

Neoplasias del páncreas

Tumores de páncreas

- La palabra tumor es sinónimo de neoplasia, que es un crecimiento celular ordenado o no ordenado con una estructura que da una forma sólida.
- El crecimiento neoplásico puede ser benigno (lipoma) o maligno (liposarcoma).
- Los tumores de páncreas no significan cáncer de páncreas.
- Los tumores de páncreas son poco frecuentes.

Cáncer de páncreas

- Es una de las causas de mayor mortalidad a nivel mundial.
- La cantidad de personas diagnosticadas al año es similar a la cantidad de muertes por esta causa.
- Tipos de tumores de páncreas:
- Tumores del páncreas exocrino: neoplasias quísticas y adenocarcinomas (90% de los casos).

- Tumores de las células pancreáticas endocrinas: tumores neuroendocrinos (funcionantes o no funcionales).

Adenocarcinoma de páncreas

- Es la cuarta causa más frecuente de mortalidad por cáncer en el mundo.
- No hay predominancia en hombres versus mujeres.
- No se ha encontrado nada hereditario.
- En Panamá, se identificaron entre 164 y 196 casos anuales entre 2015 y 2017.
- Un estudio encontró aproximadamente 50 casos al año en el Instituto Público Nacional.
- 70% presentaban enfermedad metastásica.
- 5% eran resecables.
- 25% tenían enfermedad localmente avanzada o no resecable.
- El tiempo que tarda un paciente con síntomas inespecíficos en recibir atención médica correcta es de casi un año.

Progresión del cáncer de páncreas

- Existe una progresión de células normales a neoplasias intraepiteliales (PanIN 1, PanIN 2, PanIN 3).
- No siempre se encuentra este orden y no hay manera de identificar estos estadios por imagen o laboratorio.

Neoplasia quística de páncreas

- Se encuentra incidentalmente en tomografías.
- IPMN (neoplasia mucinosa papilar intraductal): dilatación quística de los ductos pancreáticos.
- Usualmente asintomático.
- Tipos: del ducto principal y del ducto secundario.
- Un 20% puede progresar a cáncer de páncreas.
- Criterios de Sendai para evaluar el riesgo de malignidad.
- Más frecuente en Asia.

Dilataciones en IPMN (Neoplasia mucinosa papilar intraductal)

- Dilataciones moradas: Side wrench o rama accesoria.
- Conducto principal (verde): Mantiene su calibre anormal.
- Dilatación quística: Única o loculada.
- Main duct IPMN: Dilatación ductal de la parte central del Wirsung.

Tipos de IPMN (Esquemáticamente)

- Main duct IPMN.
- Side branch IPMN.
- Combinación de main duct y side branch.

Tomografía

- Halo hiperdenso: Borde pancreático.
- Ducto dilatado dentro del páncreas.

Resonancia Magnética

- Sustracción de tejidos excepto bilis/líquido pancreático.
- IPMN Side branch señalado.
- Cáncer de páncreas: Destruye, a diferencia del IPMN que construye.

Carcinomas Perianculares

- Cuatro tumores/malignidades con presentación clínica similar debido a su ubicación:
 - Tumor de cabeza de páncreas.
 - Adenocarcinoma de segunda porción de duodeno.
 - Colangiocarcinoma.
 - Adenocarcinoma de ampulla de Vater.
- Clínica orienta más que el nombre específico del cáncer.

Adenocarcinoma de Cola de Páncreas

- Menos frecuente que en la cabeza del páncreas (10-20%).
- Presentación en estadios más avanzados.
- Dolor abdominal más frecuente por infiltración del tronco celíaco.

Presentación Clínica General del Cáncer de Páncreas

- Debilidad y pérdida de peso (inespecífico, pero común).
- Ictericia obstructiva (compresión del colédoco).
- Dolor abdominal (leve o ausente).

Examen Físico: Hallazgos Clave

- Signo de Courvoisier: Vesícula palpable (obstrucción crónica).
- Síndrome de Trousseau: Tromboflebitis migratoria (hipercoagulabilidad).

Hallazgos Semiologicos de Enfermedad Maligna Intraabdominal Avanzada

- Nódulo de Sister Mary Joseph: Metástasis en área umbilical.
- Ascitis: Producción de líquido por diseminación peritoneal.
- Nódulo de Virchow: Diseminación linfática a fosa supraclavicular izquierda.
- Repisa de Blumer: Tacto rectal con sensación de repisa en la parte anterior del recto.

Depósitos de malignidad intraperitoneal

- Depósitos en el fondo de saco o en el área peritoneal pélvica.
- No todos los signos se encuentran en un solo paciente.

Laboratorios y Marcadores Tumorales

- Laboratorios básicos para pacientes con ictericia, incluyendo pruebas MUSDAMOS.
- CA más de 1000 en paciente con ictericia y pérdida de peso = 98% probabilidad de cáncer de páncreas.
- "Es un marcador tumoral bien útil... este marcador tumoral puede ser diagnóstico."

- Se usa para vigilancia y pronóstico en pacientes con síntomas inespecíficos e ictericia.

Estudios de Imagen

- Ultrasonido de entrada para valorar la vía biliar.
- Estudio de elección para cáncer de páncreas: tomografía multicorte (más de 256 cortes) trifásica (dosis venosa, portal y arterial).
- Tomografía trifásica sirve para diagnóstico y resecabilidad.
- Ultrasonido endoscópico para estadiaje (relación con estructuras como la arteria mesentérica superior y la vena porta).
- Colangiografía o CPRE solo si hay colangitis.

Hallazgos Tomográficos

- Tumor de páncreas se ve diferente a un quiste (quiste se ve súper clarito, súper homogéneo).
- Tumor localmente avanzado: irrupción del tejido alrededor.
- Tumor irresecable: arterias del tronco celíaco inmersas en el tumor.

Tratamiento del Cáncer de Páncreas

- El tratamiento ha mejorado sistémicamente.
- Clasificación: resecable, borderline, irresecable y metastásico.
- Resecable: se opera.
- Borderline: terapia sistémica (neoadyuvancia) y luego se opera.
- Irresecable: paliación y terapia sistémica paliativa.

Cirugía de Whipple (Pancreatoduodenectomía)

- Si hay un tumor en la cabeza del páncreas o perianular, no se pueden separar las estructuras.
- Es necesario quitar en bloque: segmento distal del estómago, hepático común, vesícula, todo el duodeno y la primera porción del yeyuno, y transectar el cuello del páncreas.
- Se clampea el conducto hepático común y se liga la arteria gastroduodenal.
- La vena porta se visualiza al quitar la cabeza del páncreas.

Cirugía y Reconstrucción

- El orador describe la vena mesentérica superior que se une a la vena esplénica para formar la vena porta.
- El cuello quirúrgico del páncreas se corta encima de la vena porta.
- Después de la resección, se realiza la reconstrucción, un proceso complejo que implica unir el estómago, la vía biliar y el páncreas al yeyuno.
- El yeyuno recibe jugo gástrico, jugo pancreático y jugo biliar directamente, lo que requiere un cuidado postoperatorio para asegurar que las anastomosis funcionen correctamente.

Tratamiento Sistémico y CA 19-9

- El tratamiento sistémico del cáncer de páncreas tiene poca efectividad y está en constante evolución.
- Los fumadores crónicos y los cuadros inflamatorios intraabdominales pueden causar falsos positivos en los niveles de CA 19-9.
- Elevaciones moderadas de CA 19-9 (ej. 80-100) no son patognomónicas de cáncer de páncreas y pueden deberse a otras

causas como litiasis o pancreatitis.