

## **Carcinoma de células acinares: infrecuente tumor pancreático exocrino**

Acinar cell carcinoma: a rare exocrine pancreatic tumor

Daniany Hernández González<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6238-9387>

Leonila Noralis Portal Benítez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2801-213X>

David Alejandro Rodríguez-Rojas<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1890-8669>

Yoisel Duarte-Linares<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6139-9391>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: [yoiseldl@gmail.com](mailto:yoiseldl@gmail.com)

### **RESUMEN**

El cáncer pancreático es aquel que comienza en el páncreas y constituye la neoplasia más letal que puede padecer un ser humano. Aunque las células más comunes en el páncreas son las células acinares, la transformación maligna de estas es infrecuente. El adenocarcinoma de células acinares es un tumor maligno muy raro del páncreas exocrino, con menos de un caso por millón de habitantes en los Estados Unidos, y representa menos del 1 % de las neoplasias pancreáticas primarias. Se presentó una paciente femenina de 64 años de edad operada de un carcinoma de células acinares del páncreas. Se revisó la literatura sobre esta

temática y se insistió en que dado la topografía pancreática, las neoplasias de este tipo, se diagnostican frecuentemente en la fase final de la enfermedad; por lo que resulta imprescindible, bajo contextos similares, pensar en este tipo de cáncer como posibilidad diagnóstica.

**DeCS:** carcinoma de células acinares; neoplasias pancreáticas.

## ABSTRACT

Pancreatic cancer is a cancer that begins in the pancreas and is the most lethal neoplasm that a human being can suffer from. Although the most common cells in the pancreas are acinar cells, their malignant transformation is rare. Acinar cell adenocarcinoma is a very rare malignant tumor of the exocrine pancreas, with less than one case per million population in the United States, accounting for less than 1% of primary pancreatic neoplasms. We present a 64-year-old female patient operated on for acinar cell carcinoma of the pancreas. The literature on this topic was reviewed, emphasizing on this type of neoplasm, which is frequently diagnosed in the final stage of the disease given its pancreatic topography; that is why, under similar contexts, thinking about this type of cancer as a diagnostic possibility is essential.

**MeSH:** carcinoma; acinar cell; pancreatic neoplasms.

Recibido: 7/10/2020

Aprobado: 19/06/2021

El páncreas es una glándula mixta integrada por una porción endocrina y exocrina. Ambos componentes pueden verse afectados por el desarrollo de diversas lesiones tumorales.<sup>(1)</sup>

El cáncer pancreático (CP) es aquel que comienza en el páncreas, una pequeña glándula localizada en el abdomen, detrás del estómago, que está compuesta por



dos tipos de células: las neuroendocrinas (células de los islotes) fabrican varias hormonas, tales como la insulina y la metformina para ayudar a controlar los niveles de glicemia, y las células exocrinas las cuales producen enzimas que son liberadas dentro del intestino delgado para ayudar a digerir los alimentos.<sup>(2)</sup>

Actualmente, el CP es la cuarta causa principal de muertes por cáncer mundial en mujeres y hombres,<sup>(1,3)</sup> y constituye la segunda causa, después del cáncer colorrectal, entre las neoplasias del tracto gastrointestinal. Se prevé que para el 2030 incremente su incidencia en un 50 %, lo que provocará más muertes que el cáncer de próstata, de colon y de mama.<sup>(1)</sup>

El CP constituye la neoplasia más letal que puede padecer un ser humano. De hecho, en estudios de supervivencia realizados en la última década se plantea que su incidencia es prácticamente igual a su mortalidad.<sup>(4)</sup>

En Europa, esta neoplasia es la séptima en orden de frecuencia, y en los países que conforman la Unión Europea, 11,6 hombres por cada 100 000 son diagnosticados por esta enfermedad cada año.<sup>(5)</sup> En los Estados Unidos, constituye la cuarta causa de muerte por cáncer con 37 600 muertes en el 2011.<sup>(4)</sup> En países industrializados como España y Estados Unidos, la frecuencia en relación al sexo es de 2,2 % en el masculino y 2,7 % en el femenino, respectivamente.<sup>(5)</sup>

Según estudios histológicos, parece surgir de lesiones precursoras benignas llamadas neoplasias pancreáticas intraepiteliales (NIPan), subdivididas en grados 1, 2 y 3, que van desde NIPan-1A, como metaplasia cilíndrica, a NIPan3 como carcinoma *in situ*.<sup>(6)</sup>

Estas afecciones constituyen menos del 1 % de todas las neoplasias malignas y pueden surgir ya sea del componente exocrino (células ductales y acinosas) o del endocrino (tumores neuroendocrinos bien diferenciados, pobremente diferenciados, mal diferenciados de células pequeñas o células grandes y neoplasia mixta neuroendocrina).<sup>(7,8)</sup>

La neoplasia exocrina de páncreas más frecuente es el adenocarcinoma ductal, el cual abarca más del 75 % de los cánceres de páncreas. También existen otros tumores epiteliales sólidos de páncreas como: los carcinomas adenoescamosos,



carcinomas de células gigantes o pancreatoblastomas, tumoresseudopapilares y el carcinoma de celulares acinares (ACC), los cuales son poco frecuentes, cada uno de ellos menor al 1 % de los cánceres de páncreas exocrinos.<sup>(6,9)</sup>

Aunque la causa del cáncer pancreático es confusa, varios riesgos ambientales se han asociado a su mayor incidencia. El factor de riesgo más notable se ha relacionado con el tabaquismo. Varios estudios epidemiológicos han mostrado una asociación entre la cantidad y la duración del consumo de tabaco y un mayor riesgo de cáncer pancreático. Los fumadores se enfrentan a un riesgo mucho mayor de sufrir adenocarcinoma pancreático comparados con los no fumadores. Este riesgo parece una asociación lineal, de modo que la incidencia de cáncer pancreático se relaciona directamente con el número de paquetes por años fumados (paquetes al día por número de años de consumo de tabaco).<sup>(2)</sup>

Debido a que el páncreas es un órgano retroperitoneal, el diagnóstico de las neoplasias a este nivel se hace tardío en la mayoría de los casos.<sup>(10)</sup>

Se conoce que solo el 7 % de los casos se identifican cuando el tumor todavía está confinado al sitio primario (estadio localizado). Sin embargo, un 26 % se diagnostican cuando se diseminó a los ganglios regionales o cuando hizo extensión directa fuera del sitio primario, y un 52 % cuando la enfermedad localmente está avanzada o cuando provocó metástasis a distancia (estadios III y IV). En el restante 15 % se desconoce la información para su estadificación.<sup>(5)</sup>

La resección constituye la única alternativa válida para conseguir la curación en el CP, puesto que ni la quimioterapia ni la radioterapia han demostrado un efecto beneficioso marginal, en cambio, la terapia génica y la inmunoterapia constituyen solo una esperanza.<sup>(3)</sup>

En torno al 10-20 % de los pacientes con cáncer de páncreas tienen enfermedad resecable, y a pesar de que las técnicas quirúrgicas han mejorado, el 90 % de los pacientes sometidos a resección quirúrgica presentarán recurrencia.<sup>(11)</sup> Por tanto, la identificación de las lesiones precursoras y la resección completa del tumor deben realizarse en el momento adecuado para conseguir una mayor supervivencia a largo plazo.<sup>(3)</sup>



Aunque las células más comunes en el páncreas son las células acinares, la transformación maligna de estas es infrecuente.<sup>(7,12)</sup> El ACC es un tumor maligno muy raro del páncreas exocrino, con menos de un caso por millón de habitantes en los Estados Unidos, representa menos del 1 % de las neoplasias pancreáticas primarias<sup>(12,13)</sup> y se presenta con mayor frecuencia en hombres.<sup>(7)</sup>

En Cuba, las enfermedades del páncreas se ubican en el puesto 24, entre las primeras 35 causas de muerte para ambos sexos, con un total de 196 defunciones para una tasa de mortalidad de 1,7 por cada 100 000 habitantes en el año 2016.<sup>(14,15)</sup> Al tener en cuenta las cifras de mortalidad por tumores malignos según localización, las del páncreas ocupan el noveno lugar con una tasa de 7,9 y 6,9 para hombres y mujeres, respectivamente, por cada 100 000 habitantes del sexo correspondiente,<sup>(7)</sup> pero en la literatura consultada no se informa la incidencia del ACC. A pesar de tratarse de un caso no atendido en Cuba, la infrecuencia de este tumor en particular, y la alta letalidad de las neoplasias pancreáticas en general, hace necesario dar a conocer las particularidades de esta paciente.

### **Presentación del paciente**

Paciente femenina de 64 años de edad, sin ninguna historia personal conocida de enfermedad crónica; acudió al Departamento ginecológico del Hospital regional de «Mbarara» y refirió dolor abdominal de cuatro años de evolución localizado en la región de epigastrio con irradiación hacia la espalda y que solo se aliviaba parcialmente con analgésicos. Este se acompañaba de inflamación abdominal localizada fundamentalmente en la región de epigastrio desde hacía 10 meses. La paciente informó, además, pérdida de peso y apetito sin historia de vómitos, estreñimiento, ojos amarillos o fiebre. El examen físico reveló piel y mucosas moderadamente hipocoloreadas, abdomen extremadamente distendido, extendiéndose desde región de hipogastrio hasta epigastrio y masa palpable de aproximadamente 22 cm por 21 cm, no dolorosa, movable, no fija al tejido subyacente. Se le realizaron varios exámenes complementarios: hemoglobina (Hb): 6,9 g/dl, leucograma total: 6,88 x 10<sup>9</sup>/L, conteo de plaquetas: 433 x 10<sup>9</sup>/L,



colposcopia: pólipo cervical. También se le realizó un ultrasonido abdominal en el que se observó un gran quiste ovárico, sin precisar localización, no ascitis, y sin signos de metástasis intrabdominal.

### **Comentario**

El páncreas es un órgano retroperitoneal, de ahí que el diagnóstico de las neoplasias a este nivel se hace tardío en la mayoría de los casos.<sup>(10)</sup> Para diagnosticar un ACC como en todo cáncer pancreático, es de especial utilidad las manifestaciones clínicas. Los síntomas más tempranos son: anorexia, pérdida de peso, malestar abdominal y náuseas, pero las manifestaciones específicas se desarrollan después de la invasión u obstrucción de estructuras cercanas. El hallazgo físico más común es la ictericia, la cual, junto a la pérdida de peso y el dolor epigástrico, constituyen la triada más importante en cáncer de páncreas, pues la mayoría de estas neoplasias se localizan en la cabeza del órgano; la obstrucción de la porción intraduodenal del conducto biliar común provoca: ictericia, acolia, coluria y prurito. La hepatomegalia y la vesícula biliar palpable también podrían estar presentes. En estadios avanzados es más evidente encontrar: el desgaste muscular, la caquexia, un hígado palpable nodular, debido a metástasis, nódulo de Virchow, adenopatía periumbilical y ascitis (15 %). Existen varios estudios de laboratorio que son útiles como: la bilirrubina total y fraccionada, fosfatasa alcalina, gamma glutamil transferasa y lactato deshidrogenasa cuya elevación indicarían obstrucción del conducto biliar. La lipasa y amilasa sérica usualmente se encuentran dentro de límites normales en pacientes con lesiones localizadas y tempranas;<sup>(6,8,16)</sup> mientras que, en estadios avanzados, se puede encontrar anemia normocrómica e hipoalbuminemia. El marcador tumoral CA19-9 ayuda al diagnóstico y seguimiento de los pacientes. La tomografía axial computarizada (TAC) helicoidal con contraste endovenoso es un método no invasivo para diagnóstico y estadiaje, ya que brinda información de la lesión primaria y metastásicas. Otras investigaciones como el ultrasonido endoscópico con toma de biopsia y el Angio TAC, complementarían el estudio y conducta terapéutica.<sup>(6,8,17)</sup>



La paciente presentada acudió con dolor abdominal en la región de epigastrio de cuatro años de evolución y pérdida de peso no cuantificable, dos elementos de la tríada de cáncer pancreático antes mencionada, además, anorexia y la inflamación abdominal también estaban presentes. El examen físico arrojó piel y mucosas hipocoloreadas, abdomen extremadamente distendido, de región hipogástrica a epigastrio y masa palpable de aproximadamente 22 cm por 21 cm, no dolorosa, movable, no fija al tejido subyacente. Ante un cuadro clínico como este existen varias posibilidades diagnósticas: un quiste benigno de cuerpo y cola, un pseudoquiste pancreático o una aneurisma de la arteria esplénica pueden ser mencionadas, por lo que el apoyo en los exámenes de complementarios es fundamental. La paciente presentó una Hb de 6,9 g/dl; se le realizó un ultrasonido abdominal el cual informó gran quiste ovárico, sin precisar localización, no ascitis, no signos de metástasis intrabdominal. La paciente fue llevada al quirófano con diagnóstico de quiste de ovario gigante para posible ooforectomía, pues otros medios diagnósticos antes mencionados no estaban disponibles en este hospital de recursos limitados. Se realizó una laparotomía exploradora, y se encontró una gran masa quística con componente sólido, bien encapsulada, que involucraba la cola y el cuerpo del páncreas (Figuras 1 y 2).





**Figura 1.** Imagen macroscópica de masa quística pancreática, con componente sólido, bien encapsulada.

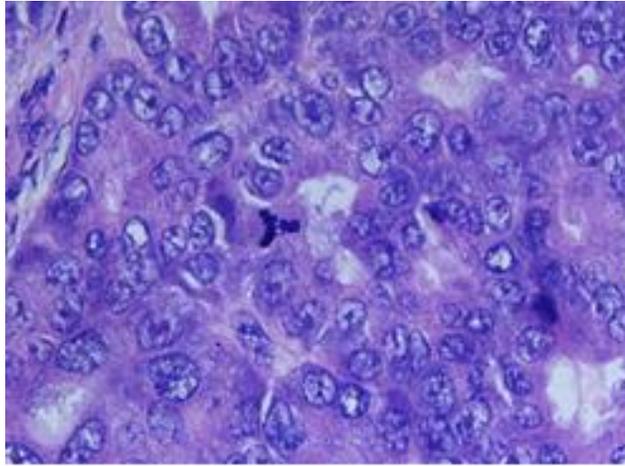


**Figura 2.** Imagen macroscópica de la masa pancreática, con paredes quísticas densas y nódulos murales.

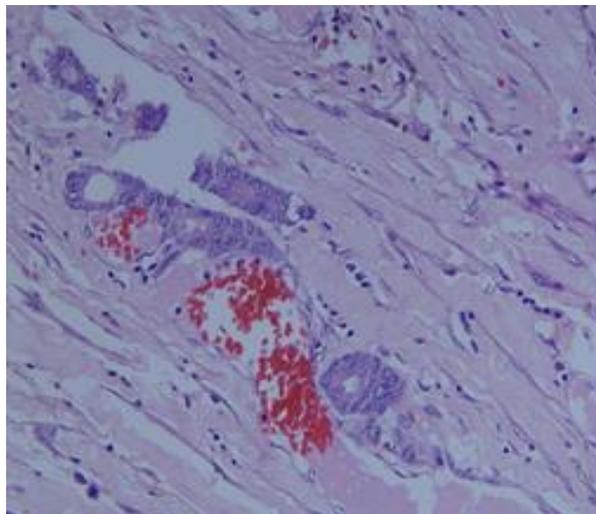
También se realizó una pancreatectomía corporo-caudal más una peripancreaticolinfadenectomía. El resto de la cavidad abdominal no presentaba alteraciones y se dejó un drenaje en la transcavidad de los epiplones. Luego se le suministró: ceftriaxona (1g) dos bulbos intravenoso, y metronidazol (500mg) un

bulbo diario por tres días; la paciente evolucionó satisfactoriamente durante el período postoperatorio y fue egresada al quinto día.

Los resultados histológicos mostraron: neoplasia pancreática encapsulada con formación acinar, nucléolo prominente y mitosis atípica consistente con cistoadenocarcinoma acinar de célula pancreática. (Figuras 3 y 4)



**Figura 3.** Nucléolo prominente, anisonucleosis y figuras atípicas mitóticas en potencia alta (x40).



**Figura 4.** Invasión linfovascular.

Dada la topografía pancreática, las neoplasias a este nivel se diagnostican con alta frecuencia en la fase final de la enfermedad; por esta razón, es imprescindible, bajo contextos similares, pensar en este tipo de cáncer como posibilidad diagnóstica. Esta paciente fue la primera con diagnóstico de ACC del páncreas que fue operada en Uganda. Dicha intervención quirúrgica fue realizada por una colaboradora cubana en ese hermano país. No existe ninguna información publicada en Uganda relacionada con esta neoplasia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mojarro-Cisneros MÁ, Rojas-García BK, Carillo-Córdova DM, Figueroa-Méndez R, Chan C. Tumores quísticos mucinosos de páncreas. Serie de casos. Visión retrospectiva de pacientes operados por tumores quísticos mucinosos de páncreas en el INCMNSZ. *Lux Méd* [internet]. mayo-ago. 2019 [citado 5 oct. 2019];14(41):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/download/2014/1857/0>
2. Villegas Pajuelo ME. Tasa de supervivencia de cáncer de páncreas resecao Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2014-2016 [tesis]. Lima-Perú: San Martín de Porres; 2019 [citado 5 oct. 2019]. Disponible en: [http://200.37.171.68/bitstream/usmp/5056/1/villegas\\_pme.pdf](http://200.37.171.68/bitstream/usmp/5056/1/villegas_pme.pdf)
3. Valle López S. Análisis descriptivo de resultados de resecciones pancreáticas mayores y factores pronósticos de morbilidad y mortalidad en un hospital de tercer nivel [tesis]. Valladolid-España: Universidad de Valladolid; 2019 [citado 6 dic. 2019]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36339/TFG-M-M1398.pdf?sequence=1>
4. Shimada N, Miwa S, Arai T, Kitagawa N, Akita S, Inuma N, *et al.* Cystic mixed adenoneuroendocrine carcinoma of the pancreas: A case report. *Int J Surg Case Rep* [internet]. 2018 [citado 23 sep. 2019];52:[aprox. 4 p.]. Disponible en:



[https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S2210261218303973.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S2210261218303973.pdf?locale=es_ES)

5. Cabrera Linares AE, Hernández Hernández JM, Hernández González F, González González Y, Noa Arias M, Fernández González M. Caracterización clinicoepidemiológica, demográfica e histológica de los enfermos de cáncer pancreático avanzado diagnosticados mediante biopsia por tru-cut. MediCiego [internet]. 2018 [citado 13 dic. 2019];24(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2018/mdc183c.pdf>

6. Guzmán YF, López RP, Vera A, González-Devia D. Herramientas para el abordaje diagnóstico de los tumores neuroendocrinos de páncreas. Rev Colomb Cir [internet]. 2018 [citado 2 nov. 2019];33:[aprox. 21 p.]. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v33n1/2011-7582-rcci-33-01-00079.pdf>

7. Lazos-Ochoa M, Antonio-Pedrosa L, Romero-Cabello R, Romero-Feregrino R. Carcinoma mixto, endocrino y de células acinosas, del páncreas. Patología [internet]. abr.-jun. 2015 [citado 18 sep. 2018];53(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

<http://www.revistapatologia.com/content/250319/2015-2/06-Lazos.pdf>

8. De Frutos Rosa D, Espinosa Taranilla L, González de Canales de Simón P, Vélez Velázquez MD, Guirado Koch C. Paniculitis pancreática como síntoma de debut de un carcinoma de células acinares. Rev Esp Enferm Dig [internet]. 2018 [citado 29 sep. 2019];110(5):[aprox. 3 p.]. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v110n5/1130-0108-diges-110-05-00329.pdf>

9. Higueta AM, Correa JL, Becerra LF, Vanegas LF. Tumor pseudopapilar sólido del páncreas. Rev Colomb Cir [internet]. 2016 [citado 3 nov. 2018];31(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n4/v31n4a9.pdf>

10. Gamarra Samaniego RA, Verdecia Cañizares C, Alonso Pérez M, Graverán Sánchez LA, Sosa Palacios O. Cáncer pancreático en edad pediátrica. Rev Cubana Pediatr [internet]. 2018 [citado 25 sep. 2019];90(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2018/cup183j.pdf>

11. Medrano-Guzmán R, Luna-Castillo M, Chable-Puc WJ, García-Ríos LE, González-Rodríguez D, Nájera-Domínguez FI. Morbimortalidad de la



pancreatoduodenectomía en pacientes con cáncer de páncreas y tumores periampulares en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI de 2008 a 2013. *Cir Cir* [internet]. 2019 [citado 12 dic. 2019];87(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2019/cc1911.pdf>

12. He C, Zhang Y, Cai Z, Duan F, Lin X, Li S. Nomogram to Predict Cancer-Specific Survival in Patients with Pancreatic Acinar Cell Carcinoma: A Competing Risk Analysis. *J Cancer* [internet]. 2018 [citado 1 sep. 2019];9(22):[aprox. 11 p.]. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/profile/Chaobin\\_He/publication/328335210\\_Nomogram\\_to\\_Predict\\_Cancer-Specific\\_Survival\\_in\\_Patients\\_with\\_Pancreatic\\_Acinar\\_Cell\\_Carcinoma\\_A\\_Competing\\_Risk\\_Analysis/links/5bc710c092851cae21a8b40b/Nomogram-to-Predict-Cancer-Specific-Survival-in-Patients-with-Pancreatic-Acinar-Cell-Carcinoma-A-Competing-Risk-Analysis.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Chaobin_He/publication/328335210_Nomogram_to_Predict_Cancer-Specific_Survival_in_Patients_with_Pancreatic_Acinar_Cell_Carcinoma_A_Competing_Risk_Analysis/links/5bc710c092851cae21a8b40b/Nomogram-to-Predict-Cancer-Specific-Survival-in-Patients-with-Pancreatic-Acinar-Cell-Carcinoma-A-Competing-Risk-Analysis.pdf)

13. Wisnoski NC, Townsend CM Jr Nealon WH, Freeman JL, Riall TS. 672 patients with acinar cell carcinoma of the pancreas: a population-based comparison to pancreatic adenocarcinoma. *Surgery* [internet]. 2008 [citado 5 sep. 2018];144(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

[http://www.graphicworldmedia.com/OMB/excon/townsend2/docs/672\\_patients.pdf](http://www.graphicworldmedia.com/OMB/excon/townsend2/docs/672_patients.pdf)

14. Rodríguez-Rojas DA, Portal Benítez LN, Duarte-Linares Y, Delgado Rodríguez E, Pozo Lorente LA. Análisis de los factores pronósticos en pacientes con pancreatitis aguda. *Medicent Electrón* [internet]. abr.-jun. 2019 [citado 30 dic. 2019];23(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en:

<http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/2761/2376>

15. Rodríguez-Rojas DA, Portal Benítez LN, Duarte-Linares Y, Delgado Rodríguez E, Cuellar M, Nelson M, *et al.* Factores asociados a complicaciones en pacientes con pseudoquiste pancreático. Hospital Arnaldo Milián Castro, 2013-2017. *Rev Haban Cienc Méd* [internet]. 2019 [citado];18(5):[aprox. 13 p.]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v18n5/1729-519X-rhcm-18-05-752.pdf>



16. Ureña JF. Cáncer de páncreas. Rev Méd Sinergia [internet]. 2017 [citado 29 sep. 2018];2(8):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

<http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/87/187>

17. Tafur Anzola A, Suárez Jiménez D. Tumor de Frantz: El tumor de las mujeres jóvenes. Correlación radiológico-patológica de dos casos en tomografía. Revisión de la literatura. Rev Méd [internet]. 2017 [citado 5 sep. 2018];25(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v25n1/v25n1a08.pdf>

### **Conflictos de intereses**

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

