



P-215 - CARCINOMA ACINAR DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

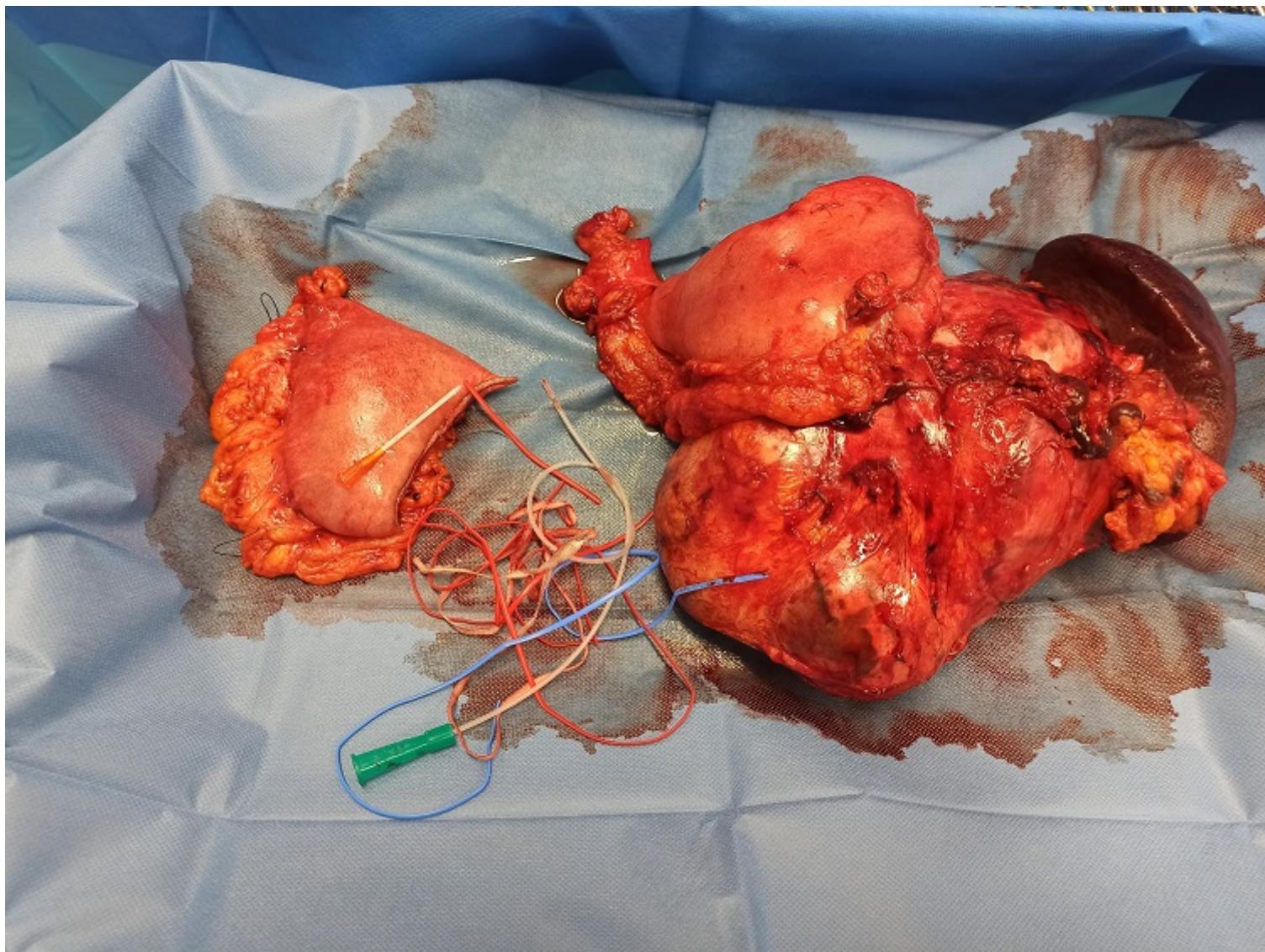
Pérez Izquierdo, César Barsén; García Chiloeches, Alba; Vaello Jodra, Víctor; Ortega Ferrete, Ana del Carmen; Lisa Catalán, Eduardo; Molina Villar, Jose Manuel; Lobo Martínez, Eduardo; Sanjuanbenito Dehesa, Alfonso

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El carcinoma acinar de páncreas es un tumor del páncreas exocrino que representa aproximadamente el 1-2% de los tumores pancreáticos en adultos y el 15% en la población pediátrica. La mediana de edad al diagnóstico es de 67 años y la incidencia es mayor en varones de raza blanca. La mayoría de los pacientes cursan de forma asintomática. Alrededor del 15% presenta un síndrome de hipersecreción de lipasa que se puede manifestar en forma de fiebre, poliartritis, pancreatitis aguda, nódulos subcutáneos o eosinofilia. El 50-60% de los pacientes presentan enfermedad avanzada o metastásica al diagnóstico. La falta de tratamiento estandarizado y la incierta contribución de la terapia adyuvante explica la baja supervivencia de esta patología en estadios avanzados.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 60 años que acude a Urgencias por un cuadro de pancreatitis aguda. Se diagnostica mediante ecografía abdominal una masa pancreática de gran tamaño. Se completa el estudio con TAC que muestra una masa de $19 \times 15 \times 17$ cm dependiente de cuerpo y cola pancreáticos, con márgenes bien definidos y en contacto con estructuras vasculares y vísceras adyacentes sin clara infiltración. El CA 19,9 es normal. La anatomía patológica obtenida mediante PAAF durante USE es de carcinoma acinar pancreático de bajo grado. Se presenta en comité multidisciplinar y se decide inicio de tratamiento quimioterápico, recibiendo dos ciclos de FOLFIRINOX. El paciente reingresa de forma urgente por fiebre de origen desconocido. Se descartan todos los focos infecciosos durante el ingreso. Con diagnóstico de fiebre de origen tumoral y ante la imposibilidad de progresar con tratamiento quimioterápico, se decide en comité intervención quirúrgica. Se realiza disección de ramas de tronco celíaco y del eje esplenoportal con ligadura de vena gastroepiploica derecha y vasos esplénicos. Se realiza gastrectomía subtotal por infiltración de la cara posterior gástrica. Se completa la pancreatectomía corporo-caudal y esplenectomía, con extracción de pieza de gran tamaño. Se realiza reconstrucción mediante gastroyeyunostomía antecólica en Y de Roux. El paciente ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos los dos primeros días posoperatorios. Precisa transfusión de dos concentrados de hematíes. Durante su ingreso posterior en planta presenta picos febriles aislados. Se realiza TAC que muestra líquido no colecciónado en lecho quirúrgico no susceptible de drenaje percutáneo, sin otras complicaciones intraabdominales. Posteriormente, presenta buena evolución con alta a los 12 días de la intervención quirúrgica. La anatomía patológica definitiva de la pieza es de carcinoma de células acinares pancreático grado 3 ypT3N0 (0/11 ganglios afectos), con bordes libres.



Discusión: El carcinoma acinar de páncreas es un tumor maligno cuya incidencia está aumentando en los últimos años. Los resultados oncológicos al aplicar esquemas de tratamiento propios del adenocarcinoma ductal de páncreas muestran resultados dispares. Esto hace que su manejo sea un reto tanto para oncólogos como para cirujanos. La cirugía radical es por el momento el único tratamiento potencialmente curativo en tumores resecables, siendo necesarios más estudios para definir el papel de la radio y quimioterapia de forma neoadyuvante y adyuvante.