

# Presentación Atípica de Adenocarcinoma Avanzado de la Cola del Páncreas – Absceso Esplénico que Simula un Pseudoquiste: Informe de Caso

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5609ES>

*Apresentação Atípica de Adenocarcinoma Avançado de Cauda de Pâncreas – Abscesso Esplênico Mimetizando Pseudocisto: Relato de Caso*

*Atypical Presentation of Advanced Tail Pancreatic Adenocarcinoma – Splenic Abscess Mimicking a Pseudocyst: Case Report*

Beatriz Dypeu Barboza Rodrigues da Rosa<sup>1</sup>; Camilla Cunha Correa<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de páncreas presenta alta letalidad y se observa con frecuencia similar en hombres y mujeres, con un leve predominio en los varones. En el Brasil, representa una pequeña fracción de los diagnósticos de cáncer, pero contribuye en una proporción mayor al total de muertes por neoplasias. Su diagnóstico complejo y, en la mayoría de los casos, tardío, limita de manera importante las opciones terapéuticas disponibles. **Informe del caso:** Paciente femenina con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, colecistectomía previa y consumo de tabaco acudió al servicio de emergencia por dolor abdominal en el flanco izquierdo acompañado de signos de irritación peritoneal. La tomografía computarizada de abdomen con contraste evidenció un absceso esplénico asociado a necrosis de la cola pancreática, con características radiológicas compatibles con un pseudoquiste pancreático. El examen histopatológico posterior confirmó un adenocarcinoma pancreático poco diferenciado. En este informe de caso se describe una presentación inusual de adenocarcinoma de cola pancreática, manifestado con necrosis tisular y absceso esplénico. **Conclusión:** La coexistencia de necrosis pancreática y absceso esplénico secundario a una neoplasia sugiere enfermedad localmente avanzada o metastásica, y se asocia a un pronóstico desfavorable, con reducción de la supervivencia global. Este caso subraya la relevancia de considerar la diversidad de diagnósticos diferenciales y presentaciones clínicas atípicas. Las lesiones quísticas complicadas por absceso pueden mimetizar pseudoquistes y, en realidad, corresponder a tumores con presentación atípica.

**Palabras clave:** Neoplasias Pancreáticas/diagnóstico por imagen; Carcinoma Ductal Pancreático/diagnóstico; Factores de Riesgo; Informes de Casos.

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de pâncreas apresenta alta letalidade e ocorre com frequência semelhante entre homens e mulheres, com leve predominância no sexo masculino. No Brasil, representa uma pequena fração dos diagnósticos de câncer, mas responde por uma proporção significativamente maior das mortes por neoplasia. Por seu diagnóstico complexo e majoritariamente tardio, as condutas terapêuticas tornam-se escassas. **Relato do caso:** Paciente feminina, histórico de hipertensão arterial sistêmica, colecistectomia prévia e tabagismo, procura a emergência por dor abdominal em flanco esquerdo e sinais de irritação peritoneal. Na tomografia de abdome com contraste, é descrito abscesso esplênico associado à necrose de cauda de pâncreas, com comportamento radiológico de pseudocisto pancreático, cujo laudo histopatológico confirmou diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado de pâncreas. Nesse relato de caso, será descrita a apresentação atípica de um adenocarcinoma de cauda de pâncreas com necrose tecidual e abscesso esplênico. **Conclusão:** A associação entre necrose pancreática e abscesso esplênico secundário à neoplasia indica doença localmente avançada ou metastática e está associada a pior prognóstico, com redução da sobrevida global. Este caso reforça a importância de considerar a diversidade de diagnósticos diferenciais e apresentações clínicas atípicas. Lesões císticas complicadas por abscesso podem mimetizar pseudocistos e, na realidade, corresponder a tumores com apresentação atípica.

**Palavras-chave:** Neoplasias Pancreáticas/diagnóstico por imagem; Carcinoma Ductal Pancreático/diagnóstico; Fatores de Risco; Relatos de Casos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pancreatic cancer is highly lethal and occurs at similar rates in men and women, with a slight predominance in males. In Brazil, it accounts for a small fraction of cancer diagnoses but represents a disproportionately high share of cancer-related deaths. Due to its complex and predominantly late diagnosis, therapeutic options are often limited. **Case report:** A 64-year-old female patient with a history of systemic arterial hypertension, prior cholecystectomy, and tobacco use presented to the emergency department with left flank abdominal pain and signs of peritoneal irritation. Contrast-enhanced abdominal computed tomography revealed a splenic abscess associated with pancreatic tail necrosis, with imaging features suggestive of a pancreatic pseudocyst, whose histopathological analysis confirmed a diagnosis of poorly differentiated pancreatic adenocarcinoma. This report describes an atypical presentation of pancreatic tail adenocarcinoma with extensive tissue necrosis and splenic abscess formation. **Conclusion:** The association between pancreatic necrosis and splenic abscess secondary to neoplasia indicates locally advanced or metastatic disease and is associated with a poorer prognosis, including reduced disease-free survival and overall survival. This case highlights the importance of considering differential diagnoses and atypical clinical presentations. Cystic lesions complicated by abscess formation may mimic pseudocysts but may in fact represent tumors with atypical presentation.

**Key words:** Pancreatic Neoplasms/diagnostic imaging; Carcinoma, Pancreatic Ductal/diagnosis; Risk Factors; Case Reports.

<sup>1,2</sup>Hospital de Força Aérea do Galeão. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>1</sup>E-mail: beatrizdypeu@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0008-6401-3747>

<sup>2</sup>E-mail: camillacorrea@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-1574-9914>

**Dirección para correspondencia:** Beatriz Dypeu Barboza Rodrigues da Rosa. Rua Professor Taciell Cylleno, 398 – Recreio dos Bandeirantes. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 22790-010. E-mail: beatrizdypeu@gmail.com



## INTRODUCCIÓN

El cáncer de páncreas se clasifica en el mundo como la duodécima causa de cáncer masculino y undécima en el sexo femenino, con una pequeña propensión por el sexo masculino<sup>1</sup>. En el Brasil, de acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), este tipo de cáncer representa cerca del 1% de todos los diagnosticados y un 5% del total de muertes por cáncer. Sin considerar los tumores de piel no melanoma, la neoplasia de páncreas está en la decimocuarta posición entre los tipos de cáncer más frecuentes<sup>2</sup>. Tiene como síntomas el dolor abdominal, pérdida ponderal e ictericia<sup>1</sup>. Debido a su diagnóstico complejo y muchas veces tardío, las acciones terapéuticas son escasas. De esta manera, la presentación de lesión necrótica de páncreas en los exámenes de imagen está relacionada con un estadio avanzado, linfadenopatía y enfermedad metastásica<sup>3</sup>. Por otro lado, el absceso esplénico puede tener relación con la obstrucción ductal por tejido neoplásico que contribuye con la fuga/fistulización de líquido pancreático hacia la cavidad abdominal, además de la cercanía anatómica de los sitios en cuestión, lo que posibilita la ocurrencia de infección por contigüidad<sup>4</sup>. Actualmente, la única posibilidad de cura es la cirugía seguida por quimioterapia adyuvante, que es viable para una parte restringida de la población debido al diagnóstico tardío<sup>3-5</sup>.

El Comité de Ética en Pesquisa de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ) aprobó este estudio bajo el número de parecer 7.693.594 (CAAE: 87693125.9.0000.0268), según determina la Resolución n.º 466/2012<sup>6</sup> del Consejo Nacional de Salud.

## INFORME DEL CASO

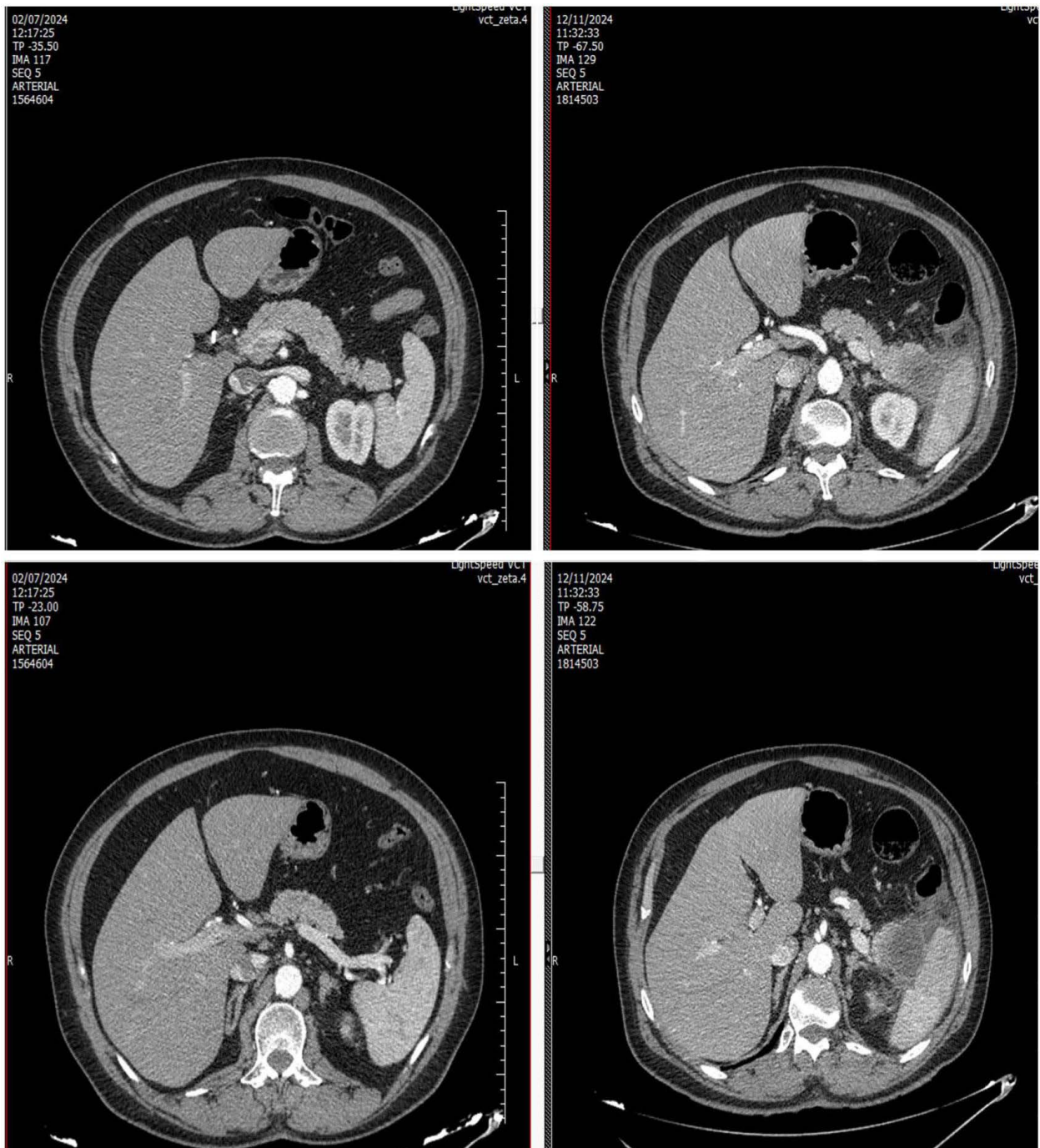
Paciente femenina con 64 años, diagnóstico anterior de hipertensión arterial sistémica, colecistectomía previa, consumidora de 50 paquetes anuales de cigarrillos, IMC 30 kg/m<sup>2</sup> y tratamiento reciente para herpes zóster, ingresó en la emergencia del “Hospital de la Fuerza Aérea de Galeão” con dolor abdominal en flanco izquierdo y señales de irritación peritoneal asociados a cuadro de tos, síntomas gripales y fiebre. El inicio de los síntomas fue en noviembre de 2024. En el momento del ingreso al hospital, la paciente estaba en tratamiento para infección respiratoria, en uso de amoxicilina con clavulanato y azitromicina, estando en el cuarto día de antibioticoterapia. El cuadro clínico actual se mostró compatible con episodio previo de dolor abdominal ocurrido cuatro meses antes de la hospitalización. En aquella ocasión, la paciente se sometió a tomografía computarizada de abdomen con contraste, cuyo informe verbal no evidenció cambios significativos y, como acción, se prescribió sintomáticos y se derivó la paciente hacia el servicio ambulatorio de gastroenterología.

En el momento del ingreso hospitalario, la paciente estaba lúcida, orientada, hemodinámicamente estable y eupneica en aire ambiente, se realizaron exámenes laboratoriales y de imagen. Una nueva tomografía de tórax y abdomen con contraste evidenció un pequeño derrame pleural a la izquierda, opacidades en banda y estrías densas atelectásicas en los lóbulos inferiores, lesión necrótica de la cola del páncreas, bazo con aspecto heterogéneo, rodeado por líquido y densificación de grasas adyacentes, e imagen nodular hipodensa en el hígado (Figura 1A).

Se recolectó muestras para cultivos, se inició antibioticoterapia venosa, analgesia optimizada con opioides y se suspendió la dieta oral debido a la sospecha y características de pseudoquiste en la imagen. Se reintrodujo la sonda nasointestinal pospilórica bajo endoscopia digestiva alta en la paciente, que evidenció gastritis enantematosa leve, y, posteriormente, en la biopsia, se encontró evidencia de *Helicobacter pylori*.

Después de una semana de hospitalización, la paciente realizó una resonancia magnética de abdomen superior, que evidenció una lesión expansiva de límites mal definidos y aspecto infiltrativo procedente de la cola del páncreas, extendiéndose posterolateralmente por el parénquima esplénico en su porción anteroinferior, infiltrándolo, asociada al absceso líquido heterogéneo, de paredes espesadas, septado y con contenido de señal hemática en el espacio subfrénico izquierdo; asimismo, se detectó un pequeño derrame pleural adyacente y se determinó la heterogeneidad de señal de la grasa retroperitoneal adyacente, posiblemente por infiltración. Se observaba además un nódulo hepático de márgenes regulares, hipointenso en T1 e hiperintenso en T2, con foco central y con señal compatible con degeneración cística/necrótica, con intensa restricción a la difusión, hipovascular, ubicada en el segmento VII, midiendo cerca de 3,6 cm, sugerente de implante secundario.

También había otros nódulos menores con intensa restricción a la difusión, estando uno en el segmento IVa, midiendo 1,1 cm, otro en el segmento VIII, midiendo 0,7 cm, otro en el segmento IVa/II, midiendo 1,0 cm, otro en el segmento VII/VIII, midiendo 0,8 cm, y otro subcapsular en el segmento VI, midiendo 1,2 cm, de aspecto indeterminado debido a las reducidas dimensiones y a los artefactos de movimiento de las imágenes con contraste, posiblemente sospechosos. Con persistencia de parámetros infecciosos aumentados (leucocitosis 11 500, hemoglobina 9,8 y proteína C reactiva 18,3) y nueva imagen radiológica, junto a la infectología, hubo escalonamiento de la antibioticoterapia para piperacilina/tazobactam, a pesar de la ausencia de crecimiento bacteriano en hemocultivos periféricos.



**Figura 1A.** Imágenes de la tomografía computarizada de alta resolución realizada durante la hospitalización. A la izquierda, la imagen realizada en julio/24 y, a la derecha, la imagen realizada en noviembre/24. Imágenes obtenidas en la fase arterial. Se observan, en noviembre/24, lesión necrótica de la cola del páncreas, bazo de aspecto heterogéneo rodeado por líquido y densificación de grasas adyacentes no antes observadas en el examen de imagen realizado en el mes de julio

A pesar de la sospecha inicial de pseudoquistes pancreáticos, la paciente presentó deterioro clínico, con caída de saturación de oxígeno y dolor abdominal acentuado. Se solicitaron nuevos exámenes de imagen y laboratoriales (Tabla 1). En nueva tomografía computarizada (Figura 1B), hubo expansión del absceso subfrénico y del derrame pleural izquierdo, indicando necesidad de drenaje percutáneo y toracocentesis de alivio.

El resultado microbiológico de absceso esplénico drenado se presentó negativo para crecimiento de bacterias en medio de cultivo. Con todo, las cantidades de amilasa y lipasa en el líquido mostraron valores elevados, respectivamente, de 950 U/L y 20 500 U/L. Después de la intervención quirúrgica, evolucionó sin necesidad de analgesia regular. Sin embargo, una reacción urticariforme atribuida a la piperacilina-tazobactam, motivó el cambio del antibiótico a cefepime.

Tabla 1. Fechas de la evolución laboratorial (de izquierda a derecha, en orden creciente) desde el inicio de los síntomas hasta el drenaje

Parámetros	12/11/2024	19/11/2024	22/11/2024	30/11/2024
Leucocitos	13 000	11 900	11 500	9200
Hemoglobina	13,5	10,3	10,3	8,8
Hematocrito	40,4	31,5	31,5	26,6
Plaquetas	303 000	353 000	356 000	461 000
Proteína C reactiva	14,5	18,3	18,5	17,9
Creatinina	0,5	0,6	0,7	0,5
Urea	24	17	19	29
AST	13	25	18	21
ALT	15	36	25	35
Albúmina	4,2	3,6	3,1	2,9
Bilirrubina directa	0,1	0,2	0,3	0,2
Bilirrubina indirecta	0,4	0,4	0,3	0,4
Fosfatasa alcalina	46	59	54	70
Gama GT	33	98	109	184
Amilasa	30		22	20
Lipasa	78		94	83
INR	1,1	1,1	1,1	1,1

**Leyenda:** AST = aspartato aminotransferasa; ALT = alanina aminotransferasa; Gama GT = glutamil transferasa; INR = *international normalized ratio*.

De este modo, se realizó una biopsia de lesión hepática el día 10 de diciembre de 2024. La paciente permaneció en antibioticoterapia hasta el día 20 de diciembre de 2024, con parámetros infecciosos en curva de mejora. El análisis histopatológico en esta fecha evidenció neoplasia poco diferenciada, siendo solicitada inmunohistoquímica para aclarar la histogénesis.

El resultado de la inmunohistoquímica, de enero de 2025, confirmó el adenocarcinoma de probable sitio primario en sistema biliar o tracto gastrointestinal, particularmente en el estómago, por evidencia de células neoplásicas con inmunopositividad con los anticuerpos anti-citoqueratina 19 (difuso) y antígeno CA19.9 (raras células). El anticuerpo antígeno Ki-67 evidencia alto índice de proliferación celular (mayor que 75%) (Figura 2).

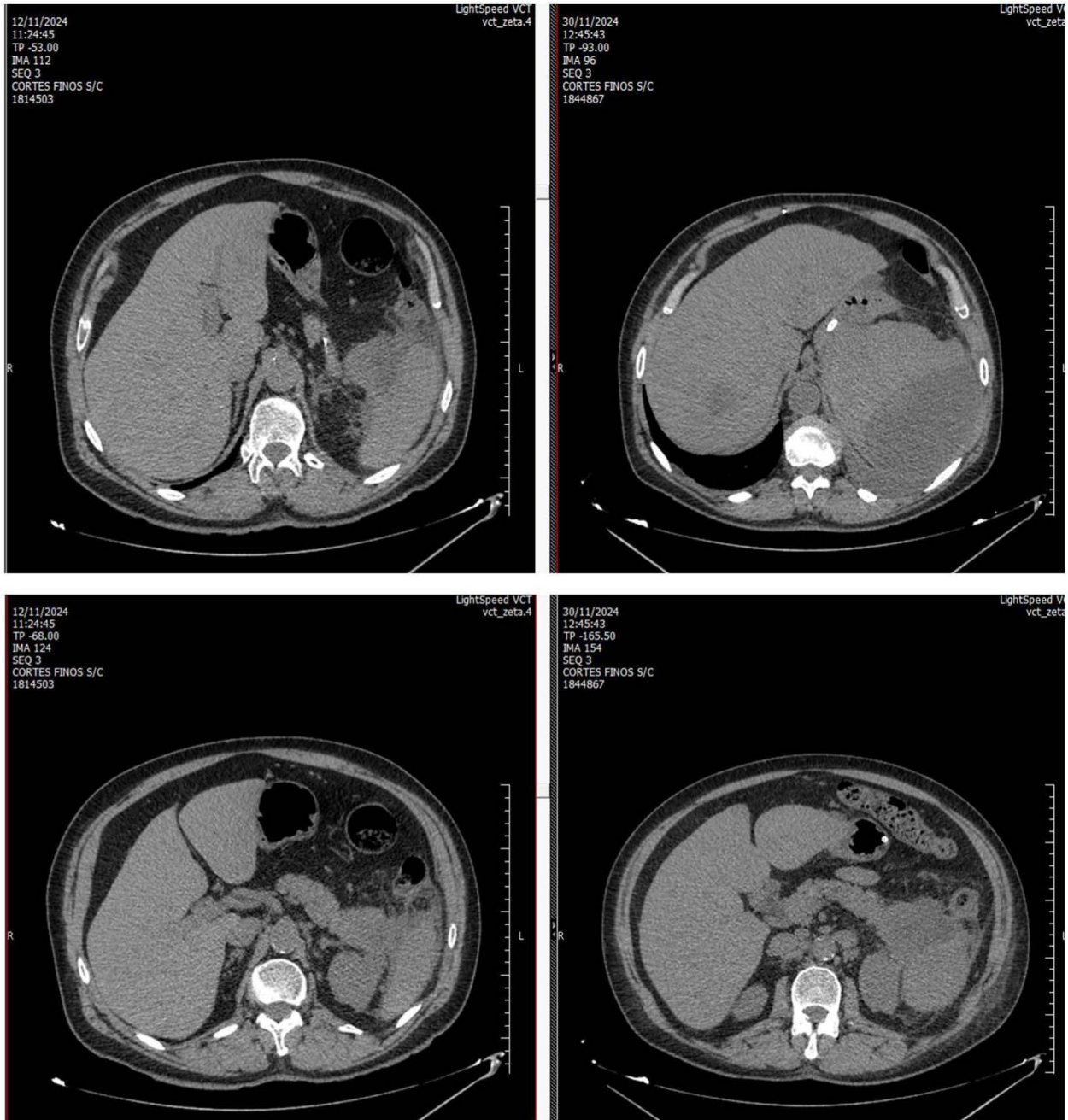
## DISCUSIÓN

La paciente en cuestión ya presentaba potenciales factores de riesgo para la neoplasia de páncreas, como la obesidad y el tabaquismo. A pesar de que el examen de imagen anterior a la internación no evidenció enfermedad neoplásica, la paciente evolucionó con herpes-zóster

en este intervalo, lo que ya podría sugerir señales de inmunosupresión, dado que es dos veces más común en esta población<sup>7</sup>.

El absceso esplénico, en general, es resultado de neoplasias, procesos infecciosos contiguos o metastásicos, trauma, infarto esplénico o inmunosupresión. En este caso, la presencia de amilasa y lipasa elevadas en el absceso esplénico drenado sugiere origen pancreático, posiblemente por la ruptura ductal inducida por necrosis tumoral avanzada, semejante al comportamiento de un pseudoquistes pancreático. La lesión quística precursora involucrada, a pesar de no ser la cola del páncreas la ubicación más común de acometimiento, sería potencialmente una neoplasia mucinosa papilar intraductal. Su manifestación inicial es variable, desde asintomática hasta pudiendo incluso causar pancreatitis debido a la comunicación con el ducto pancreático principal<sup>8</sup>.

Hay una descripción de un caso semejante, en 2013, en la ciudad de Beijing, China, con absceso secundario a la infección por *Streptococcus gallolyticus pasterianus* como la presentación primaria de cáncer pancreático<sup>9</sup>. No obstante, en el escenario actual, la antibioticoterapia prolongada, usada anteriormente por la paciente,



**Figura 1B.** Imágenes de la tomografía computarizada de alta resolución realizada durante la hospitalización: ambas son imágenes de la fase arterial en noviembre/2024. Hay evidencia de crecimiento evolutivo de absceso subfrénico en topografía de bazo y moderado derrame pleural a la izquierda, lo que motivó drenaje de absceso esplénico y toracocentesis

puede haber reducido la sensibilidad de los métodos microbiológicos, justificando la ausencia de crecimiento tanto en los hemocultivos como en el cultivo del absceso.

A pesar de ser la fiebre el síntoma más frecuente, la tríada clásica de fiebre, dolor abdominal y esplenomegalia ocurre en pocos casos<sup>4-5</sup>. En esta situación, se observó la presencia de fiebre asociada a dolor abdominal intenso, acompañada de señales de irritación peritoneal.

En la literatura, se espera que el tratamiento sea realizado con drenaje percutáneo o esplenectomía, sin diferencia estadística entre las modalidades, puesto que

la antibioticoterapia aislada está asociada a una mayor mortalidad, en especial cuando falla el tratamiento clínico o hay múltiples abscesos<sup>4,9</sup>. Luego del drenaje del absceso, en este caso, la paciente evolucionó sin dolor.

Los agentes infecciosos más involucrados son aeróbicos, con especies de *Staphylococcus*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Salmonella* y *E. coli* siendo los más descritos en la literatura, con riesgo de infecciones oportunistas en inmunocomprometidos, de acuerdo con la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas<sup>10</sup>. La investigación microbiológica debe incluir aspirado

13/01/2025

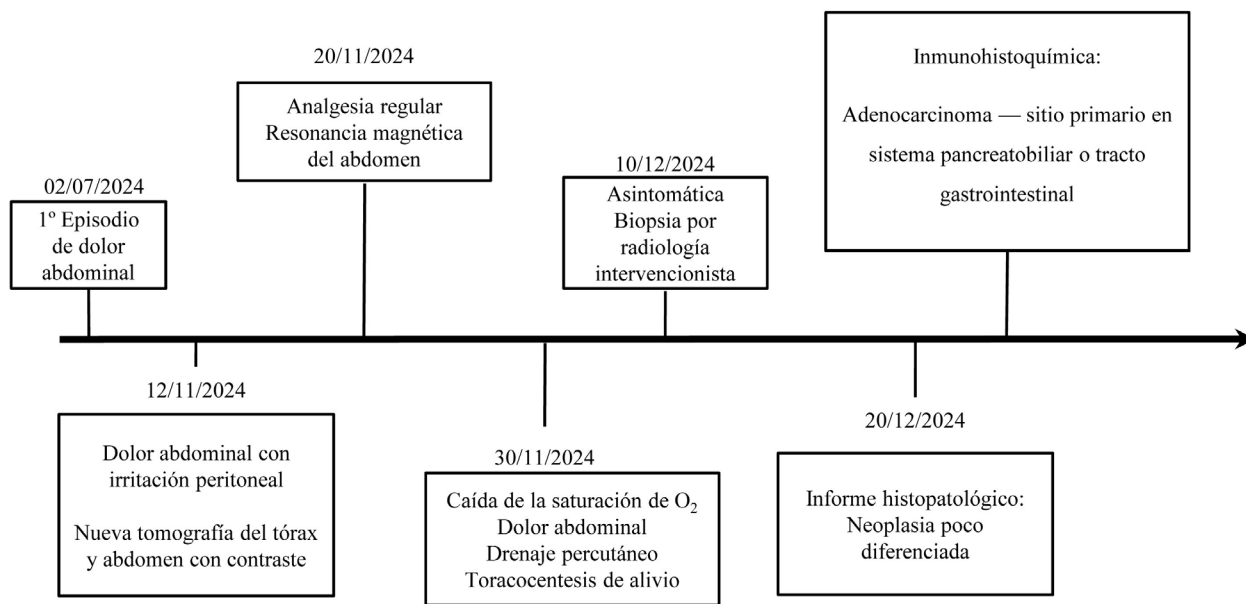


Figura 2. Línea de tiempo diagnóstica (de izquierda a derecha están los eventos en orden del más antiguo al más reciente)

esplénico, con cultivos para aeróbicos y anaeróbicos, a la par de hemocultivos periféricos.

El cáncer de páncreas no tiene medidas de detección poblacional temprana. De este modo, cuando la enfermedad es clínicamente diagnosticada, cerca de un 50% de los pacientes ya presenta metástasis, aproximadamente un 30% tiene la enfermedad localmente avanzada y menos de un 15% es candidato a la resección quirúrgica<sup>11</sup>.

Los síntomas iniciales son no específicos, como inapetencia, náuseas, pérdida ponderal y fatiga. El dolor abdominal, en los casos de cáncer ubicados en el cuerpo y cola, puede ser secundario a la invasión o compresión de estructuras cercanas, como el nervio vago y el plexo celíaco.

La necrosis tumoral es un marcador independiente de agresividad locoregional, porque refleja la destrucción del parénquima acinar y comportamiento histológico más agresivo, correlacionándose consecuentemente con enfermedad avanzada y peor sobrevida global<sup>3</sup>.

## CONCLUSIÓN

La asociación entre necrosis pancreática y absceso esplénico secundario a la neoplasia indica enfermedad localmente avanzada o metastásica y está asociada a un peor pronóstico, con reducción de la sobrevida libre de enfermedad y de la sobrevida global.

Este caso refuerza la importancia de considerar la diversidad de diagnósticos diferenciales y presentaciones clínicas atípicas. Lesiones quísticas complicadas por

absceso pueden mimetizar pseudoquistes y, en realidad, corresponder a tumores con presentación atípica.

Así, un enfoque diagnóstico amplio contribuye para un cuidado más adecuado y eficaz de los pacientes.

## APORTES

Todos los autores contribuyeron sustancialmente en la concepción y en la planificación del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a ser publicada.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

## DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están en el manuscrito.

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

## REFERENCIAS

1. Khalaf N, El-Serag HB, Abrams HR, et al. Burden of pancreatic cancer: from epidemiology to practice. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021;19(5):876-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.02.054>

2. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida]. Câncer de pâncreas; 2022 jun 4 [atualizado 2026 mar 4; acesso 2026 jan 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pancreas>
3. Anderson MA, Knipp DE, Noda Y, et al. MRI-based tumor necrosis depiction in pancreatic ductal adenocarcinoma: can it predict tumor aggressiveness? *Cancers*. 2023;15(8):2313. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers15082313>
4. Cipe G, Genç V, Cakmak A, et al. Pancreatic cancer complicated by splenic infarction and abscess. *Chirurgia*. 2011;106(4):523-25.
5. Singh AK, Karmani S, Samanta J, et al. Splenic abscess in a tertiary care centre in India: clinical characteristics and prognostic factors. *ANZ J Surg*. 2021;91(9):1819-25. doi: <https://doi.org/10.1111/ans.16517>
6. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2013 jun 13 [acesso 2025 dez 2]; Seção I:59. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
7. Schröder C, Enders D, Schink T, et al. Incidence of herpes zoster amongst adults varies by severity of immunosuppression. *J Infect*. 2017;75(3):207-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2017.06.010>
8. Gonda TA, Cahen DL, Farrell JJ. Pancreatic cysts. *N Engl J Med*. 2024;391(9):832-43. doi: <https://doi.org/10.1056/nejmra2309041>
9. Su Y, Miao B, Wang H, et al. Splenic abscess caused by *Streptococcus gallolyticus* subsp. *pasteurianus* as presentation of a pancreatic cancer. *J Clin Microbiol*. 2013;51(12):4249-51. doi: <https://doi.org/10.1128/jcm.01709-13>
10. Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, et al. Guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2024 update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM). *Clin Infect Dis*. 2024;ciae104. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciae104>
11. Park W, Chawla A, O'Reilly EM. Pancreatic cancer: a review. *JAMA*. 2021;326(9):851-62. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.13027>

Recebido em 9/12/2025  
Aprovado em 10/3/2026

