

## ANATOMÍA PATOLÓGICA INFRECLENTE DEL CÁNCER DE PÁNCREAS

MARÍA FLORENCIA VISENTIN, LEANDRO PIERINI, IVÁN FENDRICH, OSCAR D. BROSUTTI

Servicio de Cirugía General, Hospital J. B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina

**Dirección postal:** María Florencia Visentin, Servicio de Cirugía General, Hospital J. B. Iturraspe, Blas Parera 8300, 3000 Santa Fe, Argentina

**E-mail:** florvis.94@gmail.com

**Recibido:** 15-V-2024

**Aceptado:** 21-XI-2024

### Resumen

El cáncer de células escamosas primario del páncreas (CCEP) es una neoplasia extremadamente rara que representa el 1% de los tumores pancreáticos. Dentro de las hipótesis de su posible origen, la metaplasia escamosa producida por inflamación crónica es una de las más aceptadas. Se presenta el caso de una mujer de 45 años que consultó por un cuadro de intolerancia digestiva y pérdida de peso de 10 kg de tres meses de evolución. Se realizaron estudios que confirmaron una tumoración en la cabeza del páncreas que comprimía la segunda porción duodenal. Se decidió realizar duodeno-pancreatectomía cefálica, con el hallazgo y confirmación por anatomía patológica, de un carcinoma escamoso primario de páncreas. Este caso particularmente atípico es importante a la hora de considerar otras variantes histológicas en una enfermedad con creciente incidencia como lo es el cáncer de páncreas, con el objetivo de poder investigar y desarrollar otras terapéuticas.

**Palabras clave:** cáncer de páncreas, carcinoma de células escamosas, neoplasia

### Abstract

*Rare pathological anatomy of pancreatic cancer*

The primary squamous cell cancer of the pancreas is an extremely rare neoplasm that represents 1% of pancreatic tumors. Within the hypotheses of its possible origin, squamous metaplasia produced by chronic inflammation is one of the most accepted.

The case of a 45-year-old female patient who consulted for digestive intolerance and weight loss of 10 kilos is presented. Studies were carried out that confirmed a tumor in the head of the pancreas that compressed the second portion of the duodenum. It was decided to perform cephalic pancreaticoduodenectomy with the discovery and confirmation by pathological anatomy of a primary squamous cell carcinoma of the pancreas. This particularly atypical case is important when considering other histological variants in a pathology with increasing incidence such as pancreatic cancer, with the aim of being able to investigate and develop other therapies.

**Key words:** pancreatic cancer, squamous cell carcinoma, neoplasm

Las células escamosas no están presentes en la histología normal del páncreas. Por lo tanto, el cáncer de células escamosas primario del páncreas (CCEP) es una condición extremadamente rara, dando cuenta de menos del 1% de los tumores pancreáticos<sup>1</sup>.

La metaplasia escamosa de las células columnares ductales puede observarse durante períodos de inflamación. De allí surgen teorías de su posible origen<sup>2</sup>.

De los tumores no endocrinos, el carcinoma ductal es el más común y los carcinomas ductales se pueden subdividir en adenocarcinomas y carcinomas de células escamosas. Los adeno-

carcinomas constituyen la mayoría de las neoplasias malignas pancreáticas no endocrinas y las opciones de tratamiento para éstos están relativamente bien establecidas<sup>3</sup>.

### Caso clínico

Mujer de 45 años, con antecedentes médicos de hipertensión arterial y quirúrgicos de colecistectomía videolaparoscópica hace 6 años. Ingresó a nuestro servicio por un cuadro de tres meses de evolución caracterizado por intolerancia digestiva asociada a pérdida de peso de 10 kg. El laboratorio presentó leucocitosis (GB: 25170/uL) como único dato relevante. Se realizó dosaje de marcadores tumorales (CEA y CA19-9), los cuales fueron normales.

Se realizó tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso, donde se observó como dato relevante, a nivel gastrointestinal, distensión gástrica con engrosamiento de la mucosa de aspecto obstructivo a nivel de la región pilórica. Se completó con videoendoscopia digestiva alta, que detectó en el duodeno, en la primera rodilla duodenal, una lesión mucosa sobreelevada, totalmente estenosante, friable, indurada, de la cual se tomaron múltiples biopsias. El resultado de la anatomía patológica informó mucosa duodenal infiltrada por carcinoma con diferenciación escamosa. Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica (IHQ), las cuales interpretaron el diagnóstico como carcinoma pavimentoso poco diferenciado, no siendo posible definir sitio primario de origen ya que todos los carcinomas pavimentosos presentan similar inmunofenotipo independientemente de su lugar anatómico de origen.

Como método complementario se solicitó tomografía por emisión de positrones (PET-TC) (Fig. 1A), la cual informó una lesión sólida hipermetabólica en topografía de la segunda porción del duodeno, en íntima relación, sin plano de clivaje, con la cabeza del páncreas, de 31 x 32 mm de diámetro y presentó un SUVmax de 17.7. La lesión provocaba dilatación supra estenótica del tubo digestivo.

La paciente fue valorada por especialistas de ginecología, cirugía de cabeza y cuello y de tórax, buscando, en primer término, que dicha tumoración pancreática no fuese una metástasis de otro origen.

En base a los hallazgos se definió una conducta quirúrgica y se realizó una duodenopancreatectomía cefálica (Fig. 1B). La anatomía patológica informó carcinoma pobremente diferenciado, infiltrante, de origen pancreático que comprometía el duodeno, con un tamaño tumoral de 4 cm de diámetro máximo. A la microscopía se observó proliferación neoplásica con áreas disqueratóticas y ne-

crosis central en la estroma pancreática, datos compatibles con células neoplásicas escamosas.

Para confirmar la estirpe celular, se solicitó IHQ de la pieza quirúrgica, la cual informó la presencia AE1/AE3, citoqueratina 5 y P 63 positivos, compatibles con un carcinoma escamoso primario pancreático (Fig. 2A y 2B).

La paciente evolucionó sin complicaciones de su cirugía. Fue presentada en un comité oncológico interdisciplinario, donde se definió realización de adyuvancia con CAPOX (capecitabine y oxaliplatino). Actualmente, a 24 meses del postoperatorio, se encuentra libre de enfermedad con controles periódicos.

La paciente firmó el consentimiento informado correspondiente y se informó al comité de ética para la publicación del caso.

### Discusión

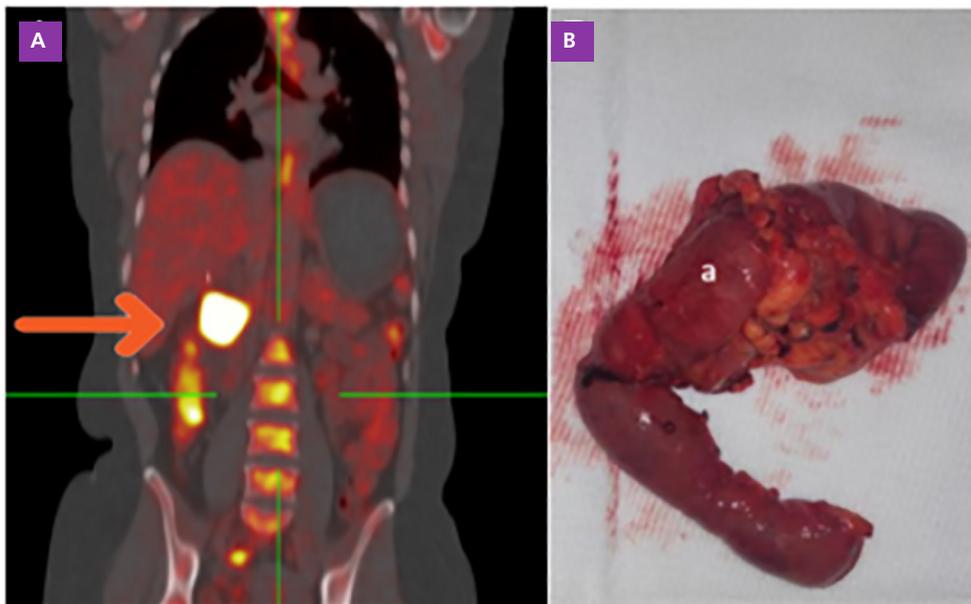
El CCEP ha sido descrito en forma excepcional desde 1940. Su etiología ha generado gran controversia debido a la inexistencia de células escamosas en la histología normal del páncreas, siendo considerado una variante inusual del cáncer ductal pancreático<sup>1</sup>.

Se propusieron cuatro hipótesis para explicar su desarrollo en el páncreas: la primera hace referencia a la metaplasia escamosa del epitelio ductal pancreático, el cual posteriormente se maligniza. Otras hipótesis hablan del origen de células primordiales, las cuales son capaces de diferenciarse en carcinoma escamoso o glandular o de células escamosas aberrantes en el páncreas, las cuales se malignizan. Por último, la menos aceptada, un adenocarcinoma pancreático pre-existente, el cual se transforma en escamoso<sup>1</sup>.

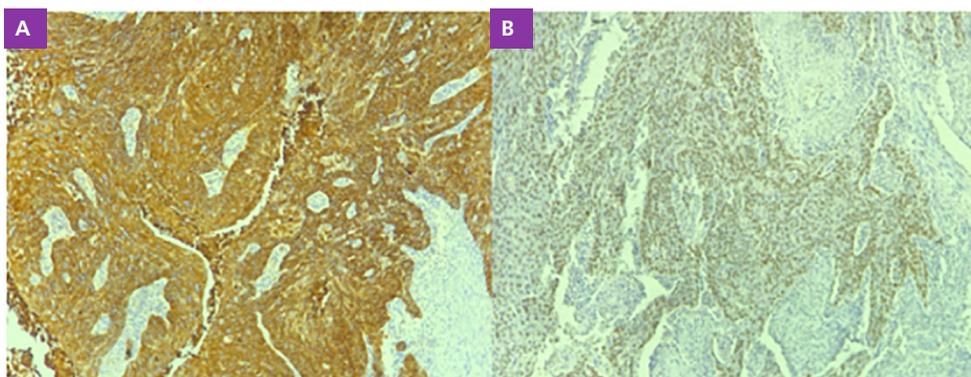
La metaplasia escamosa es la teoría más aceptada en la actualidad. De hecho, la metaplasia del conducto pancreático ha sido descrita en 9 al 64% de las autopsias realizadas en forma rutinaria. No existen factores de riesgo específicos conocidos para el desarrollo de carcinoma primario de células escamosas de páncreas, aparte de los factores de riesgo clásicos asociados con el adenocarcinoma ductal más común. En una de las teorías mencionadas anteriormente, se ha postulado que el carcinoma de células escamosas surge de conductillos que han sufrido metaplasia escamosa secundaria a inflamación crónica<sup>1,3</sup>.

La revisión de registros de necropsias de cánceres de páncreas exocrinos arroja una in-

**Figura 1** | A: PET-TC: Lesión hipermetabólica a nivel de la segunda porción de duodeno y cabeza pancreática. B: Pieza quirúrgica de duodenopancreatectomía cefálica (vista anterior), se observa tumoración pancreática infiltrante (a)



**Figura 2** | Inmunotipificación de carcinoma de células escamosas infiltrando tejido pancreático. A: Tinción de membrana completa intensa, citoqueratina 5. B: Tinción moderada intensa, p63



cidencia de cánceres escamosos y adenoescamosos del 0.005 y el 0.01%, respectivamente. Otros autores citan una incidencia mayor en torno al 0.5%, pero en su mayoría se trata de tumores adenoescamosos (un tipo de tumor inusual caracterizado por presentar la mezcla de 2 componentes tumorales: epidermoide y adenocarcinoma). Los casos de carcinoma epidermoide puro son extraordinariamente raros<sup>2</sup>.

La cabeza, la cola y el cuerpo anatómicos del páncreas parecen verse afectados por igual por el carcinoma de células escamosas. En un infor-

me, el tumor se localizó en la cabeza en el 73% de los casos, el cuerpo en el 45% y la cola en el 23% (existe cierta superposición porque el tumor puede abarcar más de una porción del órgano)<sup>5</sup>. En nuestro caso se localizó en la parte más frecuente según la literatura.

Con respecto a la histología e inmunofenotipo, la mayoría de los tumores demuestran una doble diferenciación hacia adenocarcinoma y hacia carcinoma de células escamosas. Todos son AE1/AE3 (+), siendo la expresión de otras queratinas variable: CQ 5/6 (+) 88% y CQ 7 (+) 68%. A menudo, el componente escamoso expresa pro-

teínas P63 y P40. Los marcadores CA19-9 y CEA son positivos en el 84% y 74% respectivamente<sup>4</sup>. La presencia de la mayoría de los marcadores inmunohistoquímicos en la pieza de nuestro caso, en concordancia con la bibliografía, confirman el diagnóstico inusual.

La presentación clínica del CCEP es similar al adenocarcinoma. Habitualmente se manifiesta por dolor abdominal y dorsal, anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos e ictericia obstructiva en caso de tumores de la cabeza pancreática. La hemorragia digestiva alta también ha sido descrita dentro de las manifestaciones clínicas<sup>7</sup>. Nuestra paciente tuvo la misma presentación, a excepción de la ictericia.

Debido a que los CCEP son extremadamente raros y que las metástasis al páncreas son más frecuentes que éstos, es necesario realizar todos los estudios posibles con el fin de excluir un tumor primario que origine metástasis. Cubilla y col., realizaron un estudio en autopsias, observando que 261 de 411 neoplasias pancreáticas fueron metástasis de otros órganos. Los tumores primarios más frecuentes fueron pulmón, cuello y esófago<sup>1,6</sup>. En concordancia con la literatura, se realizó el estudio completo de neoplasias en otros órganos para descartar que el tumor pancreático de nuestro caso no fuera metástasis.

---

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

1. Gabrielli M. N., Achurra P. T., León F. et al.: Carcinoma de células escamosas primario del páncreas. *Rev Chil Cir* 2014; 66: 577-82.
2. Soto Iglesias S, Baltar Arias R, Vázquez Rodríguez S et al. Virchow's node as the form of onset of squamous cell carcinoma of the pancreas. *Gastroenterol Hepatol* 2009; 32: 693-6.
3. Al-Shehri A, Silverman S, King KM. Squamous cell carcinoma of the pancreas. *Curr Oncol* 2008; 15: 293-7.
4. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology* 2020; 76: 182-8.
5. Beyer KL, Marshall JB, Metzler MH, Poulter JS, Seger RM, Díaz-Arias AA. Squamous cell carcinoma of the pancreas. Report of an unusual case and review of the literature. *Dig Dis Sci* 1992; 37: 312-8.
6. Cubilla A, Fitzgerald PJ Tumors of the exocrine pancreas. In: atlas of tumor pathology, second series fascicle 19 Washington, DC. Armed forces institute of pathology 1984:11040.
7. Minami T, Fukui K, Morita Y, et al. A case of squamous cell carcinoma of the pancreas with an initial symptom of tarry stool. *J Gastroenterol Hepathol* 2001; 16: 1077-9.