

Pancreatitis neoplásica por adenocarcinoma del surco

Neoplastic pancreatitis due to pancreatic groove adenocarcinoma

David Castellano* , Andrea Garcete** , Guido Parquet*** , Rosa Sánchez** , Aurora Rojas***

Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 66 años con ictericia obstructiva secundaria a adenocarcinoma del surco pancreático, inicialmente confundido con pancreatitis litiasica. La evaluación imagenológica mostró infiltración difusa con dilatación biliar, y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico. La neoplasia del surco representa un desafío diagnóstico por su presentación atípica y similitud con otros tumores periampulares.

Palabras claves: *Pancreatitis neoplásica; Adenocarcinoma del surco pancreático; Neoplasias periampulares; Obstrucción biliar.*

ABSTRACT

We report the case of a 66-year-old male with obstructive jaundice secondary to pancreatic groove adenocarcinoma, initially mistaken for pancreatitis. Imaging revealed diffuse infiltration with biliary dilation, and histopathology confirmed the diagnosis. Pancreatic groove tumors pose a diagnostic challenge due to their atypical presentation and resemblance to other periampullary neoplasms.

Keywords: *Neoplastic pancreatitis; Pancreatic groove adenocarcinoma; Periampullary neoplasms; Biliary obstruction.*

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis neoplásica es una condición poco frecuente que puede confundirse con procesos inflamatorios del páncreas, retrasando su diagnóstico y tratamiento⁽¹⁾. En este caso, un paciente de 66 años acudió con ictericia progresiva, inicialmente atribuida a una posible pancreatitis aguda de origen litiasico. Estudios auxiliares redefinieron el diagnóstico a un adenocarcinoma del surco pancreático cambiando el manejo terapéutico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 66 años que ingresó por dolor abdominal de tipo cólico, de inicio súbito, localizado en el hipocondrio derecho, con intensidad moderada, irradiando hacia la fosa iliaca

derecha. Aunque logró cierto alivio con analgésicos comunes, el dolor persistió. Durante los 15 días previos, presentó episodios de acolia, mientras que su orina mostró coloria progresiva. En las últimas 24 horas, la ictericia se hizo notoria, afectando piel y mucosas, lo que lo llevó finalmente a la consulta. A pesar de estos síntomas, negó fiebre, disuria u otras manifestaciones adicionales. Sin embargo, mencionó que en los últimos seis meses había perdido aproximadamente 9 kg, sin realizar cambios en su dieta o actividad física.

Al examen físico, se confirmó la ictericia mucocutánea, junto con un abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho, aunque sin signos de peritonitis ni hepatomegalia. Al tacto rectal se evidenció heces hipocólicas. Los análisis de sangre revelaron una bilirrubina total elevada (16.3 mg/dL), con predominio directo, además de GGT (935 U/L) y fosfatasa alcalina (450 U/L) aumentadas. Se observaron valores elevados de transaminasas y enzimas pancreáticas, con amilasa en 478 U/L (valor normal hasta 150) y lipasa en 711 U/L (valor normal hasta 60), lo que reforzó la sospecha inicial de pancreatitis. El cuadro clínico fue inicialmente catalogado como pancreatitis asociada a una ictericia obstructiva, dados los síntomas y los hallazgos de laboratorio.

En el segundo día de internación, se realizó una ecografía abdominal, en la que se evidenció la dilatación de la vía biliar intrahepática, con colédoco de 10 mm, junto con barro biliar en la vesícula. Al día siguiente, se completó el estudio con una colangioresonancia, que reveló una lesión infiltrativa del surco pancreatoduodenal de 50 × 50 mm, acompañada de dilatación del colédoco (12 mm) y estenosis abrupta de su porción distal (Fig. 1). Se observó además aumento del tamaño y edema difuso en la cabeza del páncreas (Fig. 2), hallazgos compatibles con neoplasia del surco y pancreatitis edematosa intersticial respectivamente.

* Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Asunción, Paraguay.

** Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Cirugía de Mínima Invasión, Asunción, Paraguay.

*** Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Cirugía General, Asunción, Paraguay.

Autor Correspondiente: David Castellano - Correo: daercas@gmail.com

Recibido: 20/11/2025 - Revisado: 18/12/2025 - Aceptado: 10/02/2026

Revisor: Esteban Daniel Mendoza Hospital de Especialidades Quirúrgicas Ingavi - Instituto de Previsión Social

Proceso de revisión: Evaluación por pares a doble ciego.

Editor: Eduardo González Miltos Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

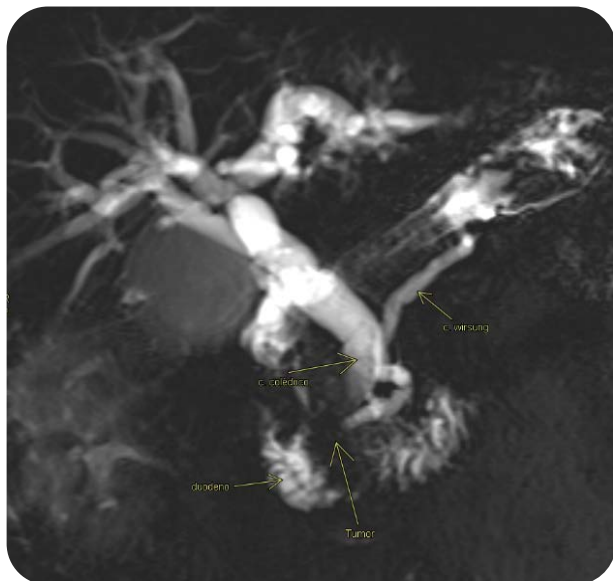


Figura 1. Colangiograma RMN: "Signo del doble conducto". Se observa dilatación simultánea del colédoco y del conducto de Wirsung con interrupción abrupta distal, secundaria a tumoración en cabeza de páncreas.

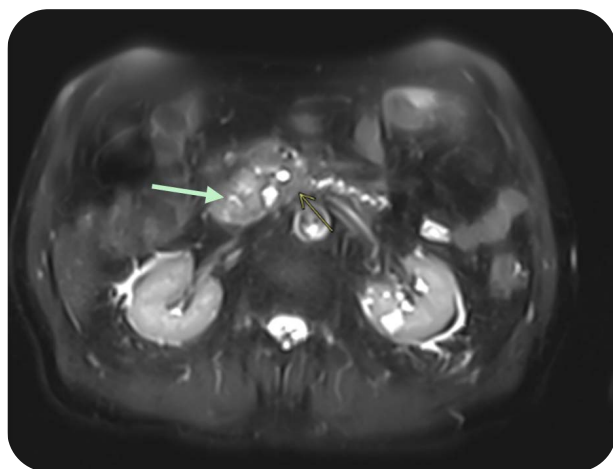


Figura 2. Colangiograma RMN: (flecha) Edema en cabeza pancreática (flecha) compatible con pancreatitis neoplásica.

En el sexto día de internación, se intentó realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) como diagnóstico y tratamiento parcial, pero la estenosis severa en la rodilla duodenal impidió la progresión del endoscopio y, dado el alto riesgo de broncoaspiración se pospuso la toma biopsia. En el día once, una endoscopia digestiva alta mostró retención gástrica con restos alimentarios sólidos y gastropatía crónica, lo que nuevamente llevó a aplazar la biopsia y colocar una sonda nasointestinal para garantizar la alimentación. Finalmente, en el día 15 de internación, tras reintento endoscópico, se logró obtener la biopsia, permitiendo la confirmación diagnóstica.

Al día dieciocho de internación, ante la persistencia de la ictericia se realizó interconsulta con cirugía mínima invasiva, considerándose el drenaje biliar percutáneo como estrategia terapéutica para aliviar la colestasis obstructiva. Al día siguiente, se llevó a cabo el drenaje biliar percutáneo interno-externo (Fig. 3), que permitió una reducción progresiva de bilirrubina,

además de mejoría sintomática. Se observó también un descenso de las enzimas pancreáticas, con amilasa en 192 U/L y lipasa en 392 U/L tras el procedimiento.

Gracias a la estabilización clínica y la mejoría funcional, el paciente fue sometido a laparotomía exploradora, donde el hallazgo intraoperatorio de irresecabilidad (por invasión a estructuras vasculares claves) llevó a la realización de una derivación gastroyeyunal, con evolución postoperatoria favorable. Actualmente, el paciente continúa en seguimiento por Oncología Clínica para la planificación y el manejo terapéutico correspondiente.

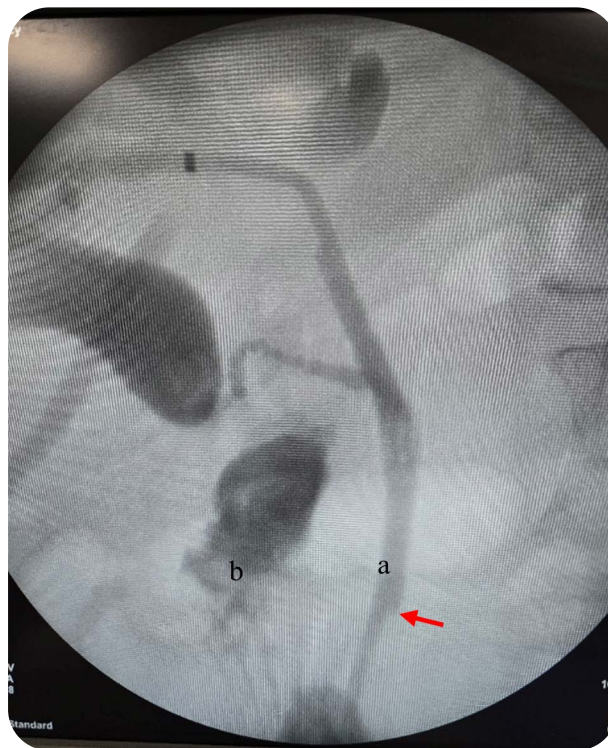


Figura 3. Fluoroscopia abdominal: (a) Drenaje biliar que sobrepasa sitio de estenosis hasta duodeno; (flecha roja) Estenosis abrupta con "stop" de contraste; (b) Pasaje de contraste, por catéter, a duodeno.

DISCUSIÓN

La pancreatitis neoplásica por adenocarcinoma del surco representa un desafío diagnóstico de primer orden debido a que sus manifestaciones clínicas e imagenológicas solapan con la pancreatitis del surco, una variante de pancreatitis crónica focalizada en el espacio entre la cabeza pancreática, el duodeno y el colédoco ⁽¹⁻³⁾. En nuestro caso, la presentación inicial simuló una pancreatitis aguda litiasica, una forma de debut descrita por *Alhobayb et al*, quienes subrayan que la inflamación aguda puede ser la manifestación más temprana de un adenocarcinoma ductal subyacente ⁽⁴⁾. Ante este debut, autores como Boadas enfatizan que la clave no es solo tratar el evento agudo, sino perseguir la etiología subyacente para evitar diagnósticos tardíos ⁽⁵⁾.

Como se detalla en la *Tabla 1*, existen marcadores diferenciales críticos que orientaron nuestra sospecha hacia la malignidad. Mientras que la pancreatitis del surco benigna se asocia típicamente al alcoholismo y presenta una evolución con dolor recurrente ^(2,3), nuestro caso destacó por una ictericia obstructiva progresiva y pérdida de peso marcada, signos cardinales de neoplasia periampular ^(1,4).

Tabla 1. Diagnóstico Diferencial y Correlación clínica

Característica	Pancreatitis del Surco (Benigna)	Adenocarcinoma (Maligno)	Hallazgo en este Caso
Antecedentes	Alcoholismo crónico ³	Sin asociación necesaria ⁴	No etilista
Clinica dominante	Dolor recurrente y vómitos ²	Ictericia y pérdida de peso ^{1,4}	Ictericia obstructiva
Hallazgos RMN	Quistes paraduodenales ^{1,2}	Masa sólida e infiltrativa ^{1,4}	Masa sólida / Infiltración
Afectación Vascular	Desplazamiento de vasos ³	Invasión (Porta/AMS) ^{4,6}	Invasión Vena Porta
Conducto Biliar	Estenosis inflamatoria ²	Obstrucción abrupta ⁶	Obstrucción completa

Esta diferenciación fue clave para el manejo inicial. Ante la imposibilidad de realizar una CPRE por la estenosis duodenal hallazgo coincidente con la serie de Barboza

Besada et al ⁽⁶⁾, se optó por un drenaje biliar percutáneo. Esta intervención permitió la optimización clínica del paciente, un paso fundamental considerando que otras neoplasias de comportamiento agresivo, como los tumores pseudopapilares o los tumores neuroendócrinos ampulares, también pueden debutar con ictericia obstructiva y requerir abordajes similares. Al respecto, es relevante notar que autores como Khan et al. y Modi et al. sugieren que, ante tales tumores periampulares atípicos, la biopsia por ultrasonido endoscópico (USE) podría considerarse un paso previo fundamental para el diagnóstico diferencial ^(7,8). No obstante, debido a la disponibilidad limitada de ecoendoscopia en nuestro medio, lo que, sumado a la sospecha de malignidad avanzada y la necesidad de paliar la obstrucción biliar y duodenal en un solo tiempo justificaron el paso directo a la exploración quirúrgica.

Finalmente, la terapéutica final se alineó con la evidencia de irresecabilidad por invasión vascular mayor observada transoperatoriamente. Aunque el diagnóstico definitivo suele ser histopatológico, la agresividad biológica del adenocarcinoma en esta ubicación (que suele diagnosticarse en estadios avanzados debido a su ubicación anatómica silente) justifica el abordaje paliativo realizado para asegurar la calidad de vida y el tránsito alimentario del paciente ^(1,6,9).

REFERENCIAS

1. Berral Santana AM, Cedrún Sitges I. Revisión de la pancreatitis del surco y cómo diferenciarla del adenocarcinoma de páncreas. Radiología. 1 de enero de 2023;65(1):81-8. doi:10.1016/j.rx.2021.07.006

2. Cabal DML, Alonso IP, García MÁ, Gómez CH, Garijo TG, Corral JG, et al. Pancreatitis del surco: características radiológicas y diagnóstico diferencial. Seram [Internet]. 26 de mayo de 2022;1(1):1. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8927>

3. Parga Bermúdez JE, Gómez Zuleta MA. Pancreatitis del surco (groove) que imita cáncer de páncreas: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev colomb Gastroenterol. 21 de abril de 2021;36(Supl. 1):19-25. doi:10.22516/25007440.505

4. Alhobayb T, Peravali R, Ashkar M. The Relationship between Acute and Chronic Pancreatitis with Pancreatic Adenocarcinoma: Review. Diseases. diciembre de 2021;9(4):4. doi:10.3390/diseases9040093

5. Boadas J. Pancreatitis aguda. Diagnóstico y tratamiento. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1 de agosto de 2022;29(7):364-70. doi:10.1016/j.fmc.2021.07.005

6. Barboza Besada E, Ronceros V, Salinas Bielich E, Calmet Bruhn F, Combe

Gutierrez JM, Huerta-Mercado Tenorio JL, et al. Desafío clínico-quirúrgico de la pancreatitis aguda con obstrucción del conducto de Wirsung y sospecha de neoplasia pancreática. Diagnóstico (Perú) [Internet]. 2002;229-34. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/midias/lil-483696>

7. Khan H, Nadeem MM, McEntire D, Hatfield BS, Vachhani R. S2617 Hidden Behind Pancreatitis: Discovering a Solid Pseudopapillary Neoplasm in an Adolescent Male. American Journal of Gastroenterology. octubre de 2024. doi:10.14309/01.ajg.0001039836.51184.29

8. Modi VDD, Ali MQ, Maldonado C, Hegagi M. S2675 Pancreatitis and Obstructive Jaundice as Presenting Symptoms for Ampullary Pancreatic Neuroendocrine Tumor. American Journal of Gastroenterology. octubre de 2024. doi:10.14309/01.ajg.0001040068.57273.fb

9. Ollero DJM, Durán DEV, Schulke DCM, Abadía DLG, Mahecha DNFA, Liza DLN. «Más allá de la pancreatitis»: Una serie de 10 casos de las diferentes formas especiales de pancreatitis. Seram [Internet]. 18 de mayo de 2021;1(1):1. Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/3798>