

Adenocarcinoma de Páncreas en paciente joven diagnosticado por Ultrasonografía Endoscópica

Fernando Barreda Bolaños¹, Italo Landeo Aliaga¹, Sandra Pando Huarcaya², Fabiola Bayro Peñaloza³

RESUMEN

El adenocarcinoma de páncreas se presenta por lo general en pacientes mayores de 60 años. El hallazgo en gente joven es muy raro. Reportamos el caso de un varón de 29 años diagnosticado y tratado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), quien presentó como síntomas principales: dorsalgia, ictericia y baja ponderal. La imagen tomográfica mostró una masa ubicada en la cabeza del páncreas asociada a metástasis hepática y ganglionar múltiples. Fue evaluado mediante ultrasonografía endoscópica (USE), realizándose una punción aspiración dirigida con aguja fina (PAAF), para la obtención de muestra correspondiendo a un adenocarcinoma poco diferenciado de páncreas. Se realizó un drenaje biliar endoscópico por PCRE y posteriormente tratamiento con quimioterapia. Se presenta el caso por lo infrecuente de su manifestación en el grupo etéreo señalado y por la importancia de la punción guiada por ultrasonografía endoscópica en el diagnóstico y manejo de dicha patología.

PALABRAS CLAVE: adenocarcinoma de páncreas, ultrasonografía endoscópica, presentación juvenil.

Rev Gastroenterol Perú; 2008; 28: 162-166

ABSTRACT

Diffuse hemangioma of the rectum is a rare benign vascular lesion. The case of a 30 year-old male with intermittent rectal bleeding with an evolution of 2 years and symptoms related to chronic ferropenic anemia is presented. The rectal endoscopy was interpreted as a malignant neoplastic epithelial lesion spread throughout the rectum. The biopsy indicated that it was a rectal hemangioma. A surgical resection was successfully performed. The study of the surgical specimen concluded that it was a diffuse rectal hemangioma.

KEY WORDS: Rectal bleeding, colorectal vascular lesion, colonic hemangioma.

- 1 Servicio de Gastroenterología. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- 2 Servicio de Gastroenterología. Clínica San Borja. Fellow en Ultrasonografía Endoscópica
- 3 Médico Residente de Gastroenterología. Hospital Alberto Sabogal-ESSALUD

INTRODUCCIÓN

El cáncer de páncreas es una patología que compromete en su mayoría a pacientes a partir de los 60 años, siendo el hallazgo histológico más frecuente el adenocarcinoma, cuya etiología es aún poco conocida y que se caracteriza por un cuadro clínico que se manifiesta cuando la enfermedad se halla bastante avanzada, siendo distintivo el síndrome icterico obstructivo, cuando la masa tumoral está localizada en la cabeza del páncreas y ha invadido la vía biliar principal. La sobrevida al momento del diagnóstico es menor al 5%.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad nacido en Lima-Perú, chofer de taxi, con episodios de bronquitis a repetición en la niñez y parotiditis a los 8 años. En los últimos años cursó con cuadros autolimitados de diarrea afebril. Dentro de los antecedentes familiares la madre fue diagnosticada a los 40 años de diabetes mellitus tipo 2, el padre dislipidémico e hipertenso, primo paterno fallecido de leucemia. Clínicamente en los últimos tres meses presentó en forma secuencial episodios de dorsalgia moderada que no cedían con antiinflamatorios y relajantes musculares y que se intensificaron progresivamente hasta su ingreso al INEN. Además, presentó dolor súbito tipo hincada a nivel de hipocondrio derecho de moderada intensidad y escasa mejoría con antiespasmódicos. En el último mes, ictericia de piel, baja de peso progresiva, dispepsia a grasas y pérdida del apetito. Al examen físico se observa un paciente adelgazado con ictericia severa de piel y mucosas, sin presencia de estigmas hepáticos, no se palpan masas abdominales. Exámenes auxiliares: un mes antes del ingreso tuvo una ecografía renal con resultado normal y examen completo de orina evidenciándose glucosuria: 3+, hemoglucotest: 330 mg/dl, Hb A1c : 8,7 % , creatinina: 0,65 mg/dl, radiografía de tórax: normal. Al ingreso, hemoglobina: 14,4 g/dl, leucocitos: 10,380 cel/mm³, linfocitos: 15%, eosinófilos: 2%, plaquetas: 363,000 cel/mm³, TP: 13,9 seg, glucosa 149: mg/dl, TGO: 290 UI/L, TGP: 660 UI/L, fosfatasa alcalina: 282 UI/L, bilirrubina total: 8,5 mg/dl, bilirrubina directa: 7,1 mg/dl, bilirrubina indirecta: 1,4 mg/dl, marcadores tumorales: CEA: 6.6ng/dl, CA19-9: 13,500 U/L. Dentro de los estudios de imágenes se solicitó tomografía espiral multicorte donde se evidenció: una lesión tumoral que compromete la región postero-inferior de la cabeza del páncreas de 3.3cm de diámetro mayor, adyacente a la arteria mesentérica superior sin llegar a comprometerla, rodeada de adenopatías múltiples en la región celiaca y con imágenes en hígado compatibles con metástasis hepática, estando ubicada la mayor en el segmento VII (Figura 1).

Se realizó un estudio de ultrasonografía endoscópica para lo cual se utilizó un equipo de video ecoendoscopio lineal Olympus 160 y se visualizó en la cabeza del páncreas una lesión tumoral de aproximadamente 35 mm. de diámetro, de contornos irregulares, de ecogenicidad heterogénea rodeada de numerosos ganglios de apariencia metastásica, el colédoco midió aproximadamente 10 mm, las vías biliares intrahepáticas se mostraron dilatadas y en el interior del pa-

rénquima hepático se observaron múltiples imágenes consistentes con metástasis hepática y además focos de metástasis ganglionar, se realizó posteriormente una punción con aguja fina 22 G guiada por ultrasonografía endoscópica en el centro de la masa descrita (Figura 2), obteniéndose muestras las cuales, fueron extendidas rápidamente en láminas y fijadas en alcohol absoluto al 98% y otras en formol al 10% para estudio citológico. La histología confirmó la presencia de un adenocarcinoma poco diferenciado de páncreas.

Posteriormente se realizó una pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica (PCRE) visualizándose, la dilatación coledociana con estenosis severa tumoral del tercio distal, procediéndose a la colocación de una prótesis de 7 french de 9 cm. de longitud para drenaje biliar interno (Figura 3).



Figura 1A: Lesión tumoral de 3,3 cm. de diámetro localizado en la cabeza del páncreas, se objetiva además el calibre del Wirsung conservado debido a la localización periférica del tumor.

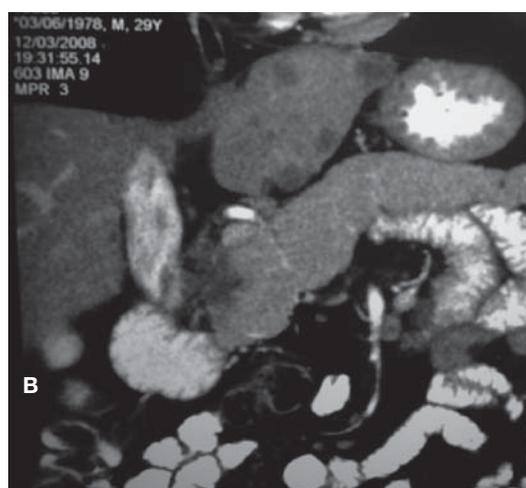


Figura 1B: Imagen de metástasis hepática en el segmento VII.

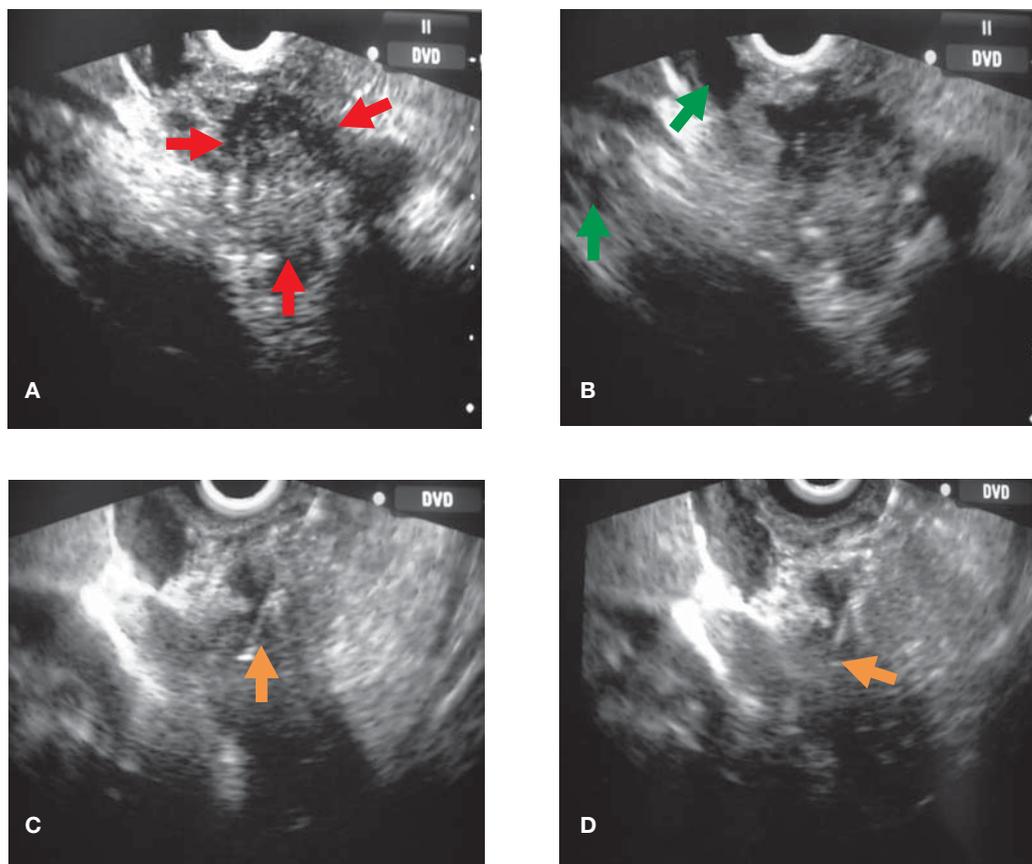


Figura 2: En las imágenes de ultrasonografía endoscópica y en forma secuencial se aprecia: (A) lesión tumoral a nivel de la cabeza del páncreas hacia la porción ventral de aspecto heterogéneo (flechas rojas), hipocogénico, de bordes irregulares. (B) se aprecia en la siguiente imagen, foco de metástasis hepática y dilatación coledociana (flechas verdes). C y D se aprecia el área de punción en el centro de la lesión descrita y la aguja de punción guiada por ultrasonografía endoscópica (flechas amarillas).

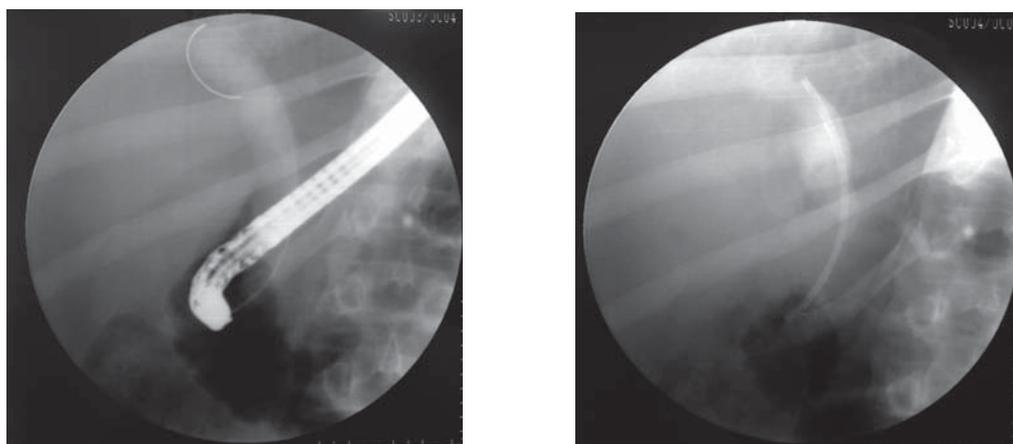


Figura 3: Se observa dilatación coledociana con estenosis severa del tercio distal y el drenaje biliar interno con Stent de 7 french.

DISCUSIÓN

Se presenta el caso actual por dos razones importantes: la primera es, que el cáncer de páncreas debe ser sospechado precisamente por lo difícil de su diagnóstico precoz y con mayor razón en gente joven, a pesar que la incidencia sea rara; la segunda razón es, la de difundir la utilidad en nuestro medio del uso de la ecoendoscopia para situaciones semejantes como la presente o en las que se requiera de la precisión diagnóstica de la punción con aguja fina.

El adenocarcinoma de páncreas es una patología cuya incidencia tiende a aumentar con la edad, el 80% de los diagnósticos se realiza en el grupo etáreo mayor de 60 años; ésta es más frecuente en áreas industrializadas del mundo, donde la mayor incidencia de casos ha sido reportada en Nueva Zelanda y la más baja en Nigeria e India⁽¹⁾

La edad del paciente motivo del presente reporte es de 29 años, situándose de esta manera como ya se dijo en un grupo etáreo de presentación infrecuente, tan es así, que los casos con estas características merecen reportes particulares. Al respecto, en nuestro medio Díaz-Plasencia reportó el caso de una paciente de 14 años con carcinoma de páncreas, entre 23 pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas admitidos al Hospital Belén de Trujillo-Perú, en una revisión de casos de neoplasias del aparato digestivo de 1966 a 1995⁽²⁾. De otro lado, McWhirter et al.⁽⁴⁾ en su revisión de 234 casos de carcinomas diagnosticados antes de los 15 años de edad en Gran Bretaña en el periodo de 1971-1980, observando 47 tumores del tracto digestivo, se verificó que 5 de los mismos estaban localizados en el páncreas con cierto predominio del sexo masculino sobre el femenino (1.9:1), tendencia también descrita en otras series⁽⁵⁾, sin embargo, hay autores que encuentran que el tumor afecta por igual a ambos sexos⁽⁶⁾.

Al momento del ingreso de nuestro paciente al INEN, además de la ictericia, el dolor abdominal y la baja de peso, se pudo verificar de acuerdo a los análisis de laboratorio que el paciente padecía de un problema de hiperglicemia consistente con un cuadro de diabetes mellitus probablemente de tipo 1, por el debut temprano del mismo. Al respecto, se conoce que el riesgo de los pacientes con diabetes tipo 1 es hasta 2 veces mayor con relación a la población general para desarrollar el cáncer de páncreas, es por ello que en pacientes jóvenes con diagnóstico de diabetes mellitus de novo, se recomienda que sean sometidos a estudios tempranos de detección de cáncer de páncreas, recordándose que las manifestaciones iniciales de la diabetes mellitus pueden darse hasta 2 a 5 años antes del diagnóstico del adenocarcinoma de páncreas^(3,7). Entre otros factores de riesgo para desarrollar la enfermedad se encuentran: el alcoholismo, el tabaquismo, la historia familiar de cáncer de páncreas, de colon, ovario y mama y algunos carcinógenos ocupacionales asociados como el asbesto, las radiaciones ionizantes, la gasolina, el petróleo, el carbón, el aluminio, el caucho, los pigmentos cromados, los compuestos químicos y pesticidas especialmente los organoclorados como el DDT⁽¹⁾.

En cuanto al factor dietético, se describe un aumento del riesgo en personas con alta ingesta calórica sobretodo en

base a carbohidratos y colesterol asociado a pobre consumo de fibra y vitamina C⁽⁸⁾.

Si bien en nuestro medio el estudio genético en general de las neoplasias y en particular del cáncer de páncreas es aún incipiente, es importante recalcar el componente genético que envuelve a esta patología, que incluye una serie de alteraciones en genes transmembrana relacionados a la fibrosis quística, mutaciones del DNA como en la anemia de Fanconi y polimorfismo genético en BRCA2, ERCC2 y SPINK 1⁽⁶⁾, todo ello aunado a los factores ambientales, probablemente explique el debut de esta entidad en pacientes a temprana edad y con síntomas de compromiso extenso y metástasis.

Considerando la estadística expuesta por el Ministerio de Salud (MINSa) se ha establecido que esta neoplasia representa como causa de fallecimiento, el 3.2% de todas las neoplasias⁽⁹⁾. En los Estados Unidos se estima 8.4 muertes por 100,000 personas, con una tasa estimada de supervivencia a 3 años de 2% y una tasa de supervivencia a 2 años post resección de 20%. La supervivencia promedio es de 0.5%. Aproximadamente el 80-90% de pacientes han desarrollado metástasis al momento del diagnóstico sin opción a resección y solo 10-15% de tumores son resecables⁽¹⁰⁾. El Cáncer de páncreas localmente avanzado no metastásico es observado en el 20% de los pacientes al momento del diagnóstico, siendo la sobrevida de 6 a 10 meses^(11,12).

Actualmente existe un estudio que trata de identificar los factores pronósticos del cáncer de páncreas no resecable teniendo en cuenta variables clínicas y laboratoriales como son el inicio de síntomas, niveles de CA 19-9 pre tratamiento, niveles de bilirrubina al momento del diagnóstico y otros marcadores moleculares que se hallan en evaluación⁽¹³⁾. Teniendo en cuenta que a la mayoría de los pacientes como el nuestro se les diagnostica la enfermedad en un estadio avanzado, y que habitualmente son sometidos a estudios imagenológicos convencionales, se ha trabajado desde inicios de los noventa en busca de métodos que nos permitan la detección temprana de esta patología, considerando la anatomía regional del páncreas la cual es compleja y que hace difícil su abordaje. La ultrasonografía endoscópica ha ido cambiando el criterio de manejo de las masas pancreáticas sospechosas de malignidad al permitir una mejor visualización de las lesiones menores de 2 centímetros y el compromiso de estructuras vasculares adyacentes, lográndose una precisión superior para el estadiaje de las neoplasias malignas sobretodo de la región periampular y retroperitoneal⁽¹⁴⁾.

Recientemente contamos en nuestro servicio con el equipo de ultrasonografía endoscópica el cual nos permite complementar de manera más precisa el estudio diagnóstico y orientar más adecuadamente la terapia de nuestros pacientes con cáncer. Se conoce que la punción con aguja fina guiada por ultrasonografía endoscópica es en la actualidad una pieza clave en el diagnóstico y caracterización de las neoplasias malignas del páncreas por ser un método poco invasivo de toma de muestra. En series de casos se ha descrito una sensibilidad de 64 a 94% y especificidad de 71 a 100%, con una eficacia de 78 a 95%.⁽¹⁵⁾ La sensibilidad de la PAAF guiada por USE para la detección de cáncer de páncreas en el contexto de pancreatitis crónica es del 54%.

Se sabe que el número calculado de punciones necesarias obtenidas por punción del páncreas con aguja fina para lograr una eficacia diagnóstica del 60%, es de 5 a 6 punciones. Otros métodos de muestreo como el empleo de agujas trucut incrementan dicha eficacia a un 80%⁽¹⁶⁾. El impacto económico de la ultrasonografía endoscópica ha llevado a una reducción de costos y a evitar el uso de laparotomías exploratorias innecesarias⁽¹⁰⁾.

En suma, el caso presentado se trata de un evento inusual de compromiso por cáncer de páncreas en una persona joven, sin embargo como ya se ha sustentado, un factor de riesgo ha sido la presencia de diabetes mellitus asociada a la neoplasia en referencia, lo cual debe llevar a la recomendación del estudio del páncreas en pacientes con estas características. De otro lado, el presente reporte es un claro ejemplo de la utilidad de la ultrasonografía endoscópica al procurar el diagnóstico etiológico e histológico de un modo poco invasivo, de un costo accesible que evitó una exploración quirúrgica de costos mayores y no exenta de complicaciones.

El diagnóstico final del paciente se logró en una segunda exploración y punción obteniéndose un número aproximado de 8 muestras las cuales debieron ser analizadas inmediatamente por un patólogo experimentado el cual es necesario se halle durante el procedimiento para señalar si la muestra es suficiente o no para el diagnóstico.

El paciente fue referido a tratamiento quimioterápico.

CONCLUSIONES

El presente reporte se trata del primer caso documentado en nuestro medio de la utilidad de la ultrasonografía endoscópica con punción exitosa del cáncer de páncreas en un paciente joven con diabetes mellitus. La enseñanza es doble: tanto la sospecha clínica de cáncer en un joven con diabetes mellitus como la eficacia en costos y en diagnóstico de la ultrasonografía endoscópica para este tipo de neoplasias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SOLIMAN A.S.; EL-GHAWALBY. Unusually high rate on young-onset pancreatic cancer in the East Nile delta region of Egypt. *International Journal of Gastrointestinal Cancer*. 2002, 32: 143-152
- DIAZ-PLASENCIA Y COL. Cáncer de Páncreas. Cuadro clínico y sobrevida. *Enfermedades del Aparato digestivo*. 1999, 22.
- R J STEVENS, A W RODDAM AND V BERAL. Pancreatic cancer in type 1 and young-onset diabetes: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Cancer* 2007, 96: 507-509.
- MCWHIRTER W, STILLER C. Carcinomas in childhood. A registry-based study of incidence and survival. *Cancer* 1989; 63: 2242-6.
- ROCHA LIMA CM, CENTENO B. Update on pancreatic cancer. *Current Opinion Oncology* 2002; 14:424-30.
- MCWILLIAMS, J. CUNNINGHAM, ERCC2 polymorphism Asp711Asp is associated with risk of young-onset pancreatic cancer *Journal of Clinical Oncology*, 2005 ASCO Annual Meeting Proceedings. 2005, 23, Suppl: 9688
- GULLO L, PEZZILLI R, MORSELLI-LABATE AM. Diabetes and the risk of pancreatic cancer. *Italian Pancreatic Cancer Study Group. New England Journal of Medicine* 1994; 331:81-4
- THE LUSTGARTEN FOUNDATION FOR PANCREATIC CANCER RESEARCH. Understanding pancreatic cancer. 2007, pg 7
- MINISTERIO DE SALUD. Estadística global de neoplasias del aparato digestivo 2004. minsa.gob.pe.
- KYUNG W. NOH, MD; MICHAEL B. WALLACE, MD, MPH Endoscopic Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration in the Diagnosis and Staging of Pancreatic Adenocarcinoma, *Medscape General Medicine*. 2005; 7: 15.
- SCHNEIDER G, SIVEKE JT, ECKEL F, et al. Pancreatic cancer: basic and clinical aspects. *Gastroenterology*. 2005; 128:1606-1625.
- JOO KYUNG PARK et al. Survival and Prognostic Factors of Unresectable Pancreatic Cancer. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2008;42: 86-91.
- GROTE, Logsdon Progress on molecular markers of pancreatic cancer *Current Opinion of Gastroenterology* 2007, 23: 508-514.
- ERICKSON RA, GARZA AA. Impact of endoscopic ultrasound on the management and outcome of pancreatic carcinoma. *American Journal of Gastroenterology*. 2000, 95: 2248-2253.
- LACHTER et al, the Impact of Endoscopic Ultrasonography on the Management of Suspected Pancreatic Cancer. *A Comprehensive Longitudinal Continuous Evaluation. Pancreas* 2007, 35: 130-134
- LARGHI A, VERNA EC, STAVROPOULOS SN, et al. EUS-guided trucut needle biopsies in patients with solid pancreatic masses: A prospective study. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2004; 59:185-190