



# Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



## PREGUNTAS Y RESPUESTAS/PÁNCREAS Y VÍA BILIAR

**En un paciente con dolor epigástrico, ictericia y pérdida de peso, la ecografía muestra una masa sólida en la cabeza de páncreas. ¿Cómo debe confirmarse la sospecha de adenocarcinoma y establecer el grado de extensión?**

**When ultrasonography shows a solid mass in the pancreatic head of a patient with epigastric pain, jaundice and weight loss, how should suspicion of adenocarcinoma be confirmed and the degree of extension identified?**

Luisa Guarner

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España*

### Antecedentes

La necesidad de explorar el páncreas por métodos de imagen se debe a la dificultad del diagnóstico clínico a causa de sus signos y síntomas poco específicos (lo que no sería el caso de este paciente). Menos del 20% de los cánceres de páncreas son diagnosticados de forma suficientemente precoz para poder someterse a cirugía radical<sup>1</sup>.

Cuando la sospecha clínica de cáncer de páncreas es elevada (como en este caso), necesitamos una confirmación y una estadificación mediante pruebas de imagen que permitan indicar la cirugía o el tratamiento paliativo<sup>2</sup>.

### Discusión

Desde hace ya unos años se considera que dada la baja morbimortalidad de la cirugía pancreática la confirmación histológica no será necesaria en los pacientes con un tumor potencialmente resecable. Sin embargo, la confirmación histológica o citológica sí que es necesaria en pacientes con un tumor irresecable o en los casos en que haya dudas diagnósticas (masa inflamatoria por pancreatitis crónica, linfoma o tuberculosis pancreática).

El primer paso en el estudio de un paciente con cáncer de páncreas será realizar una correcta estadificación de la enfermedad según la clasificación del cáncer de páncreas del American Joint Cancer Committee (AJCC) y de la Unión Nacional contra el Cáncer (UICC) del año 1997<sup>3,4</sup>, para poder diferenciar entre enfermedad resecable y enfermedad irresecable. En general, se consideran resecables los tumores que cumplen las siguientes características: *a)* T1-T2, T3 seleccionado, Nx, M0; *b)* no invasión del tronco celíaco ni de la arteria mesentérica superior; *c)* permeabilidad del eje mesentérico-portal, y *d)* no hay enfermedad extrapancreática.

Se consideran tumores irresecables los diseminados, así como los localmente avanzados, que son los que cumplen las siguientes características: *a)* T4, Nx-1, M0; *b)* invasión arterial (tronco celíaco o arteria mesentérica superior); *c)* invasión venosa (vena mesentérica superior o porta), y *d)* no hay enfermedad extrapancreática.

Actualmente no hay una estandarización en cuanto a la prueba de imagen que realizaremos para valorar el grado de extensión del tumor y se considera un tema en debate continuo. La tomografía computarizada (TC) helicoidal de doble fase es uno de los procedimientos de elección en el estudio de una masa pancreática, particularmente por su alta resolución y la posibilidad de reconstrucción tridimensional, con una precisión del 70–80% en la predicción de resecabilidad y del 100% en la predicción de

Correo electrónico: [lguarner@vhebron.net](mailto:lguarner@vhebron.net) (L. Guarner).

irrescabilidad<sup>5</sup>. La resonancia magnética tendría una sensibilidad global en la predicción de resecabilidad del 73% similar a la TC<sup>6</sup>, es más sensible en el caso de metástasis hepáticas de pequeño tamaño, pero inferior a ella en la detección de adenopatías pequeñas peripancreáticas<sup>7</sup>. La ultrasonografía endoscópica (USE) introducida en la última década ha supuesto una gran aportación en el diagnóstico de extensión del cáncer de páncreas, sobre todo en la detección de tumores pequeños (<1 cm), así como para la detección de invasión vascular con una sensibilidad del 90%, y de afectación ganglionar peripancreática con una sensibilidad que llega al 80%<sup>8</sup>, pero con limitaciones en la detección de metástasis hepáticas o peritoneales. Además la USE permite la confirmación del tumor mediante la citología obtenida por punción-aspiración con una sensibilidad del 85–95%, superior al de la citología obtenida por vía percutánea dirigida por TC y con menor riesgo de diseminación peritoneal, que ha sido una de las complicaciones achacadas a la obtención de citología por vía percutánea<sup>9–11</sup>.

## Respuesta

Al paciente le realizaremos una TC (grado de recomendación B; nivel de evidencia 2a), y si el estudio demuestra que se trata de un tumor no resecable, obtendremos una muestra citológica mediante punción-aspiración guiada por USE (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1c). Si se trata de un tumor resecable, se indicará directamente la cirugía (grado de recomendación D; nivel de evidencia 5).

## Coordinadores de la serie

Coordinadores generales: Javier P. Gisbert, Cecilio Santander y Josep M. Piqué.  
Coordinador de sección: Miguel Pérez-Mateo.

## Bibliografía

1. Li D, Kie K, Wolf R, Abbruzzese JL. Pancreatic cancer. *Lancet*. 2004;363:1049–57.
2. Johnson CD. Pancreatic carcinoma: developing a protocol for multi-detector row CT. *Radiology*. 2001;220:3–4.
3. Greene FL, Page DL, Fleming ID, editors. American Joint Committee on Cancer: AJCC Cancer Staging Manual. 6th ed. Berlin: Springer-Verlag; 2002. p. 157–64.
4. Sobin LH, Wittekind C, editors. International Union Against Cancer (UICC), TNM Classification of Malignant Tumours. 6th ed. New York: John Wiley-Sons; 2002. p. 93–6.
5. Kalra MK, Maher MM, Sahani DV, Digmurthy S, Saini S. Current status of imaging pancreatic diseases. *J Comput Assist Tomogr*. 2002;26:661–75.
6. López Hänninen E, Amthauer H, Hosten N, Ricke J, Bömig M, Langrehr J, et al. Prospective evaluation of pancreatic tumors: accuracy of MR imaging with MR cholangiopancreatography and MR angiography. *Radiology*. 2002;224:34–41.
7. Marin DR, Semelka RC. MR imaging of pancreatic masses. *MR Clin North Am*. 2000;8:787–812.
8. Bender GN, Case B, Tsuchida A, Timmons JH, Willard W, Lyons MF, et al. Using sector endoluminal ultrasound to identify the normal pancreas when axial computed tomography or falsely positive. *Invest Radiol*. 1999;34:71–4.
9. Mallery JS, Centeno BA, Hahn PF, Chang Y, Warshaw AL, Brugge WR. Pancreatic tissue sampling guided by EUS, CT/US, and surgery: a comparison of sensitivity and specificity. *Gastrointest Endosc*. 2002;56:218–24.
10. Eloubeidi MA, Varadarajulu S, Desai S, Shirley R, Heslin MJ, Mehra M, et al. A prospective evaluation of an algorithm incorporating routine operative endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration in suspected pancreatic cancer. *Gastrointest Surg*. 2007;11:813–9.
11. Horwhat JD, Paulson EK, McGrath K, Branch MS, Baillie J, Tyler D, et al. A randomised comparison of EUS-guided FNA versus CT or US-guided FNA, for the evaluation of pancreatic mass lesions. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:966–75.