https://doi.org/10.22516/25007440.1481

Reporte de caso

Más allá del adenocarcinoma: carcinoma adenoescamoso pancreático, reporte de un caso poco frecuente

Beyond adenocarcinoma: Pancreatic adenosquamous carcinoma, report of a rare case

Giomara Ojeda-Peláez,[1*] Zelma Paz-Cañadas,[2] Lisbeth Gando-Ruiz.[3]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Ojeda-Peláez G, Paz-Cañadas Z, Gando-Ruiz L. Más allá del adenocarcinoma: carcinoma adenoescamoso pancreático, reporte de un caso poco frecuente. Revista. colomb. Gastroenterol. 2026;41(3):356-362. https://doi.org/10.22516/25007440.1481

[1] Gastroenteróloga Endoscopista, Servicio de Gastroenterología, Hospital Vozandes de Quito, Hospital Metropolitano de Quito. Exmédico tratante, Hospital Solca, Núcleo de Quito. Quito, Ecuador.
[2] Especialista en Anatomía Patológica, Hospital Solca, Núcleo de Quito. Quito, Ecuador.
[3] Médico General, estudiante de posgrado en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador.

***Correspondencia:** Giomara Ojeda-Peláez.
giomyojeda7@hotmail.com

Fecha recibido: 11/11/2025
Fecha aceptado: 22/04/2026

Resumen

Introducción: el carcinoma adenoescamoso de páncreas es una neoplasia exocrina infrecuente, que representa entre el 1% y el 4% de los tumores pancreáticos, caracterizada por la presencia de componentes glandulares y escamosos, y asociada a un comportamiento altamente agresivo y mal pronóstico. Su diagnóstico suele realizarse en etapas avanzadas debido a la inespecificidad clínica y su rápida progresión. **Presentación del caso**: se presenta el caso de una paciente de 82 años con un cuadro de dolor abdominal, ictericia y síndrome constitucional. Los estudios de laboratorio evidenciaron colestasis, citólisis e hiperbilirrubinemia directa. La tomografía y la resonancia abdominal mostraron una lesión sólido-quística en la cola del páncreas con compromiso de estructuras adyacentes y múltiples lesiones hepáticas sugestivas de metástasis. La ecoendoscopia con biopsia confirmó el diagnóstico de carcinoma adenoescamoso mediante un estudio histopatológico e inmunohistoquímico (p63 positivo en componente escamoso y antígeno carcinoembrionario positivo en el componente glandular). La paciente presentó una evolución desfavorable y falleció dos meses después del diagnóstico. **Discusión**: este subtipo tumoral se asocia con una alta tasa de diseminación temprana, invasión linfovascular y perineural, lo que limita las opciones terapéuticas. Aunque la resección quirúrgica es el tratamiento de elección en estadios iniciales, la mayoría de los casos son irresecables al diagnóstico. No existe un esquema quimioterapéutico estandarizado, lo que refleja la escasa evidencia disponible. **Conclusión**: el carcinoma adenoescamoso de páncreas es una entidad rara y de mal pronóstico, cuyo reconocimiento oportuno y confirmación histológica son fundamentales. Se requieren estudios adicionales que permitan optimizar su abordaje diagnóstico y terapéutico, consulta e información al momento del manejo de esta patología, pues es rara y poco conocida.

Palabras clave

Neoplasias pancreáticas, ultrasonografía endoscópica, anciano, biopsia, informes de casos.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de páncreas es una de las principales causas de muerte por tumores malignos y el carcinoma adenoescamoso presenta un peor pronóstico en comparación con los adenocarcinomas ductales pancreáticos[(1)]. La mayoría son adenocarcinomas ductales pancreáticos y solo entre el 0,4% y el 4% son del subtipo adenoescamoso. La observación de la histología de células escamosas en el tejido pancreático planteó la cuestión de una enfermedad metastásica de una segunda lesión primaria; sin embargo, la ausencia de tumores escamosos primarios y la presencia de un componente glandular complicaron el cuadro. La historia de este cáncer no se conoce bien, pero se han propuesto muchas teorías para explicar la histopatogénesis del carcinoma adenoescamoso. Se sabe que el 50% de los casos de carcinoma adenoescamoso de páncreas corresponde a cambios de pancreatitis crónica subclínica sincrónica. Aunque su rareza

© 2026 Asociación Colombiana de Gastroenterología

Abstract

Introduction: Pancreatic adenosquamous carcinoma is an uncommon exocrine neoplasm that represents between 1% and 4% of pancreatic tumors. It is characterized by the presence of glandular and squamous components and is associated with highly aggressive behavior and poor prognosis. Diagnosis usually occurs at advanced stages because of its nonspecific clinical presentation and rapid progression. **Case presentation:** We present the case of an 82-year-old female patient with abdominal pain, jaundice, and constitutional syndrome. Laboratory studies showed cholestasis, cytolysis, and direct hyperbilirubinemia. Computed tomography and abdominal magnetic resonance imaging showed a solid-cystic lesion in the tail of the pancreas with involvement of adjacent structures and multiple liver lesions suggestive of metastases. Endoscopic ultrasound with biopsy confirmed the diagnosis of adenosquamous carcinoma through histopathological and immunohistochemical studies (p63 positive in the squamous component and carcinoembryonic antigen positive in the glandular component). The patient had an unfavorable clinical course and died two months after diagnosis. **Discussion:** This tumor subtype is associated with a high rate of early dissemination, lymphovascular invasion, and perineural invasion, which limits therapeutic options. Although surgical resection is the treatment of choice in early stages, most cases are unresectable at diagnosis. No standardized chemotherapy regimen exists, reflecting the limited available evidence. **Conclusion:** Pancreatic adenosquamous carcinoma is a rare entity with a poor prognosis, and its timely recognition and histological confirmation are essential. Additional studies are required to optimize its diagnostic and therapeutic approach, consultation, and information at the time of managing this pathology, as it is rare and poorly known.

Keywords

Pancreatic neoplasms, endoscopic ultrasonography, elderly, biopsy, case reports.

pone en duda la determinación de los factores pronósticos del carcinoma adenoescamoso en su conjunto, los pacientes tienen un peor pronóstico en comparación con los pacientes con adenocarcinoma ductal pancreático.

El paciente presentaba un cuadro clínico de ictericia obstructiva, pérdida de peso, náuseas y anorexia, según la ubicación. Los métodos de diagnóstico de elección son la tomografía computarizada y la resonancia magnética. El carcinoma adenoescamoso tiene el mismo estadio y resecabilidad, en comparación con el adenocarcinoma ductal pancreático. Se asocia con más metástasis en los ganglios linfáticos y una histopatología poco diferenciada en comparación con los adenocarcinomas ductales pancreáticos. La resección quirúrgica es la base del tratamiento del carcinoma adenoescamoso. La terapia adyuvante se está utilizando para mejorar aún más la resecabilidad y la supervivencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 82 años, con antecedentes clínicos de gastritis crónica y antecedentes quirúrgicos de colecistectomía por colelitiasis y dos cesáreas. Presentó clínica de dolor abdominal difuso tipo cólico y deposiciones líquidas de dos semanas de evolución, por lo que acudió a valoración, en la que se evidenció estabilidad hemodinámica y, en el examen físico se observó ictericia dermoescleral, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en el epigastrio e hipocondrio derecho, ruidos hidroaéreos presentes, sin signos de peritonismo.

En los exámenes de laboratorio se notó la presencia de leucocitosis, neutrofilia, anemia leve, aumento de enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa) mayor de tres veces el límite superior normal, citólisis, colestasis e hiperbilirrubinemia a expensas de la fracción directa, alteración de azoados e hiponatremia, por lo que se le realizó una ecografía de abdomen, con reporte de una lesión en el páncreas, y se solicitó una tomografía simple y contrastada de abdomen con presencia de un proceso ocupativo dependiente de la cola del páncreas de 3,9 x 3,6 x 3 cm predominantemente quística, multiseptada, de paredes irregulares, principalmente hacia su aspecto medial, que reforzó de manera heterogénea; hubo pérdida de clivaje con el borde anterior del bazo y con la glándula suprarrenal izquierda, que podría corresponder a neoplasia primaria, además de hígado con múltiples imágenes nodulares hipocaptantes en ambos lóbulos de 2,4 cm en segmento VI. Luego se solicitó una resonancia simple de abdomen con reporte de una lesión de aspecto neoplásico adyacente a la cola del páncreas de 4,1 x 3,1 x 3 cm, sin aparente plano de clivaje a la región esplénica y múltiples lesiones hepáticas nodulares en relación con un probable secundarismo (**Figura 1**).

Por tal motivo, la refirieron al Hospital Solca Núcleo de Quito para practicarle una ecoendoscopia biliopancreática más biopsia, con la que se evidenció una papila de aspecto

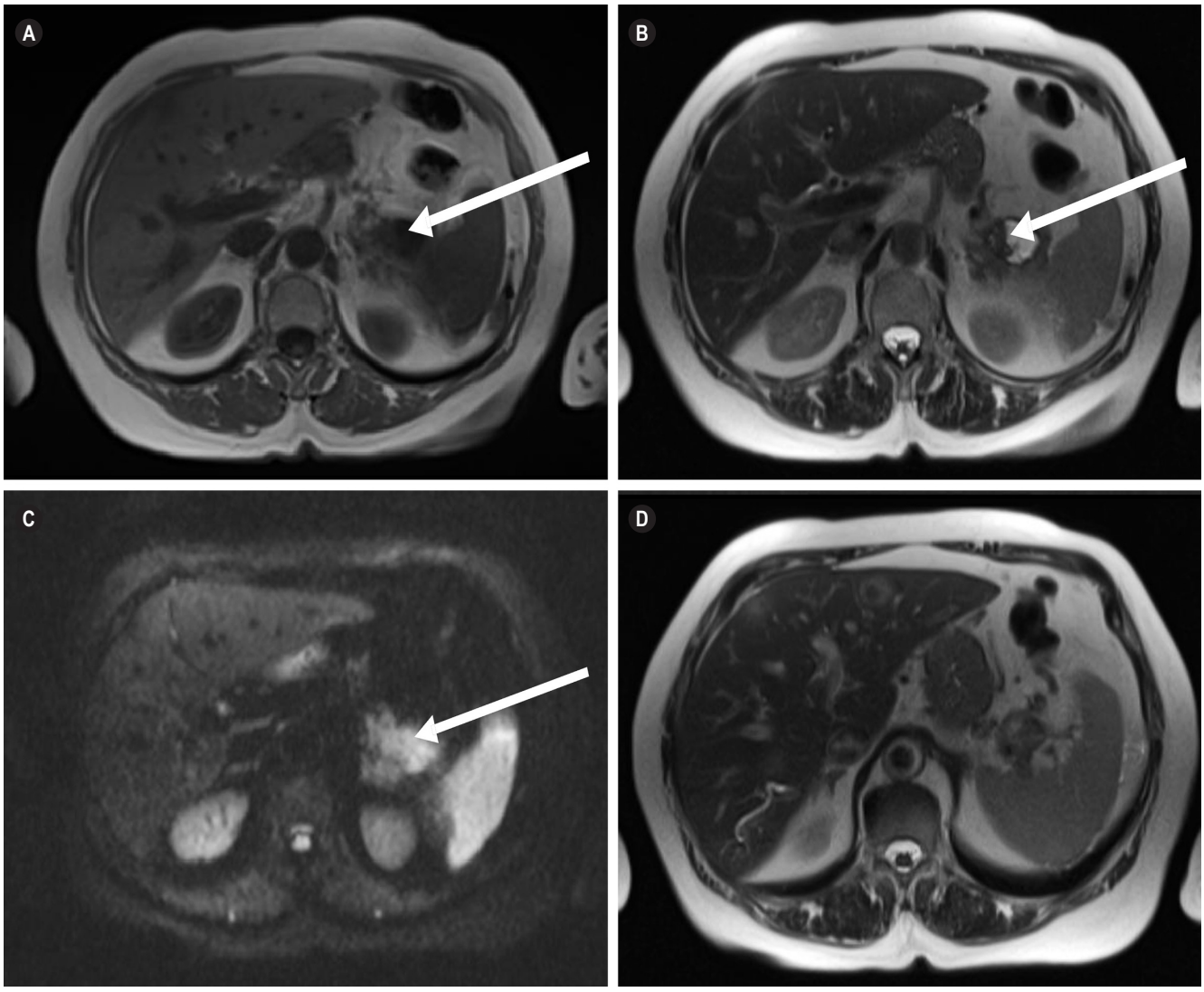


Figura 1. Resonancia magnética. Tomado de estudios externos de la paciente. **A.** RM secuencia ponderada en T1, corte axial: masa hipointensa en cola pancreática. **B.** RM secuencia ponderada en T2, corte axial: masa hiperintensa en cola pancreática. **C.** RM secuencia de difusión, corte axial: masa con ligera restricción en la intensidad de señal, en la cola pancreática. **D.** RM secuencia ponderada en T2, corte axial: varias lesiones hepáticas hipointensas con halo hiperintenso (MET). Imágenes propiedad de los autores.

endoscópico y endosonográfico normal, cabeza y cuerpo del páncreas normal con conducto de Wirsung normal y, en la cola del páncreas, una lesión tumoral sólido-quística que mide 39 mm x 40 mm de diámetro, que compromete la arteria y la vena esplénica, en contacto con el bazo. La elastografía cualitativa sugiere malignidad, sin adenopatías, tronco celíaco libre y conducto de Wirsung probablemente involucrado. Se realizó una punción con aguja de biopsia 19 g desde la ventana gástrica por dos ocasiones de la lesión previamente descrita y se obtuvo un adecuado material que se envía a patología, sin complicaciones. El colédoco se encontró normal (**Figura 2**). El resultado de la biopsia de la lesión sólido-quística en la cola del páncreas fue positivo para malignidad (carcinoma adenoescamoso), confirmado por inmunohistoquímica (P63 positivo en focos de epitelio escamoso, CEA positivo en áreas de adenocarcinoma y P53 negativo) (**Figura 3**). La paciente falleció a los dos meses del diagnóstico, sin haber podido recibir terapia.

DISCUSIÓN

El carcinoma adenoescamoso de páncreas es un subtipo extremadamente infrecuente (menos del 1%) de carcinoma ductal, ubicado con mayor frecuencia en la cola[2] y

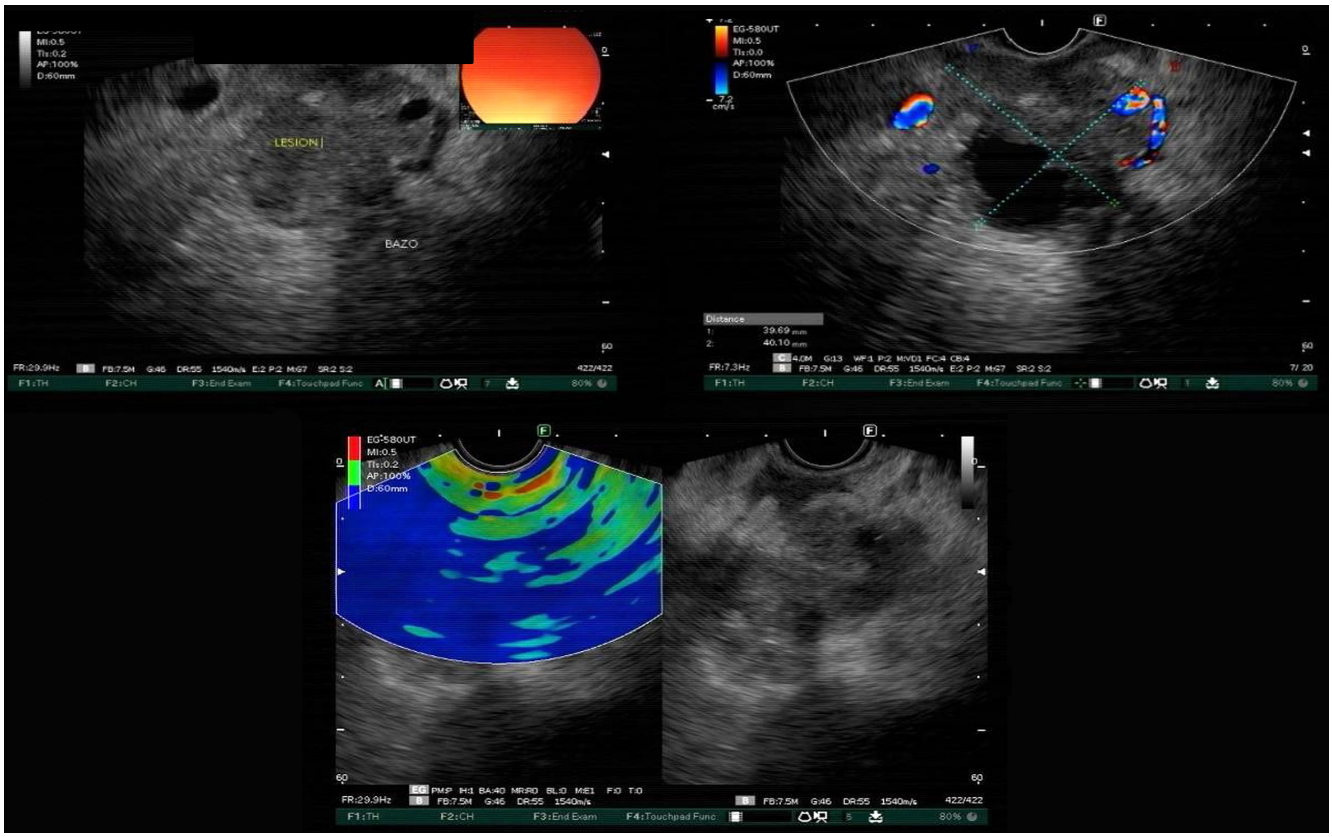


Figura 2. Ecoendoscopia de la paciente. Tomada de archivo del Hospital Solca, Núcleo de Quito, Quito, Ecuador.

comprende del 1% al 4% de todas las neoplasias exocrinas del páncreas[3]. La neoplasia se caracteriza por una conducta fisiológica agresiva, lo que plantea importantes desafíos en cuanto a su diagnóstico y manejo[3]. Tiene un pronóstico menor de 6 meses en enfermedad avanzada y de 11 a 20 meses en enfermedad localizada[4]. Sin embargo, también existen algunos desafíos básicos que se enfrentan cuando se trata de reconocer y tratar este tipo de cáncer. Una parte importante del caso es encontrar y fijar los detalles de la forma del tumor y cómo crece, lo que ayuda a reconocerlo de manera diferente a otros tumores similares, especialmente del adenocarcinoma ductal regular[5]. En particular, el carcinoma adenoescamoso se identifica mediante una doble diferenciación celular, que comprende los elementos glandulares y escamosos, este último al menos en un 30% del tumor[6]. La identificación de estas características puede ayudar al desarrollo de nuevas estrategias para diagnosticar y tratar mejor estos tumores. Así mismo, el pronto reconocimiento de dichas características puede influir en gran medida en las elecciones terapéuticas, lo que resalta la importancia de realizar un diagnóstico preciso y oportuno[7].

Otro aspecto importante que destaca este caso es el pronóstico asociado al adenocarcinoma. La dolencia presenta una trayectoria médica notablemente desfavorable debido a la elevada frecuencia de propagación inicial, observada en aproximadamente la mitad de los individuos afectados. Además, la invasión angiolinfática y perineural empeora aún más su pronóstico[8]. Por tanto, los resultados del caso enfatizan la necesidad de un enfoque terapéutico más vigoroso. Aunque la extirpación quirúrgica agresiva con bordes negativos mantiene la base de la terapia, es evidente que la implementación de tratamientos pre- y posquirúrgicos podría mejorar los resultados a largo plazo[7]. Además, reconocer los determinantes ayuda a comprender los procesos malignos implicados en este tipo de crecimiento tumoral. Otro mensaje crucial del caso enfatiza el valor de las investigaciones con marcadores inmunohistoquímicos. El uso de marcadores de varias líneas celulares ayuda a verificar si el tumor es escamoso o glandular, lo cual es crucial para un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento completo[5]. Se presenta pérdida de expresión de la proteína P16 (CDKN2A), pérdida de la proteína SMAD4

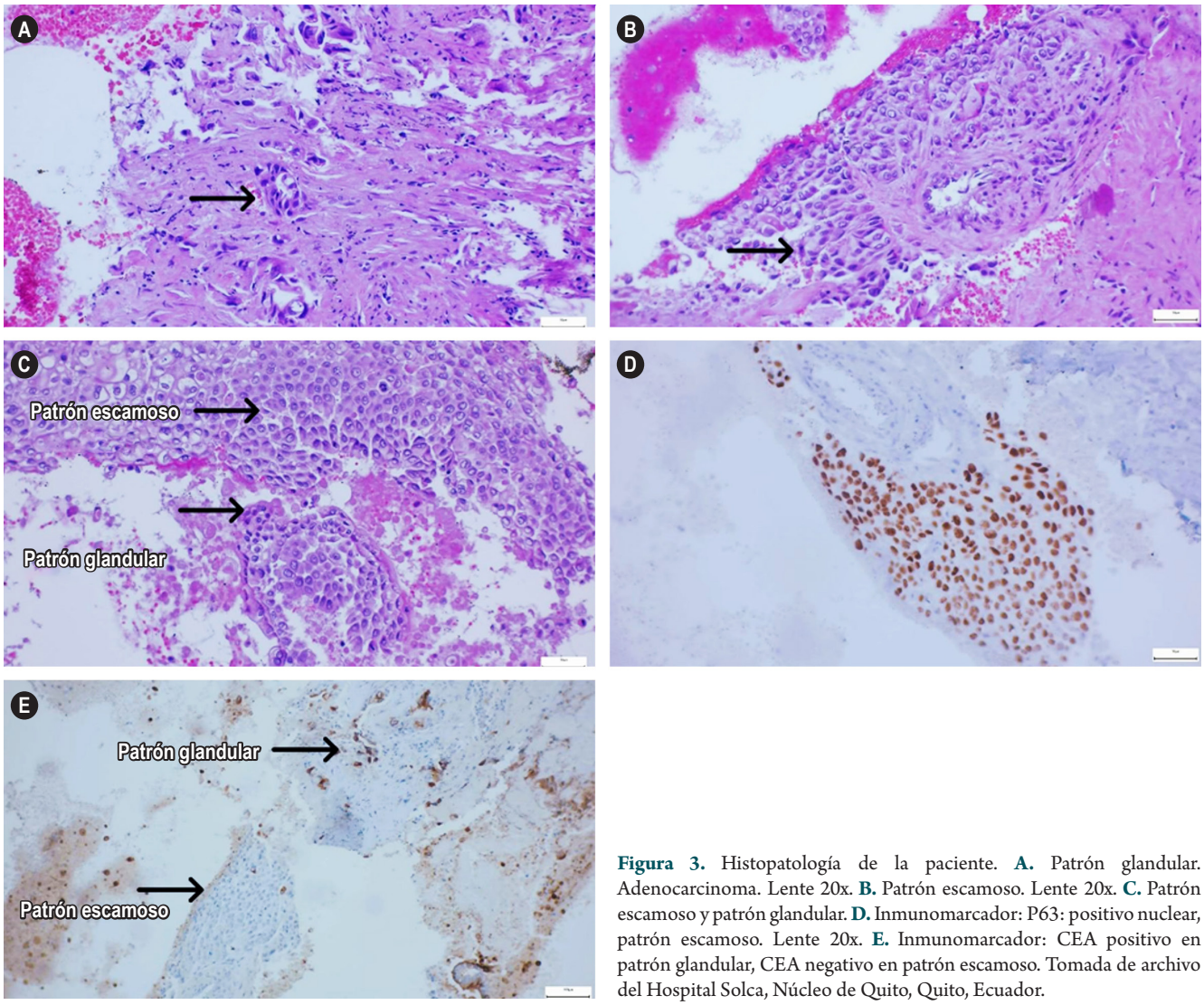


Figura 3. Histopatología de la paciente. **A.** Patrón glandular. Adenocarcinoma. Lente 20x. **B.** Patrón escamoso. Lente 20x. **C.** Patrón escamoso y patrón glandular. **D.** Inmunomarcador: P63: positivo nuclear, patrón escamoso. Lente 20x. **E.** Inmunomarcador: CEA positivo en patrón glandular, CEA negativo en patrón escamoso. Tomada de archivo del Hospital Solca, Núcleo de Quito, Quito, Ecuador.

(DPC4) y una fuerte inmunorreactividad nuclear de P53 y el componente escamoso también expresa P63, P40 y citoqueratinas de bajo peso molecular. Por su mayor tasa de proliferación, tiene un aumento de la tinción de ki-67 en la inmunohistoquímica y un subconjunto expresa ligando de muerte programada 1 (PD-L1), que se limita al componente de carcinoma de células escamosas[9].

Pese a lo anterior, el caso también presenta ciertas limitaciones. La primera de ellas es la falta de un método de tratamiento convencional para el carcinoma adenoescamoso de páncreas debido a la prevalencia muy inusual de esta afección. A pesar de que en la investigación se están evaluando numerosas combinaciones de quimioterapia (arabinósido de citosina, cisplatino, 5-fluorouracilo y gemcitabina), no existe un protocolo reconocido a nivel mundial[10]. La falta de claridad en el tratamiento es otro gran problema, ya que el carcinoma adenoescamoso de páncreas no es común, por lo que es difícil reunir suficientes pacientes para estudios que realmente puedan indicar su comportamiento y si los tratamientos funcionan. Esto, a su vez, disminuye la capacidad de extrapolar resultados y disminuye la validez de las recomendaciones clínicas precisas para la tasa de supervivencia a largo plazo y la eficacia de la terapia complementaria[11]. Por tanto, investigaciones globales integrales que abarquen todo el planeta pueden ayudar a mejorar la comprensión sobre las variaciones en la frecuencia y esquemas de terapia neoadyuvante, incluida la radiación perioperatoria, con el fin de valorar y mejorar la respuesta de los pacientes[12].

En última instancia, incluso con avances en el diagnóstico y las modalidades terapéuticas, las perspectivas para

las personas con neoplasia adenoescamosa en el páncreas siguen siendo sombrías. La supervivencia a largo plazo suele ser difícil, con una alta tasa de pacientes que sucumben dentro del primer año posterior al diagnóstico[8]. Esta elevada tasa de mortalidad se debe a la resistencia inherente de esta neoplasia a las terapias estándar, lo que requiere la exploración de opciones de tratamiento innovadoras. Sin tratamientos más eficaces, el pronóstico de los pacientes seguirá siendo malo.

En términos generales, las personas con neoplasia de células escamosas del páncreas generalmente enfrentan un panorama sombrío al presentar más riesgo de metástasis y peor pronóstico que el adenocarcinoma, lo que subraya la necesidad de explorar nuevos métodos de tratamiento[13].

Para resumir, este cáncer de páncreas inusual muestra qué tan raro y de rápido crecimiento puede ser, lo cual es un gran problema para los médicos debido a cómo actúa y no hay una cura clara. Es imperativo examinar el diagnóstico, la terapia y el pronóstico del carcinoma adenoescamoso para aumentar la calidad de vida y la supervivencia del paciente.

CONCLUSIÓN

Este caso de carcinoma adenoescamoso de páncreas ilustra tanto la rareza como la agresividad de este tumor, que representa un desafío significativo en términos de diagnóstico y tratamiento debido a su comportamiento biológico único y a la escasez de evidencia clínica sólida para guiar su manejo. Aunque las fortalezas del caso incluyen una identificación precisa de las características histológicas y un enfoque multidisciplinario en el tratamiento, las limitaciones están relacionadas principalmente con la falta de un tratamiento estandarizado, la escasez de grandes estudios y la generalización limitada de los resultados. A pesar de los avances en las técnicas de diagnóstico y tratamiento, el carcinoma adenoescamoso de páncreas sigue siendo una neoplasia de pronóstico muy desfavorable y un área de investigación pendiente que requiere más atención.

Consideraciones éticas

El artículo fue revisado y aprobado por el área de investigación del Hospital SOLCA Núcleo de Quito.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por parte de la hija de la paciente, ya que esta falleció.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Uso de inteligencia artificial

No se usó ningún tipo de inteligencia artificial para la producción de este artículo.

Fuentes de financiación

La fuente de financiación de este artículo es propia de los autores.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Giomara Ojeda-Peláez, Zelma Paz-Cañadas y Lisbeth Gando-Ruiz.
- Adquisición de datos: Giomara Ojeda-Peláez, Zelma Paz-Cañadas y Lisbeth Gando-Ruiz.
- Análisis e interpretación de datos: Giomara Ojeda-Peláez, Zelma Paz-Cañadas y Lisbeth Gando-Ruiz.
- Redacción del manuscrito: Giomara Ojeda-Peláez, Zelma Paz-Cañadas y Lisbeth Gando-Ruiz.
- Revisión crítica del manuscrito: Giomara Ojeda-Peláez, Zelma Paz-Cañadas y Lisbeth Gando-Ruiz.

REFERENCIAS

1. Moslim MA, Lefton MD, Ross EA, Mackrides N, Reddy SS. Clinical and Histological Basis of Adenosquamous Carcinoma of the Pancreas: A 30-year Experience. J Surg Res. 2021;259:350-356. https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.09.024
2. Kwak HV, Hsu DS, Chang A, Kazantsev GB, Peng PD, Spitzer AL, et al. Pancreatic Adenosquamous Carcinoma: Experience Within an Integrated Health Care System. Perm J. 2023;27(2):9-12. https://doi.org/10.7812/TPP/22.095
3. Limaiem F, Hajri M, Ben Farhat L. Adenosquamous carcinoma of the pancreas: A rare and aggressive variant of pancreatic cancer. Clin Case Rep. 2022;10(8):e6181. https://doi.org/10.1002/ccr3.6181
4. Boyd CA, Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Cooksley CD, Riall TS. 415 Patients with adenosquamous carcinoma of the pancreas: A population-based analysis of prognosis and survival. J Surg Res. 2012;174(1):12-9. https://doi.org/10.1016/j.jss.2011.06.015

5. Paramythiotis D, Kyriakidis F, Karlafti E, Didangelos T, Oikonomou IM, Karakatsanis A, et al. Adenosquamous carcinoma of the pancreas: two case reports and review of the literature. J Med Case Rep. 2022;16(1):395. https://doi.org/10.1186/s13256-022-03610-5
6. Szekely TB, Toganel C, Kadar Z, Sava AD, Bara T, Roman D, et al. Adenosquamous and squamous cell carcinoma of the pancreas: two histopathological variants of ductal adenocarcinoma. Acta Marisiensis Seria Medica. 2021;67(3):173-6. https://doi.org/10.2478/amma-2021-0025
7. Xiong Q, Zhang Z, Xu Y, Zhu Q. Pancreatic Adenosquamous Carcinoma: A Rare Pathological Subtype of Pancreatic Cancer. J Clin Med. 2022;11(24):7401. https://doi.org/10.3390/jcm11247401
8. Braun R, Klinkhammer-Schalke M, Zeissig SR, Kleihus van Tol K, Bolm L, Honselmann KC, et al. Clinical Outcome and Prognostic Factors of Pancreatic Adenosquamous Carcinoma Compared to Ductal Adenocarcinoma-Results from the German Cancer Registry Group. Cancers (Basel). 2022;14(16):3946. https://doi.org/10.3390/cancers14163946
9. de Jesus VHF, Donadio MDS, de Brito ÂBC, Gentilli AC. A narrative review on rare types of pancreatic cancer: should they be treated as pancreatic ductal adenocarcinomas? Ther Adv Med Oncol. 2024;16:17588359241265213. https://doi.org/10.1177/17588359241265213
10. Yoshida Y, Kobayashi S, Ueno M, Morizane C, Tsuji K, Maruki Y, et al. Efficacy of chemotherapy for patients with metastatic or recurrent pancreatic adenosquamous carcinoma: A multicenter retrospective analysis. Pancreatology. 2022;22(8):1159-1166. https://doi.org/10.1016/j.pan.2022.09.236
11. Sakakida T, Ishikawa T, Doi T, Morita R, Kataoka S, Miyake H, et al. Genomic landscape and clinical features of rare subtypes of pancreatic cancer: analysis with the national database of Japan. J Gastroenterol. 2023;58(6):575-585. https://doi.org/10.1007/s00535-023-01986-9
12. Walsh AK, Tsilimigras DI, Blair AB, Tsai S, Pawlik TM, Manne A, et al. Role of Neoadjuvant Therapy for Patients with Adenosquamous Carcinoma of the Pancreas: Outcomes from the National Cancer Database. J Gastrointest Cancer. 2025;56(1):145. https://doi.org/10.1007/s12029-025-01269-x
13. Zhang W, Zhang J, Liang X, Ding J. Research advances and treatment perspectives of pancreatic adenosquamous carcinoma. Cell Oncol (Dordr). 2023;46(1):1-15. https://doi.org/10.1007/s13402-022-00732-2