

LA INFLAMACIÓN QUE ENMASCARA AL ENEMIGO: EL TUMOR DETRÁS DE LA PANCREATITIS

Dr. Vilanova Juan Pablo¹; Dr. Dandeo Lucas¹⁻².

¹Sanatorio Diagnóstico - Santa Fe, Argentina.

²Socio FAARDIT.

vilanova.juanpablo@gmail.com

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Caso clínico

Paciente masculino de 67 años.

Diabético.

Cursó internación reciente por pancreatitis aguda leve.

Consulta a los 4 meses por persistencia de dolor, ictericia y anorexia.

Se complementa con analítica e imágenes y se decide internación.

Hallazgos imagenológicos

TC de abdomen con contraste (C/C) (primera internación): Porción cefálica pancreática heterogénea, engrosada, edematosa asociada a alteración en la grasa peripancreática. Dilatación proximal del conducto Wirsung. No se evidencian litiasis. (Fig. 1 y 2).

TC de abdomen C/C (reingreso): Masa ocupante de espacio en cuerpo de páncreas que invade el tronco celíaco. Secundarismo hepático y pulmonar. (Fig. 3, 4, 5 y 6).

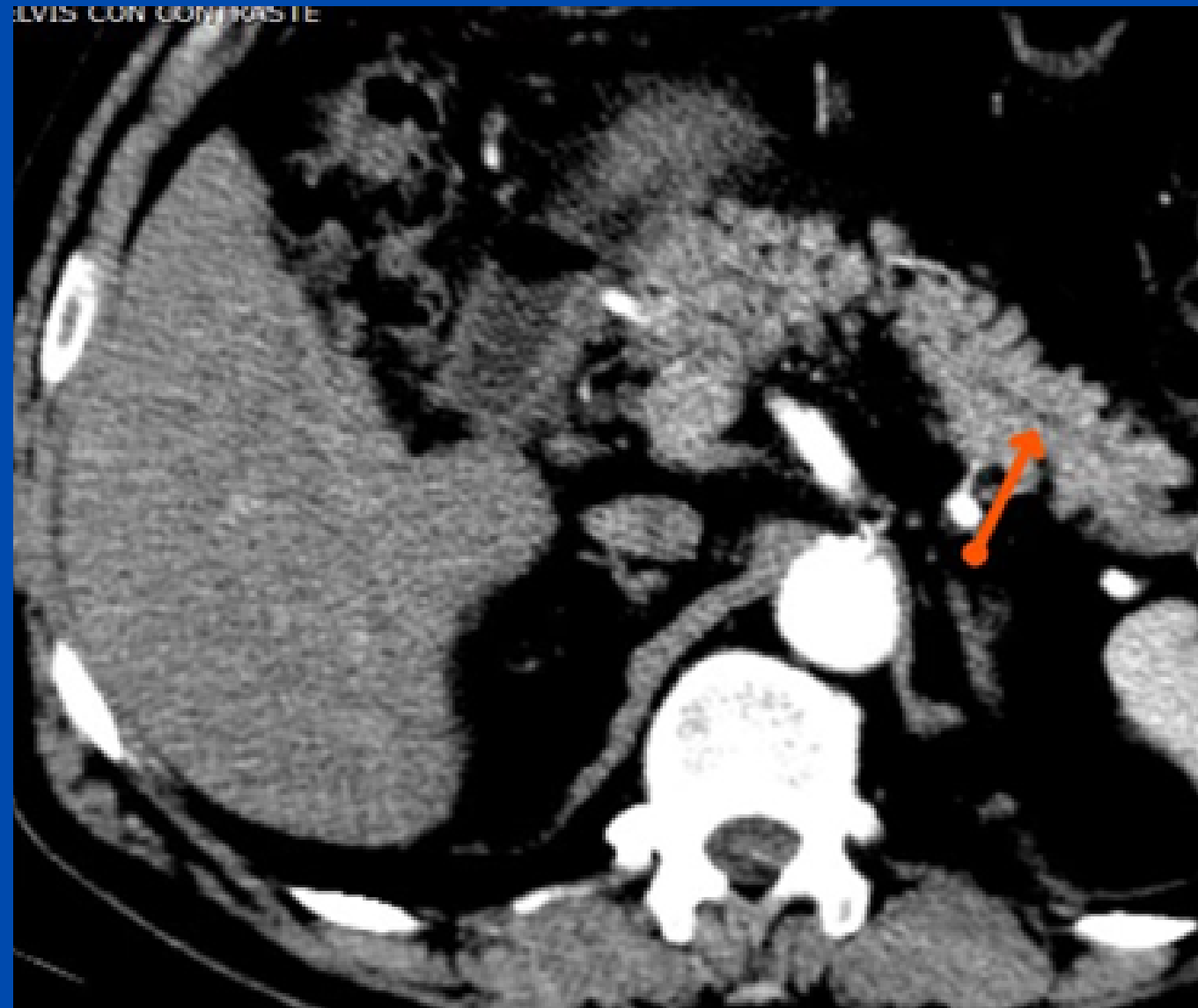


Fig. 1. TC de abdomen C/C: Alteración del parénquima pancreático en porción cefálica (Flecha amarilla) asociado a cambios inflamatorios peripancreáticos (Flecha roja).

Fig. 2. TC de abdomen C/C: Dilatación proximal del conducto de Wirsung.

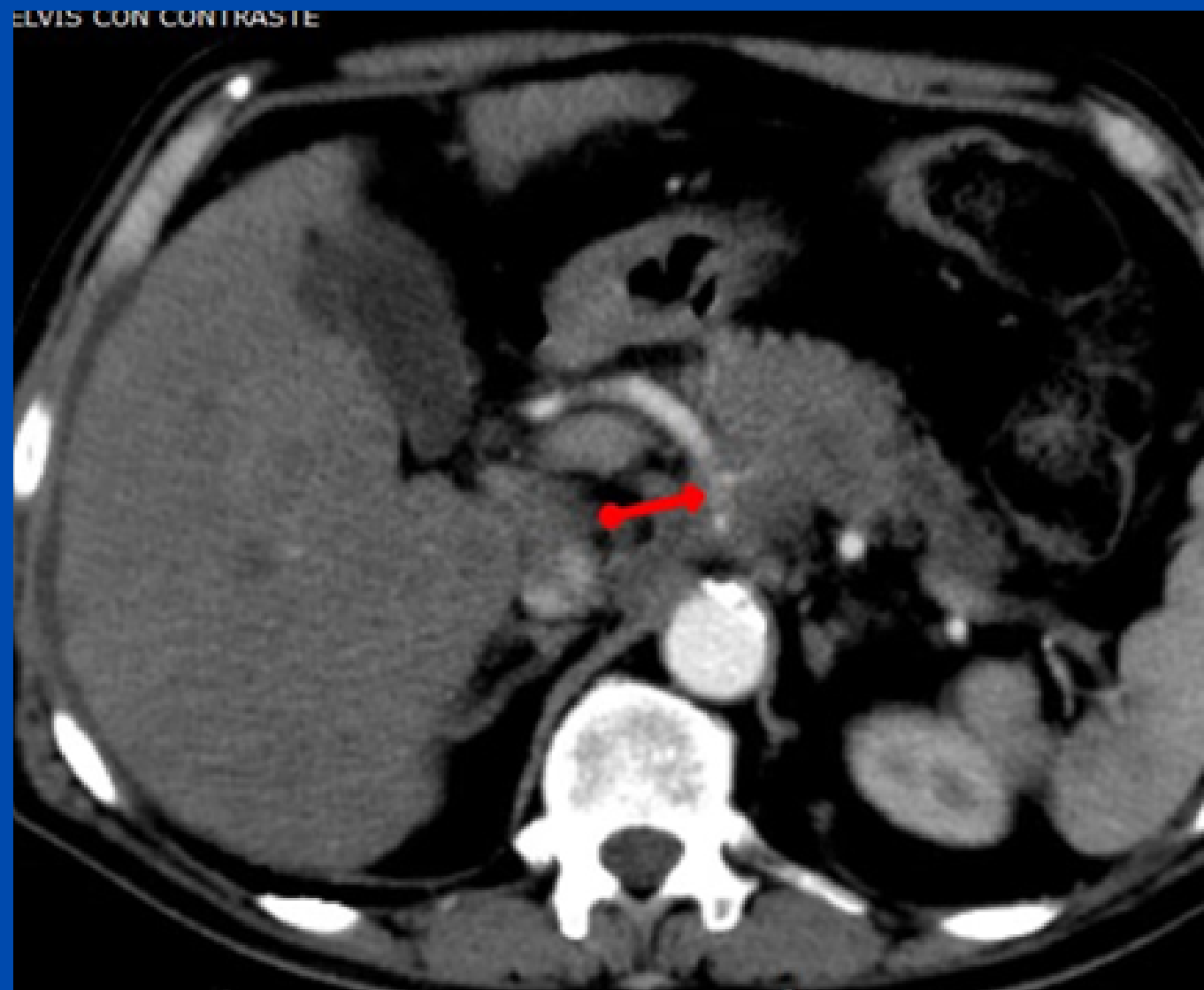
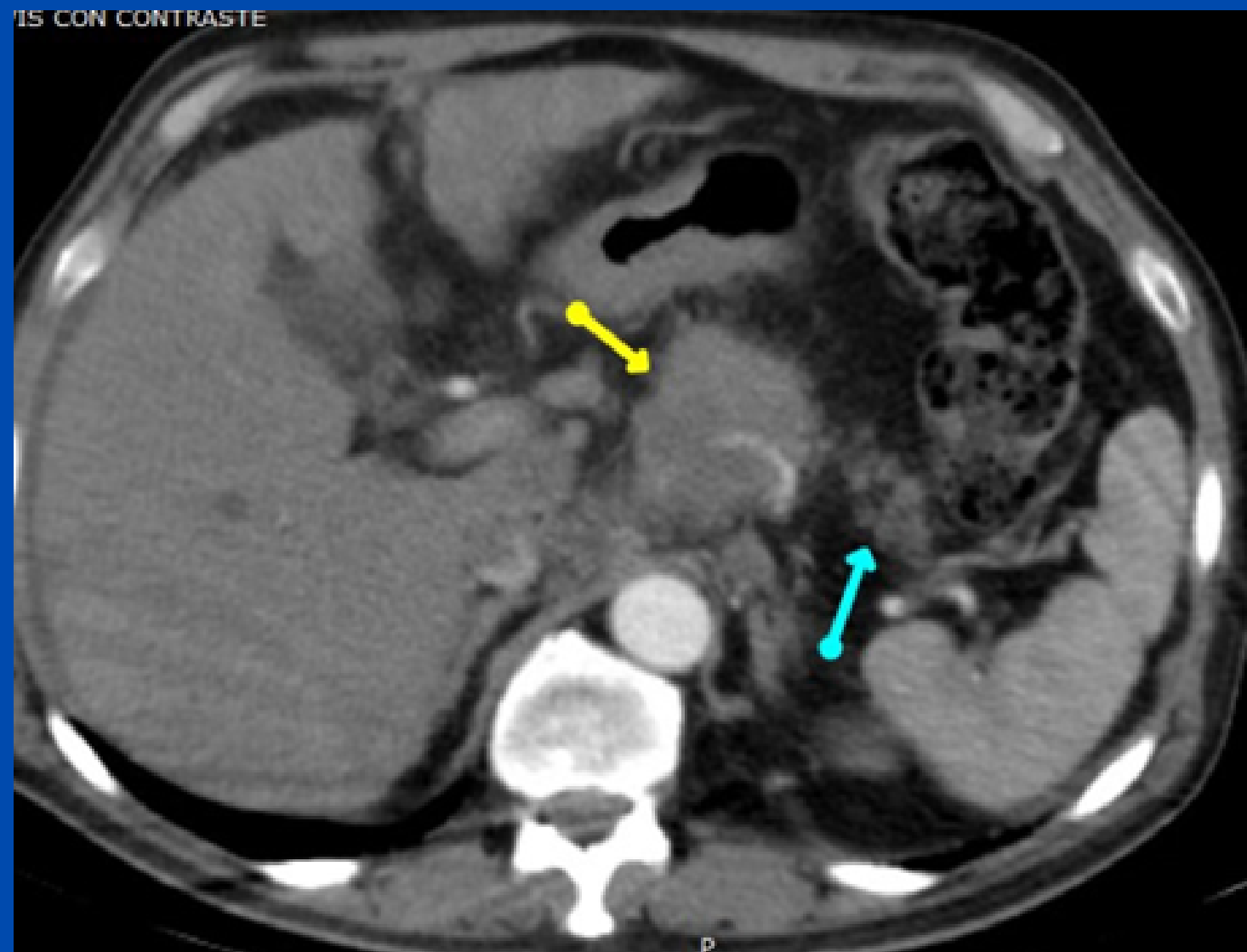


Fig. 3 y 4. Se visualiza MOE en cuerpo pancreático que se extiende hacia la cara posterior (Flecha amarilla) e invade tronco celíaco afectando sus diferentes ramas (Flecha roja). Dicha lesión se acompaña de atrofia de la cola pancreática (Flecha celeste).

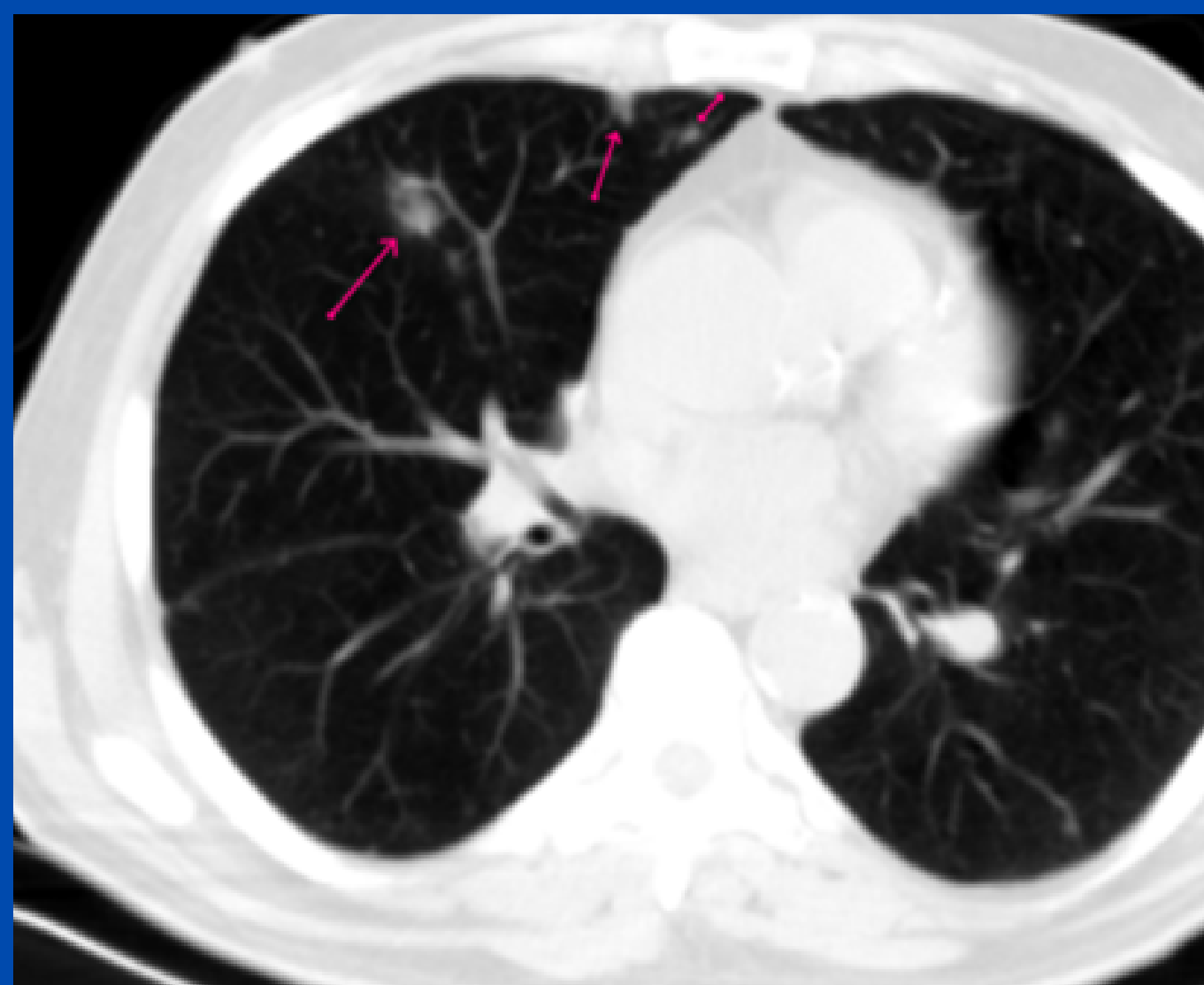
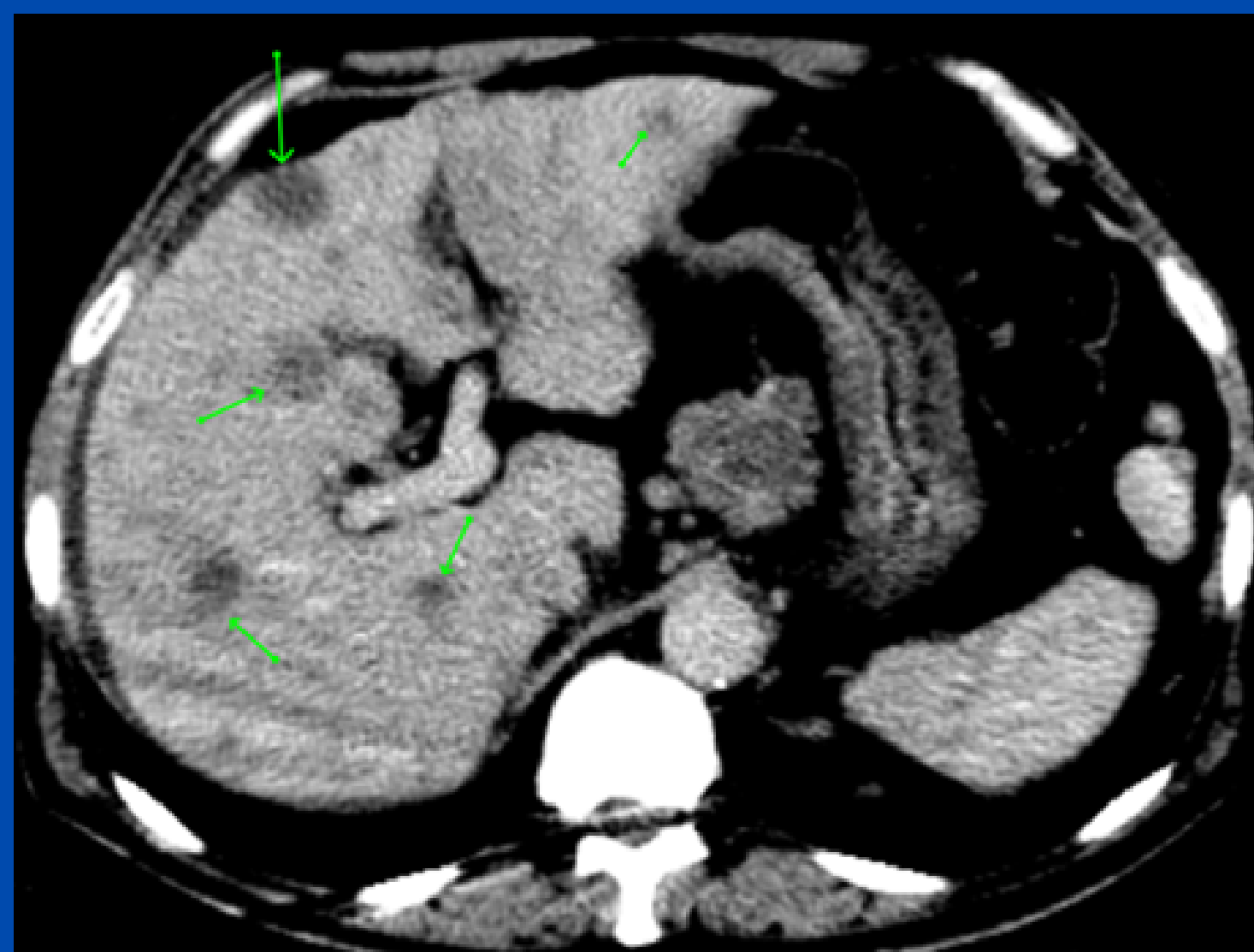


Fig. 5. TC de abdomen C/C: Múltiples lesiones hipodensas, hipovasculares, mal definidas compatibles con secundarismo hepático (Flechas verdes).

Fig. 6. TC de tórax. Numerosas imágenes nodulares, sólidas, de bordes espiculados compatibles con secundarismo pulmonar (Flechas rosa).

Discusión

El adenocarcinoma ductal de páncreas (ADPC) constituye el 90% de los cánceres pancreáticos. Los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos diagnosticándose en estadios avanzados.

Como manifestación inicial, la pancreatitis aguda (PA) representa un 1-2%. La PA en pacientes con ADPC suele ser leve y puede presentarse como PA recurrente, especialmente en la PA distal sin causa explicable. Imagenológicamente la PA presenta agrandamiento pancreático difuso, con refuerzo homogéneo del parénquima, dilatación irregular del conducto de Wirsung y edema peripancreático.

- TC C/C tiene alta sensibilidad y especificidad para demostrar el ADPC. Expone una masa hipovascular con dilatación del conducto pancreático aguas arriba y atrofia del parénquima distal. Permite valorar la infiltración vascular.
- La ColangiRMN está indicada cuando la TC no es concluyente y en tumores pequeños. Se manifiesta como hipointenso en T1 con realce hipovascular ante la administración de contraste intravenoso.

Conclusión

Se debe considerar al ADPC como diagnóstico diferencial en pacientes con PA de causa no filiada, especialmente si persisten los síntomas. La TC C/C y la ColangiRMN son clave para su detección y estadificación, permitiendo identificar signos en estadios iniciales.

El diagnóstico oportuno resulta fundamental dado el curso clínico agresivo y el pronóstico reservado de esta entidad.

Bibliografía

- Minato Y, Kamisawa T, Tabata T, et al. Pancreatic cancer causing acute pancreatitis: a comparative study with cancer patients without pancreatitis and pancreatitis patients without cancer. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013;20:628-633.
- Xiong Y, Zhao Y, Han X, et al. Clinical characteristics and outcome of tumor-associated acute pancreatitis: a single-center cohort study. Ann Transl Med. 2021;9(8):639.
- Kirkegård J, Gaber C, Lund JL, et al. Acute pancreatitis as an early marker of pancreatic cancer and cancer stage, treatment, and prognosis. Cancer Epidemiol. 2020;64:101647.