microambiente que favorece la fibrosis y la acumulación de mutaciones genéticas, siguiendo la secuencia de inflamación-displasia-carcinoma. Diferenciar una masa inflamatoria por PC de un adenocarcinoma puede ser un desafío diagnóstico significativo.

El objetivo de este reporte es presentar el caso de un paciente de 50 años con un adenocarcinoma de cabeza de páncreas, cuya presentación clínica y elevación de enzimas pancreáticas se superpone con un cuadro de pancreatitis, destacando el abordaje diagnóstico y la resolución quirúrgica radical.

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente masculino de 50 años de edad, sin patologías de base conocidas, que acude al

servicio de urgencias por un cuadro de 7 días de evolución de dolor en epigastrio, de carácter sordo, transfixiante y postprandial. El paciente refiere que 4 días previos al ingreso notó ictericia, coluria y acolia, asociando el cuadro a náuseas, un episodio de vómito y una pérdida de peso no intencionada de 3 kg. Al examen físico, se constata un paciente vigil, orientado y con un tinte icterico evidente en piel y escleróticas. El abdomen se presenta excavado, blando y depresible, pero doloroso a la palpación profunda en epigastrio, sin defensa muscular ni signos de irritación peritoneal.

La analítica sanguínea al ingreso reportó un hemograma dentro de parámetros normales (GB 7,480/mm³, Neutrófilos 70%, Hb 13.7 g/dL, Hto 43%) con una ligera trombocitopenia (Plaquetas 147,000/mm³). La función renal (Urea 28 mg/dL, Creatinina 0.81 mg/dL) y el perfil proteico (Proteínas 6.5 g/dL, Albúmina 4.1 g/dL) estaban conservados, y una HbA1c de 4.97% descartó diabetes mellitus previa. Los hallazgos patológicos clave fueron un patrón de colestasis obstructiva (Fosfatasa Alcalina 499

U/L, Bilirrubina Total 12.60 mg/dL, Bilirrubina Directa 10.10 mg/dL), un patrón de hepatocitolisis (GOT 209 U/L, GPT 431 U/L) y una elevación significativa de enzimas pancreáticas (Amilasa 119 U/L, Lipasa 309 U/L).

Ante la sospecha clínica y laboratorial, se solicitó inicialmente una tomografía computarizada de abdomen con contraste (Imagen 1), en la cual se constató una masa periampular asociada a dilatación de las vías biliares; no se evidenció la presencia de ganglios ni signos de invasión vascular de la arteria mesentérica superior ni de la vena porta, sugiriendo resecabilidad.



Imagen 1: Tomografía computarizada de abdomen con contraste.

Para complementar el estudio y obtener confirmación histológica, se realizó una ecoendoscopia. El estudio identificó una lesión

hipoecoica de 20 mm de diámetro en la cabeza del páncreas, de bordes irregulares, que infiltraba el colédoco distal. Durante el mismo procedimiento se obtuvo una biopsia por aspiración con aguja fina, cuyo reporte de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de "Adenocarcinoma de parénquima pancreático".

Con el diagnóstico de una neoplasia resecable, se decidió el tratamiento quirúrgico radical. La elección de una pancreatectomía total en lugar de una duodenopancreatectomía cefálica (cirugía de Whipple) se basó en el hallazgo intraoperatorio: a pesar de que el tumor medía solo 20 mm, se observó que el páncreas se encontraba recubierto totalmente por micronódulos en su superficie y presentaba un aspecto atrófico, sugiriendo una enfermedad difusa o pancreatitis crónica avanzada que afectaba todo el órgano. Se llevó a cabo una Pancreatectomía Total con Conservación Esplénica. La reconstrucción del tránsito digestivo y biliar se realizó mediante una anastomosis colédoco-yeyunal termino-lateral con sutura manual y una anastomosis gastro-yeyunal latero-lateral con sutura mecánica

número 80. Tras la cirugía, el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos para monitoreo postoperatorio.

El diagnóstico anatomopatológico de la pieza operatoria es un Adenocarcinoma ductal (G3, 2,1 cm) de la cabeza del páncreas, con diferenciación sarcomatoide y extensión a duodeno, ampolla de Vater y colédoco, con invasión perineural, márgenes quirúrgicos negativos y sin metástasis ganglionares (pT2; pN0), además del hallazgo de pancreatitis crónica moderada en el resto del páncreas.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra la presentación de un adenocarcinoma de páncreas en un hombre de 50 años, una edad relativamente joven para esta patología, aunque dentro del rango posible ^[1]. La tríada de ictericia indolora es el signo clásico, aunque nuestro paciente presentó dolor epigástrico postprandial como síntoma principal, seguido de ictericia ^[1].

El dolor postprandial y la elevación de la lipasa (309 U/L) son datos clave. Estos hallazgos podrían inicialmente desviar el diagnóstico

hacia una pancreatitis aguda o crónica. Es aquí donde radica la hipótesis de una pancreatitis crónica subyacente [3]; el dolor crónico (que el paciente pudo haber normalizado) y la inflamación (reflejada en la lipasa elevada) pueden ser tanto el terreno sobre el cual creció el cáncer, como un síntoma de la obstrucción ductal que el propio tumor estaba causando.

El diagnóstico diferencial de una masa en la cabeza del páncreas incluye el adenocarcinoma y el pseudotumor inflamatorio de la pancreatitis crónica [2]. La ecoendoscopia con biopsia fue la herramienta fundamental para confirmar la malignidad, permitiendo planificar una estrategia quirúrgica con intención curativa.

En cuanto al manejo quirúrgico, la elección de una pancreatectomía total en lugar de una duodenopancreatectomía cefálica (cirugía de Whipple) es una decisión relevante [4]. La indicación específica se basó en el hallazgo intraoperatorio: a pesar de que el tumor medía solo 20 mm, la pancreatectomía total se reserva para casos donde el tumor infiltra más allá de la cabeza, hay

enfermedad difusa (como en una pancreatitis crónica severa que afecta todo el órgano), o para evitar una anastomosis pancreático-yeyunal de alto riesgo en un páncreas no dilatado [2, 4].

La consecuencia inevitable de esta cirugía es el desarrollo de insuficiencia pancreática exocrina y diabetes tipo 3c (pancreatogénica), lo que requerirá un manejo estricto de por vida con reemplazo de enzimas pancreáticas e insulinoterapia. La conservación esplénica es un punto favorable, ya que mantiene la función inmunológica del bazo.

En conclusión, este caso subraya la necesidad de un alto índice de sospecha de malignidad pancreática en pacientes con dolor abdominal, pérdida de peso e ictericia, y la importancia de la ecoendoscopia para la diferenciación diagnóstica en el complejo escenario de la inflamación pancreática y el cáncer.



Imagen 2: Pieza quirúrgica

BIBLIOGRAFÍA

[1] Manual MSD Versión para profesionales. Cáncer de páncreas. Trastornos gastrointestinales. Manual MSD; 2025. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/tumores-del-aparato-digestivo/c%C3%A1ncer-de-p%C3%A1ncreas>

[2] ACTA Gastroenterológica Latinoamericana. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del Adenocarcinoma Ductal de Páncreas. ACTA Gastroenterológica Latinoamericana; 2020. Disponible en: <https://actagastro.org/recomendaciones-para-el-diagnostico-y-tratamiento-del-adenocarcinoma-ductal-de-pancreas/>

[3] American Cancer Society. Factores de riesgo para el cáncer de páncreas. American Cancer

Society; 2025. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pancreas/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

[4] AnestesiaR. Duodenopancreatectomía cefálica. Técnica de Whipple. AnestesiaR; 2023. Disponible en: <https://anestesiaR.org/2023/duodeno-pancreatectomia-cefalica-tecnica-de-whipple/>