



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-160 - PANCREATITIS AGUDA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA PANCREÁTICA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Inmaculada Ortiz Polo, Carmen Murcia, Elena Coello, Clara Sánchez Cano, Eugeni Uclés y Adolfo del Val

Sección de Gastroenterología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: La pancreatitis aguda (PA), como primera manifestación clínica de un tumor pancreático (TP) es una entidad clínica rara y poco conocida. Diversos estudios retrospectivos han sugerido que estos TP podrían tener un estadio más precoz y una mayor resecabilidad. El objetivo ha sido la descripción de una serie de casos de PA cuya etología fue un TP.

Métodos: Estudio retrospectivo de nuestro registro de pacientes hospitalizados por PA, entre julio de 2014 y julio de 2023. Se identificaron 14 pacientes que presentaron uno o varios episodios de PA cuya etología fue una neoplasia del área periampular. Se revisaron características demográficas, técnica diagnóstica, tiempo hasta el diagnóstico de TP y estadio tumoral.

Resultados: La etología tumoral supuso el 1,55% de todas las PA registradas en el período, la edad media fue 64,8 años (46-82), 11 de ellos hombres (76%). El número medio de PA fue de 1,71 (1-5). El tiempo medio entre la primera PA y el diagnóstico de TP fue 6,5 meses (0-29). En 7 la etiología fue TP en la primera PA y en los 7 restantes: idiopática ($n = 3$), biliar ($n = 2$), alcohólica ($n = 1$) y liraglutida ($n = 1$). La gravedad, según la clasificación de Atlanta 2012, fue leve en todos los casos. El diagnóstico de TP se realizó por TC ($n = 9$), RM ($n = 1$) y ecoendoscopia ($n = 4$). Los tumores responsables fueron: adenocarcinoma de páncreas exocrino ($n = 10$), ampuloma ($n = 2$) y tumor neuroendocrino ($n = 2$). Se observó obstrucción del conducto pancreatico principal ($n = 7$) y el CA 19.9 estaba elevado ($n = 11$). Se diagnosticaron en estadio I ($n = 3$), estadio II ($n = 1$), estadio III ($n = 6$) y estadio IV ($n = 4$). El tratamiento fue resección + QT ($n = 3$), QT ($n = 7$) y tratamiento sintomático paliativo ($n = 4$).

Conclusiones: El TP fue una causa rara de PA. En la mitad de los casos la PA fue erróneamente atribuida a otras causas lo que podría haber retrasado el diagnóstico de TP. En esta serie no hubo una mayor tasa de resecabilidad ni una tendencia a un estadio más precoz como ha sido descrito previamente.