



12°
CONGRESO
DE LA

ASOCIACIÓN MEXICANA HEPATO PANCREATO BILIAR

“ADENOCARCINOMA SINCRÓNICO DE VESÍCULA BILIAR Y CABEZA DE PÁNCREAS MANEJADO MEDIANTE BISEGMENTECTOMÍA HEPÁTICA Y PANCREATODUODENECTOMÍA”

GONZALEZ GALLEGOS LE, ROSENTAL S, CHAPA AZUELA O, ROLDÁN GARCÍA JA, ROCA VÁSQUEZ CJ, CÓRDOVA VELÁZQUEZ CA, DÁVILA ZENTENO FJ, TORREZ RODRÍGUEZ AR.

SERVICIO DE CIRUGÍA HEPATOPANCREATOBILIAR, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”.



INTRODUCCIÓN

La presentación de tumores sincrónicos de vesícula biliar y cabeza de páncreas es rara.

En Japón se reporta uno por cada mil y en América, uno por cada dos millones.

La incidencia de tumores sincrónicos está relacionada con una anomalía en la unión pancreatobiliar donde el reflujo pancreático y la inflamación crónica juegan un papel importante en el desarrollo del cáncer con la expresión anormal y/o mutación de ciertos oncogenes y genes supresores de tumores como factores clave en este proceso. Sin embargo en pacientes sin esta alteración anatómica es aún menos frecuente.

Las ubicaciones más comunes de tumores primarios asociados a cáncer de páncreas, se encuentran en el estómago (21.5%), colorrectal (20.7%), pulmón (14.9%) y tiroides (10.7%), siendo de vesícula biliar extremadamente raro.

OBJETIVO

Presentación de caso con diagnóstico de adenocarcinoma sincrónicos de cabeza de páncreas y vesícula biliar tratado mediante hepatectomía central y pancreatoduodenectomía en dos tiempos.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 48 años sometida a colecistectomía subtotal abierta en hospital rural secundario a colecistitis aguda con perforación vesicular. En el postquirúrgico cursa con hiperbilirrubinemia con patrón colestásico. Se recaba reporte histopatológico de pieza quirúrgica, con evidencia de adenocarcinoma invasor de fenotipo biliar moderadamente diferenciado de vesícula biliar, por lo cual es enviada a nuestro centro.

A su ingreso presenta cuadro de colangitis aguda, se realiza CPRE evidenciando obstrucción distal de colédoco sin defectos de llenado. Resonancia magnética donde se observa lesión sólida y restricción a la difusión en lecho vesicular, aunado a lesión de aspecto neoplásico en cabeza de páncreas. Ultrasonido endoscópico tumor en cabeza de páncreas de 23 x 22 mm realizando biopsia, encontrándose positivo para adenocarcinoma.

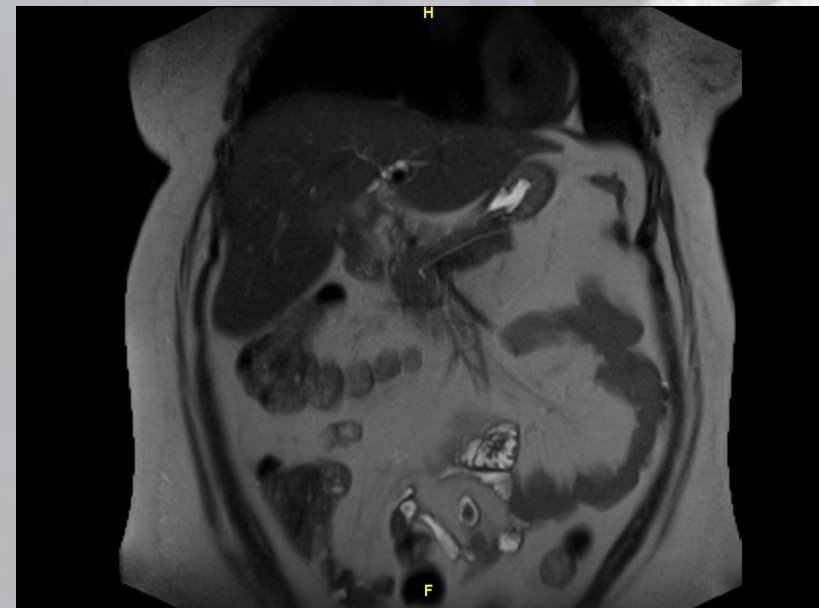


Fig. 1. Resonancia magnética en corte coronal en secuencia T2 en la que se observa lesión hipointensa a nivel de la cabeza de páncreas y lesión hiperintensa en hilio hepático y hacia la fosa vesicular.

Primer tiempo quirúrgico: bisegmentectomía hepática (IVb y V) con resección de vía biliar y linfadenectomía hallazgos de tumor de vesícula de 7 x 6 cm con invasión a segmento IVb y confluencia de los hepáticos, sin involucro vascular.

RHP: Adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado de fenotipo biliar.

Segundo tiempo quirúrgico: pancreatoduodenectomía clásica con resección y anastomosis de vena porta hallazgos de tumor de cabeza de páncreas de 3 x 3 x 2.5 cm, encasillamiento de arteria hepática derecha accesoria e involucro parcial de vena porta.

RHP: Adenocarcinoma ductal de páncreas moderadamente diferenciado de fenotipo pancreatobiliar.

Cuenta con estudio de imagen reciente sin actividad tumoral, ECOG 0 cubriendo adyuvancia con cuatro ciclos de Folfirinox

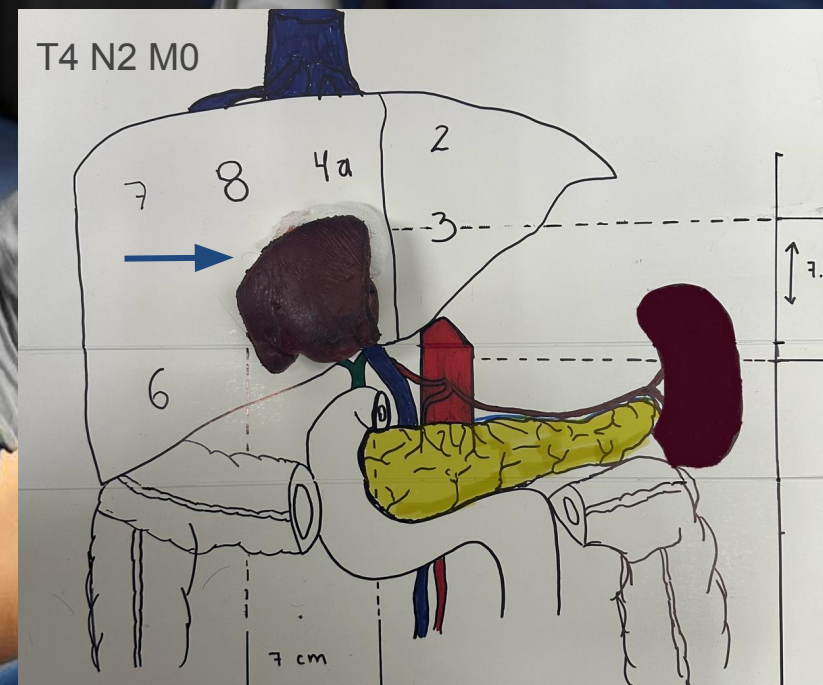


Figura 2. Producto de hepatectomía central. Segmentos IVb, V.

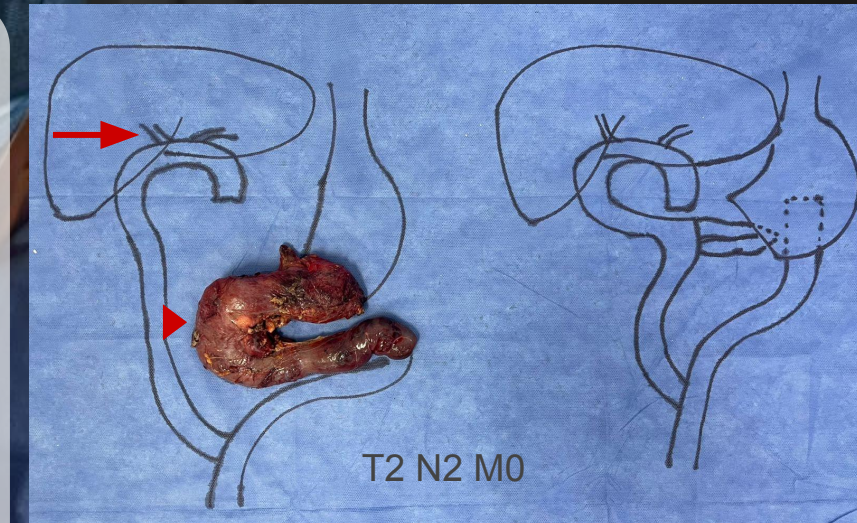


Figura 2A. Pieza quirúrgica. Producto de pancreatoduodenectomía (cabeza de flecha). Doble hepático yeyuno anastomosis (flecha larga).

CONCLUSIONES

El cáncer de cabeza de páncreas y de vesícula biliar como tumores sincrónicos es extremadamente raro. La creciente utilización de técnicas diagnósticas, como la tomografía, la resonancia magnética, la citología por aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico, la biopsia y los marcadores tumorales, ha facilitado la detección temprana de estas enfermedades. No obstante, debido a la baja incidencia de estos casos, es crucial definir el tratamiento quirúrgico más adecuado.

REFERENCIAS

- Mori, H., Iida, H., Maehira, H. et al. Synchronous primary gallbladder and pancreatic cancer associated with congenital biliary dilatation and pancreaticobiliary maljunction. *surg case rep* 3, 113 (2017)
- Shin SJ, Park H, Sung YN, Yoo C, Hwang DW, Park JH, Kim KP, Lee SS, Ryoo BY, Seo DW, Kim SC, Hong SM. Prognosis of Pancreatic Cancer Patients with Synchronous or Metachronous Malignancies from Other Organs Is Better than Those with Pancreatic Cancer Only. *Cancer Res Treat*. 2018 Oct;50(4):1175-1185.
- Eriguchi N, Aoyagi S, Hara M, Okuda K, Tamae T, Fukuda S, Hashino K, Sato S, Fujiki K, Furukawa S, Jimi A. Synchronous or metachronous double cancers of the pancreas and other organs: report on 12 cases. *Surg Today*. 2000;30(8):718-21.
- Müller SA, Pahernik S, Hinz U, Martin DJ, Wente MN, Hackert T, Leowardi C, Haferkamp A, Büchler MW, Schmed BM. Renal tumors and second primary pancreatic tumors: a relationship with clinical impact? *Patient Saf Surg*. 2012 Aug 8;6(1):18.