



Adenocarcinoma pancreático poco diferenciado con desenlace fatal en una paciente de 32 años: caso clínico

Rolando Dario Rosales Campos¹, Karla de la Caridad Nuñez Duvergel², Alejandro Matos La O³

- 1- Estudiante de 4^{to} año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía General. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No.1. Correo electrónico: rolandodario@nauta.cu Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2711-9004>
- 2- Estudiante de 2do año de Medicina. Alumna Ayudante de Cirugía General. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No.1.
- 3- Estudiante de 2do año de Medicina. Alumna Ayudante de Cirugía General. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No.1.

Institución: Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba

País: Cuba

Autor para la correspondencia: Rolando Dario Rosales Campos. Teléfono: 54965418. Correo electrónico: rolandodario@nauta.cu

Resumen

Introducción: El cáncer de páncreas (CDP) es el decimosegundo cáncer más frecuente. El 90 % de los casos de CDP se presenta en mayores de 55 años, con mayor prevalencia en la séptima y octava décadas de la vida a predominio del sexo masculino.

Objetivo: Analizar los elementos que condicionaron la tórpida evolución y desenlace fatal de una paciente femenina de adenocarcinoma pancreático poco diferenciado de 32 años de edad.

Caso clínico: Paciente femenina de 32 años de edad, mestiza sin antecedentes patológicos oncológicos personales ni familiares conocidos, fumadora, acude al cuerpo de guardia refiriendo dolor lumbar de moderado a intenso, de aparición brusca, punzante, a tipo cólico, se irradia a epigastrio, bajo vientre y miembros inferiores, no se alivia con la administración de diclofenaco y se mantiene casi todo el día, acompañado de vómitos abundantes y frecuentes con restos de alimentos, precedidos de náuseas. Luego de una tórpida evolución fallece, y en la necropsia se encuentra adenocarcinoma poco diferenciado de páncreas.

Discusión: La edad de la paciente era atípica para la aparición de la enfermedad, como refiere la literatura internacional, también coincide el ser fumadora activa, lo que pudo constituir el



factor desencadenante de la enfermedad. Además la clínica confusa con resultados imagenológicos y de laboratorio no concluyentes ensombrecieron su futuro, adquiriendo un comportamiento poco descrito.

Conclusiones: A pesar de no ser el cáncer de páncreas una enfermedad frecuente en la población joven, la poca diferenciación puede estar asociado con un grado mayor de agresividad en este grupo etáreo.

Introducción

Los tumores del páncreas a pesar de que pueden desarrollarse de los múltiples tejidos del órgano, se generan en un 95 % del páncreas exocrino, específicamente de las células epiteliales acinares o ductales, y en su mayoría son malignos. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma ductal (ACDP) localizado en la cabeza. Los tumores endocrinos del páncreas son los segundos en frecuencia y solo representan menos del 5 %.¹

Atendiendo a su patrón de crecimiento, se han clasificado como tumores de tipo sólido y de tipo quístico. La variedad sólida lleva implícita un peor pronóstico, mientras que de los tipos quísticos presentan un mejor pronóstico; atendiendo a frecuencia y relevancia se encuentran los tumores mucinosos: la neoplasia intraductal papilar mucinosa (NIPM) y la neoplasia quística mucinosa (NMC). Los tumores no epiteliales como sarcomas o linfomas primarios del páncreas son extremadamente raros.

El cáncer de páncreas (CDP) es el decimosegundo cáncer más frecuente, con 495 773 casos a nivel mundial en el 2020, mientras que constituye la séptima causa más alta de mortalidad por cáncer en el mundo con 466 003 en el mismo año, en ambos sexos y en todas las edades, según datos estadísticos mostrados por el Observatorio Mundial de Cáncer.² El CDP ocupa el cuarto lugar en frecuencia como causa de muerte en Estados Unidos.³ En el 2016 en Cuba constituyó la décima y la séptima causa de mortalidad por cáncer en hombres y mujeres mayores de 60 años respectivamente, para un total de 670 defunciones.⁴

Al momento del diagnóstico, el 85 a 90% de los pacientes tienen enfermedad inoperable o metastásica. Esto se refleja en la tasa de supervivencia a cinco años (6% para todos los estadios combinados). Cuando se detecta el tumor en una etapa inicial y se logra la ablación quirúrgica completa, la cifra de supervivencia a los cinco años puede llegar a 24 %.³



El 90 % de los casos de CDP se presenta en mayores de 55 años, con mayor prevalencia en la séptima y octava décadas de la vida a predominio del sexo masculino. Es posible que el tabaquismo sea la causa del 20 a 25% de todos los cánceres pancreáticos; es el factor ambiental de riesgo más frecuente para desarrollar la enfermedad, asociado en un 74 % a fumadores casuales y en un 20 % en fumadores habituales, mientras que en fumadores pasivos el riesgo aumenta a un 50 % y persiste de 10-20 años luego del abandono del hábito. Otro factor de riesgo asociado es el alcoholismo en el 15-43 % de los enfermos. Por otro lado, un índice de masa corporal (IMC) mayor que 25.0 kg/m² aumenta el riesgo de CDP en un 10 % por cada 5 unidades aumentadas; incluso se asocia con una menor supervivencia general. Otros factores de riesgo incluyen hábitos dietéticos, diabetes mellitus, pancreatitis crónica, y grupos sanguíneos A, B o AB.^{3,5,6}

It was believed that young-onset pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) mainly occurs in patients with genetic factors associated with pancreatic cancer, such as hereditary pancreatic cancer syndrome.⁷ Por todo lo anterior los investigadores consideran relevante analizar los elementos que condicionaron la tórpida evolución y desenlace fatal de una paciente femenina de adenocarcinoma pancreático poco diferenciado de 32 años de edad.

Problema científico: ¿Cuáles fueron los elementos que condicionaron la tórpida evolución y desenlace fatal de una paciente femenina de adenocarcinoma pancreático poco diferenciado de 32 años de edad?

Justificación de la investigación: Al ser el cáncer de páncreas más frecuentes después de los 55, con mayor prevalencia en la séptima y octava décadas de la vida a predominio del sexo masculino; presentar ante la comunidad científica y caso que rompe con estas generalidades y se comporta de forma peculiar, sirve para hacer notar a todos los profesionales de la salud la complejidad de la enfermedad, donde la implicación de tantos factores impide, en muchas ocasiones un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno; además de que servirá como fuente de consulta para futuras investigaciones.

Objetivo: Analizar los elementos que condicionaron la tórpida evolución y desenlace fatal de una paciente femenina de adenocarcinoma pancreático poco diferenciado de 32 años de edad.

Presentación del caso

Paciente femenina de 32 años de edad, mestiza, natural de Santiago de Cuba, soltera, sin antecedentes patológicos oncológicos personales ni familiares conocidos, fumadora, que



consume de 5 a 6 cigarros diarios y una taza de café al día; con antecedentes de pangastritis, cólico nefrítico anterior y litiasis renal acude al cuerpo de guardia del Hospital Provincial Saturnino Lora, el 3 de octubre de 2018, refiriendo dolor lumbar de moderado a intenso, de aparición brusca, de carácter punzante, a tipo cólico, se irradia a epigastrio, bajo vientre y miembros inferiores, no se alivia con la administración de diclofenaco y se mantiene casi todo el día, acompañado de vómitos abundantes y frecuentes con restos de alimentos, precedidos de náuseas; marcada debilidad muscular que se mantiene durante todo el día, ardor al orinar, falta de apetito y cefalea; niega diarrea, fiebre u otra sintomatología. Con este cuadro se decide su ingreso para mejor estudio y tratamiento.

Como datos positivos al examen físico encuentra: abdomen globuloso, blando, dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipogastrio, no tumoración, no viceromegalia; puntos pielorreoureterales posteriores: costovertebrales y costumusculares bilaterales y anteriores; superior y medio dolorosos, inferior no explorado, puñopercusión positiva; se encuentran, además, adenopatias cervicales en región lateral izquierda del cuello, firmes y adheridas a planos profundos, la mayor de 3 cm aproximadamente; punta de bazo palpable en hipocondrio izquierdo.

Como parte del estudio se realizaron ese mismo día exámenes complementarios. El Hemograma Completo informó: Hto, 11.5 g/L; CP: 400 x 10 y leuco: 10,4 x 10. El parcial de orina: amarillo turbio y positivo a proteína. Creatinina: 84 mmol/L. Los resultados de los exámenes complementarios realizados posteriormente se muestran en la tabla 1.

En el ultrasonido renal y abdominal realizados el día 4 de octubre de 2018 ultrasonido abdominal y renal se observó aumento del patrón gaseoso y panículo adiposo que dificulta la exploración. Páncreas visible, la cabeza ecogénica, impresiona aumento de tamaño. Hígado tamaño normal, ecogenicidad y textura homogénea, Vías biliares no dilatadas. Colédoco 4 mm. Vesícula de tamaño normal, con bilis de estasis en su interior. Riñón derecho con ureterohidronefrosis moderada, midiendo pelvis 20 x 24 mm, cálices 14 mm, uréter 9 mm. Riñón izquierdo y bazo normal, RI pequeñas litiasis en grupo calicial de 5 mm. Aorta no se visualiza, Vejiga vacía.

Se decide ingresar en Sala de Medicina Interna para mejor estudio y tratamiento, con impresión diagnóstica: Síndrome Adénico en estudio, pangastritis y cólico nefrítico recurrente.

En los primeros días de hospitalización, la paciente se mantiene estable, sin embargo, el día 8, comienza a presentar dificultad para orinar; al ser evaluada por endocrinología, al examen



físico, se encuentra ligero tinte icterio y bocio grado I. Se realiza ultrasonido tiroideo lóbulo derecho (LD) de $17 \times 15 \times 44$ mm; lóbulo izquierdo (LI) de $22 \times 20 \times 46$ mm; istmo de 6.5 mm. En el LD se observó imagen nodular en #2, midiendo la mayor 6 mm, visualización conservada y en el LI textura homogénea, visualización conservada, con aumento de su ecogenicidad. En región lateral del cuello se observan múltiples imágenes de adenopatías de diferentes tamaños, la mayor de 26×20 mm.

El día 13, al examen físico, mantiene mucosas con tinte icterio, hipocoloredas y húmedas, los resultados de laboratorio muestran cifras muy elevadas de GGT, por lo que se sospecha una hepatitis tóxica y se decide reportar de grave a pesar de no presentar signos clínicos de alarma y de que las demás cifras muestran una discreta mejoría humoral.

En el ultrasonido de abdomen y renal realizado el día 15 el hígado fue de tamaño normal y vías biliares no dilatadas. Vesícula tamaño normal, con bilis de estasis en su interior y litiasis de pequeño tamaño. RD: con dilatación del grupo calicial medio midiendo 18 mm uno de ellos. RI: con litiasis en grupo calicial inferior con dilatación de la pelvis de 29 mm. Vejiga vacía. Paciente hysterectomizada. No líquido libre. A nivel del hilio esplénico se observa pequeña adenopatía de 10 mm. No adenopatias periaórticas. No líquido libre.

En los días siguientes, la situación comienza a agravarse, presentando vómitos amarillentos sin restos de alimentos, la mucosa mantiene iguales características, además de la infiltración del Tejido Celular Subcutáneo por edema en ambos miembros inferiores de fácil godet, no doloroso, que con el paso de los días, llega a ser, doloroso, duro y de difícil godet. Aparece icterio, coluria, dilatación de pelvis renal en ambos riñones, así como TAC de abdomen y tórax que hablan a favor de adenopatias intraabdominales y torácicas, por lo que se sospecha la presencia de una adenopatía que obstruye vías biliares, aunque no descartan la posibilidad de que sumado a esto, exista un componente tóxico por el uso excesivo de antiinflamatorios. Además, presenta trombocitosis y anemia, por lo que se sospecha de un linfoma.

El día 16, sumado a las manifestaciones anteriores, la diuresis es escasa y se decide la colocación de una sonda vesical permanente; y pocas horas después comienza con decaimiento, náuseas que no llegan al vómito, cifras elevadas de tensión arterial, dolor precordial, punzante e intermitente, que irradia tórax posterior. A la mañana siguiente, la mayoría de la sintomatología se mantiene, sin embargo, la paciente está taquicárdica, hipotensa, anémica y con sudoraciones, por lo que se decide transfundir, con 250 mL de



plasma y reportarla de muy grave, con pronóstico reservado, sin descartar la posibilidad de un desenlace fatal.

Los estudios imagenológicos realizados el día 18, informan mediante eografía RD: 84 × 45 mm parénquima en 10 mm, no litiasis, no dilatación. RI: mide 99 × 55 mm parénquima en 12 mm con pequeña dilatación de la pelvis de 17 × 14 mm, grupo calicial superior de 10 mm con litiasis en grupo medio de 6 mm. Vejiga vacía. Llama la atención que la dilatación es discreta y no justifica anuria. Mientras que en la TAC abdominal el hígado, bazo, páncreas fueron normales. Se observa adenopatías periaórticas de diferentes tamaños que se extienden desde epigastrio hasta hipogastrio. Riñones con ligera dilatación del sistema excretor. En la TAC de tórax se observan adenopatías a nivel de región lateral izquierda del mediastino superior, midiendo la mayor de ellas 3.6 × 4 cm, extendiéndose la misma hacia el mediastino medio de menor tamaño, con desplazamiento de la tráquea y esófago hacia la derecha. No dilatación del parénquima pulmonar.

El día 18, continúan las mismas manifestaciones, al examen físico impresiona palpar masa tumoral en hipocondrio derecho, irregular, no dolorosa, ya no hay diuresis y aparece aumento de volumen generalizado. Al recibir los resultados de los complementarios realizados se pudo apreciar una alteración moderada de la función hepática, lo que habla a favor de ictero obstructivo con patrón colectímico, por lo que se considera, tiene relación con adenopatía compresiva y obstrucción del sistema excretor. Es valorada por la UCI, manteniéndose taquicardica, muy hipotensa, anémica y con dolor lumbar muy intenso. Los valores de creatinina evidencian fallo renal, Insuficiencia renal aguda y fallo múltiple de órganos. A las 3pm la tensión arterial desciende bruscamente a cifras demasiado bajas y una hora después entra en paro cardiorrespiratorio, es intubada y trasladada a la UCI, donde llega con síndrome post paro cardiorrespiratorio, reportada de crítica, inconsciente, con Glasgow 3 puntos, mucosas hipocoloreadas y húmedas, con ventilación por ambú, sin Tensión arterial, con edema generalizado, lesiones hemorrágicas equimóticas, cianosis, gradiente térmico hasta las rodillas y pupilas arreactivas; se decide acoplar a ventilación mecánica con pronóstico letal a corto plazo.

A las 12.30 am de 19 de octubre, vuelve a entrar en paro cardiorrespiratorio, realizándose maniobras de RCP sin éxito, por lo que se declara fallecida.

Al realizarse la necropsia, se encuentra como causa directa: enfermedad neoplásica tumoral; y como causas básicas: adenocarcinoma poco diferenciado de páncreas; impregnación ictérica



visceral generalizada, traqueobronquitis aguda, bronconeumonía exudativa submasiva bilateral; paquetes ganglionares metastásicos; hipertrofia cardiaca global; hepatomegalia; colecistitis; congestión esplénica y congestión renal. Hallazgos que explican cuadro clínico presentado y causa de muerte.

Tabla 1. Resultados del Hemograma Completo

Fecha	2/10	6/10	11/10	13/10	16/10	18/10
Hto	-	0.34 L/L	0.34L/L	0.34L/L	-	-
Hb	115.9 g/L	104 g/ L	93 g/L	102 g/L	112 g/L	99 g /L
CP	400×10 ⁹ /L	470×10 ⁹ /L	405×10 ⁹ /L	208×10 ⁹ /L	185×10 ⁹ /L	-
Leuc	10.4×10 ⁹ /L	-	9.1×10 ⁹ /L	10.0×10 ⁹ /L	10.9×10 ⁹ /L	14.6×10 ⁹ /L

Tabla 2. Resultados de las ionogasometrias arteriales

Fecha	16/10	18/10 2 pm	18/10 5 pm	18/10 6 pm	18/10 8 pm
pH	7.395	7.24	7.249	6.994	7.063
pCO2	34.4	37	37.4	22.4	23.1
pO2	88.7	32	32.1	20.9	18.5
HCO3	20.6	16.0	16.0	7.00	8
BE	-3.5	-	-10.0	24.8	22.3
Na	119	-	104.9	115	133
Cl	96.7	-	81.7	93	95
Ca	1.22	-	0.799	2.38	1.29
K	3.4	-	-	7.4	5.6
Eritro	-	20	70	-	70

Tabla 3. Resultado de la química sanguínea

Fecha	6/10	11/10	13/10	15/10	16/10	17/10	18/10 8:00 am	18/10 6:00 pm
-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	------------------	------------------



Glicemia	-	5.4 mmol/ L	-	5.8	3.7 mmol/L	-	6.3 mmol/L	9.3 mmol/L
Bilirrubina T	-	112.9	-	152.4	-	-	173.6	-
Bilirrubina D	-	83.6	-	146.6	-	-	167.1	-
Bilirrubina I	-	29.0	-	6.0	-	-	6.0	-
Creatinina	87	-	79		88	194	192	225
TGO	-	194	-	178	-	-	197	-
TGP	-	117	-	109	-	-	100	-
GGT	-	1508	-	1530	-	-	3584	-
FA	-	1459	-	1728	-	-	2566	-
Proteínas totales	-	-	-	-	-	-	78.7	-
Albúmina	-	-	-	-	-	-	40.1	-
Ig	-	-	-	-	-	-	39.0	-
Amilasa Pancreática	20	-	-	-	-	-	-	-

Tabla 4. Resultados del **coagulograma completo**

Fecha	6/10	13/10	16/10
TP P	14.4"	18"	24"
TP C	13"	13"	13"
TPTA	34"	27"	38"

Tabla 5. Resultados del filtrado glomerular

Fecha	11/10	18/10
Valores	87.1 mL/ min	33.0 mL/ min

Discusión



El cáncer de páncreas suele ser una enfermedad de los ancianos. Es extremadamente raro que los pacientes sean diagnosticados antes de los 30 años, y el 90% de los pacientes recién diagnosticados tienen más de 55 años, la mayoría en la séptima y octava décadas de la vida. Asimismo, la incidencia mundial de cáncer de páncreas es mayor en los hombres que en las mujeres, aunque se determinó los factores reproductivos no estaban asociados con el cáncer de páncreas en las mujeres.⁶

Esto lo demuestran los estudios realizados a nivel internacional, por ejemplo, en el realizado por Latenstein AEJ, et al, donde incluyeron 8726 pacientes diagnosticados de ACDP metastásico la mediana de edad fue de 68 años, predominando el rango de 60-69 y un tercio de los pacientes fue tratado con quimioterapia (34%). La localización más frecuente del tumor primario fue de la cabeza del páncreas (47 %), y el sitio metastásico preponderante fue el hígado (50 %), mientras que los ganglios linfáticos extraregionales se situaron en el cuarto lugar para un 4 %.⁸ De esta forma se puede comprender la rareza de la aparición de esta enfermedad con la edad de la paciente presentada, y que la tórpida evolución de la paciente no permitió realizar un diagnóstico oportuno por lo que no se impuso tratamiento quirúrgico ni quimioterápico, aunque los hallazgos en la necropsia corroboraron lo avanzada de la enfermedad, ya metastásica en ganglios linfáticos extraregionales, que tampoco es la localización más frecuente de la enfermedad.

Mientras que en otra investigación se seleccionaron un total de 908 pacientes, 17 de los cuales eran jóvenes (edad \leq 40 años, todos menos uno $>$ 30 años). Estos representaron el 1,9% de todos los pacientes con PDAC, mientras que el rango de edad predominante fue el de 61-70 años, al igual que el sexo masculino, con un franco dominio en todos los grupos etáreos. Sin embargo el grupo \leq 40 años destacó con una mayor prevalencia del hábito tabáquico (58,8 %), con respecto al grupo $>$ 40 años (48,9 %).⁹ La paciente presentada se encontraba en el rango de edad objeto de este estudio, situándose en el intervalo donde solo se incluyó un paciente, además, coincide también con el estudio por ser fumadora activa, lo que pudo constituir el factor desencadenante de la enfermedad.

En el estudio retrospectivo para analizar el comportamiento del cáncer de páncreas en la población joven marroquí, de los 32 pacientes incluidos, la edad media fue de 44 años (rango: 28-45). La distribución del rango de edad fue de 1, 5 y 26 pacientes en los subgrupos de edad de 20 a 29, 30 a 39 y 40 a 45 años, respectivamente. Había 21 hombres (66%) y 11 mujeres (34%), para una proporción hombre / mujer de 2/1. Cuatro (12,5%) pacientes eran



fumadores y dos (6%) eran diabéticos. No se encontró pancreatitis previa o antecedentes familiares de cáncer de páncreas u otras asociaciones conocidas de cáncer familiar con CAP. En el momento del diagnóstico, los pacientes presentaban ictericia en el 68% (22 pacientes), dolor abdominal en el 87,5% (28 pacientes), trastornos intestinales en el 6% (2 pacientes) y pérdida de peso del 43% (14 pacientes). Veinticuatro pacientes tenían tumor en la cabeza del páncreas (75%), cuatro pacientes tenían tumor en el cuerpo (12,5%) y los cuatro pacientes restantes tenían tumor en la cola (12,5%). Seis (18,8%) pacientes tenían enfermedad resecable localizada (estadios IA-IIB). Siete (20,1%) pacientes tenían enfermedad irresecable localmente avanzada en el momento de la presentación (estadio III) y 19 (59%) pacientes presentaron enfermedad metastásica (estadio IV). Los sitios de metástasis fueron los ganglios linfáticos en seis pacientes, el hígado en ocho pacientes, el pulmón en un paciente y el peritoneo en cuatro pacientes. Después de la cirugía curativa, dos pacientes se clasificaron en estadio IB, un paciente en estadio IIA y tres pacientes en estadio IIB.¹⁰ La paciente presentada tiene algunos elementos de similitud como la mayoría de los síntomas reportados, aunque no se encuentra en el rango de edad más frecuente del estudio, y su sexo la ubica en el grupo menos afectado. No presentaba el antecedente de diabetes, ni ninguna enfermedad oncológica personal o familiar

En un reciente reporte de caso similar, un paciente masculino japonés de 31 años acude a consulta con dolor abdominal superior. Tenía dolor a la palpación en el cuadrante superior izquierdo y sufría de dolor de espalda a partir de un mes antes. Los datos de laboratorio revelaron un aumento en el recuento de glóbulos blancos (10,700 / μ l), proteína C reactiva sérica (3,0 mg / dl) y amilasa (315 U / l). La tomografía computarizada (TC) mejorada reveló una masa con hipodensidad en el cuerpo del páncreas e inflamación del páncreas distal a la lesión de masa. No se observaron cálculos biliares en la ecografía abdominal ni en la tomografía computarizada. No tenía antecedentes familiares de malignidad de primer o segundo grado. Tenía antecedente de apendicectomía por apendicitis aguda a los 8 años y había sufrido un absceso inguinal izquierdo recurrente cerca del escroto a los 26 años. No había recibido medicación continua al ingreso. Había comenzado a fumar a los 18 años y su índice de tabaquismo era de 320 al ingreso. Bebía tres tazas de café al día y aproximadamente 80 a 100 g de alcohol algunas veces al mes; tuvo una respuesta de rubor facial al alcohol. Su índice de masa corporal fue de 25,3 kg / m². Su tipo de sangre ABO era tipo B. 27 días después del ingreso se realizó pancreatectomía distal con resección de la arteria hepática común y esplenectomía junto con disección ganglionar, que fue resección curativa macroscópica.



Macroscópicamente, la superficie de corte de la pieza reseca mostró un tumor blanquecino de 38 × 36 × 35 mm de tamaño, con un margen poco claro. Microscópicamente, el tumor estaba compuesto principalmente por adenocarcinoma ductal poco diferenciado que había invadido el tejido peripancreático y las arterias hepática y esplénica común. Se observó invasión perineural y linfovascular extensa, y 4 de 28 ganglios linfáticos regionales fueron positivos para metástasis. Se observó parcialmente un componente de adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado. En los conductos pancreáticos principal y rama del lado proximal del tumor, se observaron con frecuencia neoplasia intraepitelial pancreática (PanIN) -1A y -1B. El postoperatorio transcurrió sin incidentes y fue dado de alta a los 19 días de la operación. Comenzó con fluoropirimidina oral (S-1) como quimioterapia adyuvante 1 mes después de la operación, pero la tomografía computarizada a los 2 meses después de la cirugía reveló múltiples metástasis hepáticas. Se administró gemcitabina, seguida de FOLFIRINOX (5-fluorouracilo, oxaliplatino, leucovorina e irinotecán) sin irinotecán debido a disfunción hepática, pero ni gemcitabina ni FOLFIRINOX sin irinotecán fueron efectivos. Se produjo diseminación peritoneal y progresaron las metástasis múltiples. Murió 8 meses después de la cirugía.⁷ El aspecto principal que se debe analizar es que en este paciente japonés los exámenes complementarios orientaron siempre al diagnóstico de una enfermedad pancreática, sin embargo, en la paciente que se presenta, la clínica confusa con resultados imagenológicos y de laboratorio no concluyentes ensombrecieron su futuro. Y que a pesar de ser en ambos casos un adenocarcinoma poco diferenciado, la metastásis ganglionar en el segundo, junto a las manifestaciones clínicas impidió realizársele el tratamiento adecuado, y por lo tanto una supervivencia más larga.

Conclusiones

A pesar de no ser el cáncer de páncreas una enfermedad frecuente en la población joven, la poca diferenciación puede estar asociado con un grado mayor de agresividad en este grupo etáreo.

En la paciente presentada el único factor predisponente a la enfermedad fue el hábito de fumar, lo que lo consolida como un importante factor de riesgo para la entidad.

Referencias Bibliográficas

¹ Alonso Hernández S. Historia natural del cáncer de páncreas en el departamento de salud de Elda [tesis doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina; junio 2017



² World Health Organization. The Global Cancer Observatory. [en línea] [Actualizado: Diciembre 2020; citado: 9 may 2021]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/>

³ Smyth E, Cunningham D. Cáncer pancreático. En: Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci AS, Longo DL, Loscalzo J. Harrison: principios de medicina interna. 19ª ed; 2015: vol. 2 p.554-7

⁴Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana, 2020.

⁵ Rawla P, Sunkara T, Gaduputi V. Epidemiology of Pancreatic Cancer: Global Trends, Etiology and Risk Factors. World J Oncol [en línea] 2019 [citado: 9 may 2021]; 10 (1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6396775/>

⁶ McGuigan A, Kelly P, Turkington RC, Jones C, Coleman HG, McCain RS. Pancreatic cancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. World J Gastroenterol [en línea] 2018 [citado: 9 may 2021]; 34(43). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6250924/>

⁷ Tezuka K, Ishiyama T, Takeshita A, Matsumoto H, Jingu A, Kikuchi J, et al. Poorly differentiated ductal adenocarcinoma of the pancreas with rapid progression in a young man. Clin J Gastroenterol [en línea]. 2018 Oct [citado: 12 ago 2021];11(5):417-423. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29663140/>

⁸ Latenstein AEJ, Mackay TM, Creemers GJ, van Eijck CHJ, de Groot JWB, Haj Mohammad N, et al. Implementation of contemporary chemotherapy for patients with metastatic pancreatic ductal adenocarcinoma: a population-based analysis. Acta Oncol [en línea]. 2020 Jun [citado: 12 ago 2021]; 59(6): 705-712. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32056483/>

⁹ Ohmoto A, Yachida S, Kubo E, Takai E, Suzuki M, Shimada K, Okusaka T, Morizane C. Clinicopathologic Features and Germline Sequence Variants in Young Patients (≤40 Years Old) With Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. Pancreas [en línea]. 2016 Aug



[citado: 12 ago 2021]; 45(7): 1056-61. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26692440/>

¹⁰ Raissouni S, Rais G, Mrabti H, Raissouni F, Mouzount H, Aitelhaj M, El Khoyaali S, Mohtaram A, Errihani H. Pancreatic adenocarcinoma in young adults in a moroccan population. J Gastrointest Cancer [en línea]. 2012 Dec [citado: 12 ago 2021]; 43(4): 607-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22760710/>