



## 287/3 - CÁNCER DE PÁNCREAS DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sáez Fernández<sup>a</sup>, O. Vicente López<sup>b</sup>, T. Fernández Rodríguez<sup>c</sup>, S. Joleini Joleini<sup>d</sup>, R. Herzog Verrey<sup>e</sup> e I. Valero López<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. SAR Mejorada del Campo. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mejorada del Campo. Madrid. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mejorada del Campo. Madrid. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valleaguado. Coslada. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 69 años, asintomático acude a la consulta de atención primaria para control analítico de hipertensión arterial.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se realiza analítica de control de HTA detectando elevación de enzimas hepáticas, GOT 55, GPT 61 y GGT 89 y leve aumento de bilirrubina total 1,35. Exploración abdominal, leve molestia palpación epigástrica profunda sin que se detecten masas ni megalias. Con este resultado se realiza una ecografía en el centro de salud, detectando, en las imágenes que se enviarán posteriormente. Masa hipoecoica de bordes mal definidos de 28 mm localizada en la región anatómica teórica de la cabeza de páncreas con dilatación de la vía biliar extrahepática con un colédoco de 13 mm con imagen característica en cañón de escopeta y dilatación también de la vía biliar intrahepática, con imagen de brazo de medusa y en el polo superior del bazo se detecta imagen hipoecoica, bien delimitada de 42 mm compatible con infarto esplénico el paciente fue remitido al hospital, donde se le realizó TAC y sonografía endoscópica con biopsia confirmándose el diagnóstico de sospecha, Adenocarcinoma pancreático.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma pancreático.

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial ecográfico de las lesiones pancreáticas sólidas. Adenocarcinoma hipoecoica, generalmente en la cabeza. Pancreatitis aguda localizada hipoecoica. Antecedentes de pancreatitis. Pancreatitis crónica localizada hiperecoica, a veces con calcificaciones y antecedentes de pancreatitis. Tumor endocrino menos común. Pequeño, hipoecoico, bien definido. Metástasis manifestación tardía de enfermedad diseminada.

**Comentario final:** El adenocarcinoma ductal es el tumor pancreático más frecuente, suponiendo el 90% de todas las neoplasias del páncreas. Menos frecuentes son los carcinomas acinares, los tumores neuroendocrinos y los cistoadenocarcinomas, que constituyen entre el 2 y 5%. La localización más frecuente del adenocarcinoma es la cabeza, donde asientan el 70% de los casos. Le sigue en frecuencia el cuerpo 20%, y la cola, con el 10%. Es la segunda causa de muerte por cáncer gastrointestinal y el 5% del total de muertes por cáncer. Se diagnostica en fases avanzadas por lo

que tiene un pésimo pronóstico, con mortalidad del 85% el primer año y del 98% a los cinco años. Ecográficamente cursa, como una lesión hipoecogénica de bordes irregulares o mal definidos, con atenuación posterior del haz ultrasónico. La sensibilidad es alrededor del 70%, con una especificidad del 90. El 70% de los tumores de la cabeza provocan obstrucción biliar, y cuando esto ocurre es característica la terminación abrupta del colédoco. La dilatación del conducto de Wirsung aparece en el 40% de los casos. La presencia del signo del doble conducto, con dilatación del colédoco y del Wirsung, aun cuando no visualicemos masa pancreática, obliga a descartar un tumor. La ecografía también nos va a permitir hacer una aproximación de la extensión del tumor e identificar metástasis hepáticas, adenopatías, metástasis suprarrenales, ascitis por diseminación peritoneal, trombosis esplénica e invasión vascular.

## **Bibliografía**

1. Segura Cabral JM, et al. Páncreas. En: Manual de Ecografía Digestiva. Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, 1998.