

Detección temprana del cáncer pancreático

**Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Karina Contreras Zurita,* José Antonio Serna Macías,‡
José Luis Ramírez Arias,§ Adriana Cecilia Gallegos Garza^{II}**

Paciente femenina de 61 años de edad con dolor abdominal localizado en mesogastrio y ambos flancos, de 4 meses de evolución, sin otra sintomatología agregada. Por indicación médica se realizó estudio de TCMD abdominopélvica, encontrándose lito en la unión ureterovesical izquierda.

Como **hallazgo incidental**, se identificó masa pancreática de 3 por 3 cm (*Figura 1*), en el cuello del páncreas, isodensa, con escaso reforzamiento, posterior a la administración del medio de contraste iodado intravenoso (*Figuras 2, 3 y 4*). Dicha masa condiciona dilatación focal del conducto pancreático principal y de la vía biliar intrahepática y del colédoco.

El proceso neoformativo mencionado previamente, según los hallazgos por imagen de TCMD, no condicionaba invasión a estructuras arteriales y no se asociaba a la existencia, de ganglios locorregionales o a distancia (*Figuras 5 y 6*).

Se realizó estudio PET/CT, el cual corroboró su presencia, demostrándose hipermetabolismo focal de dicha lesión, cuyo SUV max fue de 4.0 (*Figura 7*).

La paciente es sometida a cirugía pancreatectomía distal del cuerpo y cola con esplenectomía, con resección ganglionar, encontrándose adenocarcinoma intraductal in-

filtrante con ganglios positivos periesplénicos 4 y en tronco celíaco 12, sin afección vascular (*Figuras 8a y b*).

CÁNCER PANCREÁTICO

El adenocarcinoma de páncreas constituye la cuarta causa de muerte por cáncer en los Estados Unidos y está incrementando su incidencia. Solamente 3% de los pacientes con cáncer de páncreas con diagnóstico reciente sobreviven 5 años.

La TCMD multifásica contrastada es el método de elección para la detección, determinar la extensión local del tumor y evaluar la resecabilidad tumoral, evitándose cirugías innecesarias, siendo aún el diagnóstico, la estadificación y el tratamiento difíciles.¹ Desafortunadamente la evaluación por TCMD en algunos casos es difícil, ya que existen falsos positivos en casos de pancreatitis crónica, aguda o autoinmune.²

Las características por TCMD del adenocarcinoma de páncreas son variables y dependen del tamaño tumoral y extensión de la enfermedad. El hallazgo más común es una masa hipovascular focal en el páncreas. Otros hallazgos incluyen cambios en el contorno con masa pancreática discreta o sin proceso neoformativo, una lesión focal de densidad de tejidos blandos que reemplaza la grasa glandular, crecimiento esférico de la cabeza o del proceso uncinado, de bordes convexos. El conducto pancreático principal y el conducto biliar están dilatados proximal a la masa. Esta técnica evalúa la invasión vascular e invasión de órganos adyacentes.

En casos difíciles la imagen funcional (PET/CT 18F-FDG) es capaz de diferenciar enfermedad pancreática benigna de maligna, ya que es capaz de detectar lesiones menores de 2 cm con una sensibilidad y especificidad mayor a la TCMD.

El PET no reemplaza a la TCMD en la evaluación de resecabilidad local. Sin embargo es capaz de detectar enfermedad local y a distancia, evitando cirugías innecesarias.³

La pancreatoduodenectomía mejora la sobrevida a 5 años en 20% de los casos con una mortalidad del 2-3%.

* Departamento de Radiología e Imagen.

† Jefe del Departamento de Medicina Nuclear.

‡ Director Médico.

§ Departamento de Patología.

Hospital Ángeles del Pedregal

Correspondencia:

Gaspar Alberto Motta Ramírez

Radiología eImagen, Hospital Ángeles del Pedregal

Camino a Santa Teresa Núm. 1055

Col. Héroes de Padierna

México, D.F.

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 16-10-2008.

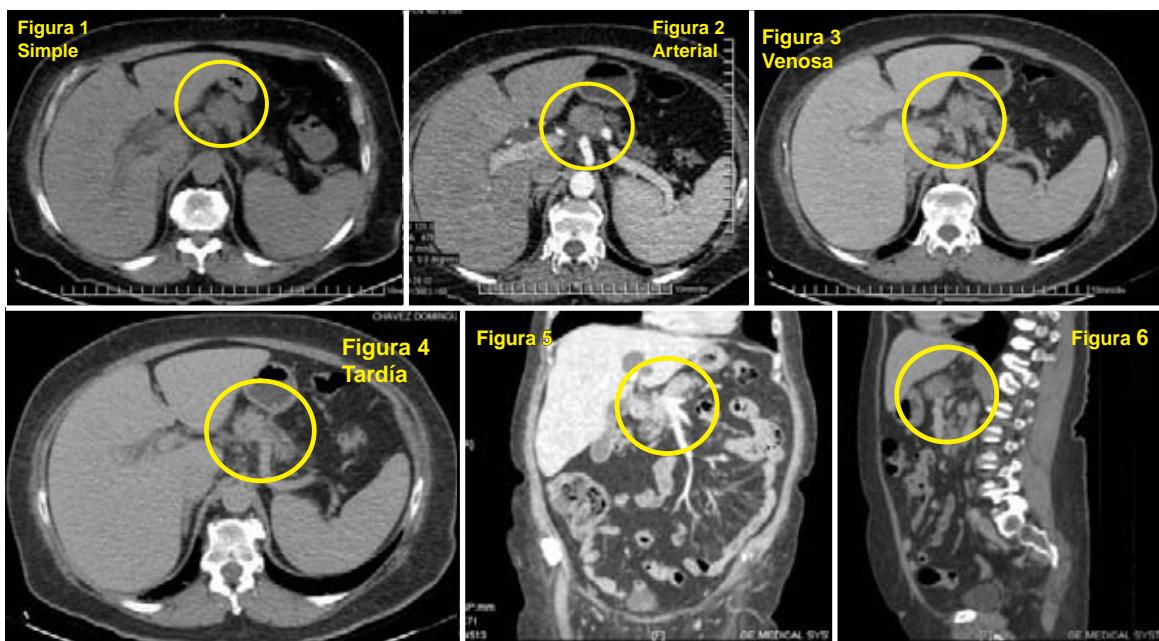


Figura 1 a 6.

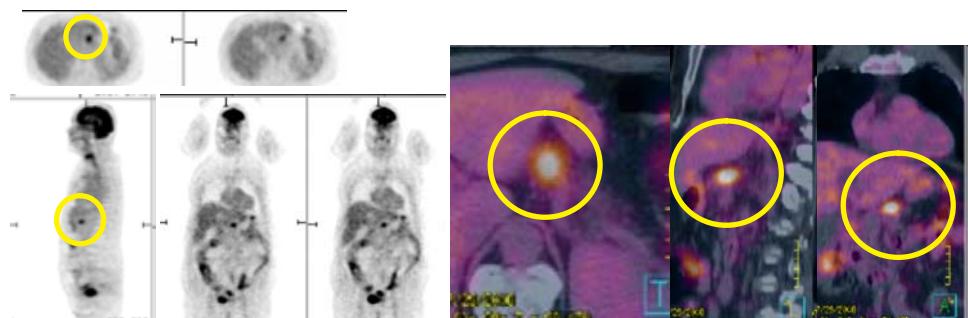


Figura 7.

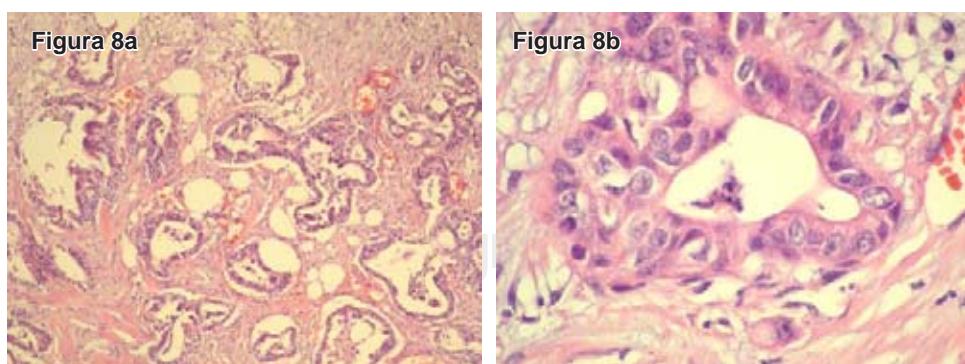


Figura 8a. Adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado, glándulas irregulares. (10x/HyE). 8b. Adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado, pleomorfismo nuclear acentuado.(40x/HyE).

REFERENCIAS

1. Delbeke D, Rose M, Chapman WC, Pinson W, Wright K et al. Optimal interpretation of FDG PET in the diagnosis, staging & management of pancreatic cancer. *J Nucl Med* 1999; 40: 1784-1791.
2. Ichikawa T, Ertuk SM, Sou H, Nakajima H, Tsukamoto T, Motosugi U et al. MDCT of pancreatic adenocarcinoma: Optimal imaging phases and multiplanar reformatted imaging. *AJR* 2006; 187: 1513-1520.
3. Pappas S, Federle M, Lokshin AE, Zeh HJ. Early detection and staging of adenocarcinoma of the pancreas. *Gastroenterol Clin N Am* 2007; 36: 113-129.

www.medigraphic.com