



Neoplasias quísticas primarias del páncreas: Informe de dos pacientes, uno con cistadenoma y otro con cistadenocarcinoma

Primary cystic neoplasms of the pancreas: Report on two patients, one with cystadenoma and the other with cystadenocarcinoma

Dr. David Juárez Corona,

Dr. Sergio Flores Gómez,

Dr. Samuel Senties Carvajal,

Dra. Maricela Mendoza

Resumen

Objetivo: Descripción de dos pacientes con neoplasia primaria del páncreas, uno con cistadenoma y otro con cistadenocarcinoma.

Sede: Hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Descripción de los casos: Se trató de dos pacientes del sexo femenino, una de 40 años y la otra de 50; con dolor abdominal crónico, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho en la segunda y con tumoración palpable en el epigastrio en la primera, esta última con pérdida de 8 kg de peso, sin ictericia y sin dolor. Los estudios de imagen como el ultrasonido y la tomografía axial computada del abdomen demostraron, en el caso número uno, una tumoración quística localizada en el cuerpo y la cola del páncreas; en el caso número dos, una tumoración quística en la cola del páncreas. Los exámenes de laboratorio no informaron ninguna anomalía. Ambas pacientes fueron operadas mediante laparotomía resecándose las dos lesiones quísticas.

En el caso número uno el informe de histopatología reveló: Cistadenoma mucinoso del páncreas; en el dos: cistadenocarcinoma mucinoso del páncreas, esta última paciente desarrolló una fístula pancreática que se resolvió el día 16 del postoperatorio con tratamiento mediante nutrición parenteral y octreotida (análogo de somatostatina).

Abstract

Objective: Description of two patients with primary neoplasm of the pancreas, one with cystadenoma and the other with cystadenocarcinoma.

Setting: Second and third levels health care hospitals.

Description of cases: The patients were two women, 40 and 50 years of age; coursing with chronic abdominal pain, localized at the epigastrium and the right hypochondrium in the second women. The first presented a palpable tumor at the epigastrium, had lost 8 kg of weight, without jaundice or pain. Imaging studies, ultrasound and computed axial tomography of the abdomen, revealed in case one a cystic tumor located in the body and tail of the pancreas, in case two a cystic tumor in the tail of pancreas. Laboratory analyses reported no abnormalities. Both patients were subjected to laparotomy, resecting both pancreatic lesions.

The histopathology study revealed a mucinous cystadenoma of the pancreas for case one; and a mucinous cystadenocarcinoma of the pancreas for case two. This last patient developed a pancreatic fistula that was resolved on the 16th day after surgery with treatment through parenteral nutrition and octreotide (a somatostatine analogue).

Servicios de Cirugía General y Anatomía Patológica del Hospital General de Zona No. 29 y Regional No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Recibido para publicación: 26 de abril de 2000

Aceptado para publicación: 22 de agosto de 2000

Correspondencia: Dr. David Juárez Corona. Jefatura de Enseñanza del Hospital General de Zona No. 29 del IMSS. Avenida 510 No. 100, Colonia San Juan de Aragón, México, D.F. Teléfono: 55 51 40 11

Conclusión: Las lesiones quísticas del páncreas deben resecarse quirúrgicamente, sobre todo por el riesgo potencial de malignización.

Conclusion: Cystic lesions of the pancreas must be resected surgically, especially due to the risk of becoming malignant.

Palabra clave: Páncreas, cistadenoma, cistadenocarcinoma, neoplasmas pancreáticos.

Cir Gen 2001;23: 177-181

Key words: Pancreas, neoplasms, cystadenoma, cystadenocarcinoma.

Cir Gen 2001;23: 177-181

Introducción

Los tumores quísticos del páncreas corresponden al 10% de todos los quistes pancreáticos,¹ los informes de casos son esporádicos y generalmente corresponden a series pequeñas o pacientes aislados. En 1951 el Dr. Mozan² publicó una excelente revisión de 49 pacientes con neoplasias quísticas primarias del páncreas, a partir del cual múltiples autores coinciden en lo poco frecuente de su presentación.²⁻⁵ Su frecuencia es variable, se han informado desde el 5% hasta el 18.9%⁶ cuando se trata de tumores benignos y hasta el 1% si se trata de tumores malignos.³

La evaluación clínica muestra una frecuencia mayor en el sexo femenino en pacientes jóvenes,⁷⁻¹¹ con un incremento en el riesgo de malignidad conforme aumenta la edad.¹²

La mayoría de los tumores benignos pueden ser extirpados quirúrgicamente con buenos resultados, lo cual implica la resección completa del tumor para asegurar la inexistencia de restos postquirúrgicos que se asocian a la recidiva con riesgo de malignización.

El objetivo del presente estudio es informar la experiencia obtenida con dos pacientes que presentaron neoplasias quísticas primarias del páncreas.

Informe de los casos

Caso 1

Paciente femenino de 40 años de edad que presentó tumoración palpable en región epigástrica, de unos 12 cm, con 6 meses de evolución y que se asoció a pérdida de peso de 8 kg, sin dolor, la tumoración estaba fija, era de bordes regulares, lisa y no dolorosa a la palpación, la paciente no manifestó otra sintomatología por lo que se realizó estudio sonográfico que mostró (**Figura 1**) una lesión quística localizada en el páncreas, tabicada en su interior; la tomografía computada (**Figura 2**) mostró el mismo hallazgo localizándola en el cuerpo y parte de la cola pancreática. Los exámenes de laboratorio con la cuenta de leucocitos, eritrocitos y amilasa dentro de límites normales. En estas condiciones la paciente fue operada y se practicó resección local de la tumoración; en el transoperatorio se produjo lesión incidental del bazo por lo que se practicó esplenectomía, la evolución fue satisfactoria. El informe de patología demostró que se trataba de un cistadenoma mucinoso del páncreas (**Figura 3**).

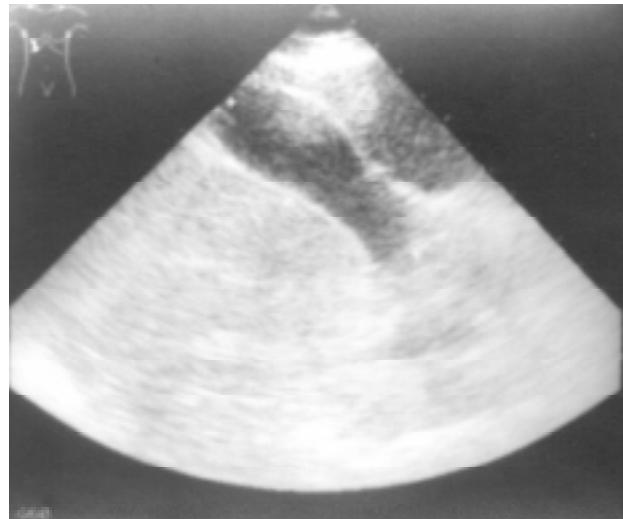


Fig. 1. Imagen de ultrasonido donde se observa una lesión quística bien delimitada cercana a la vesícula biliar.

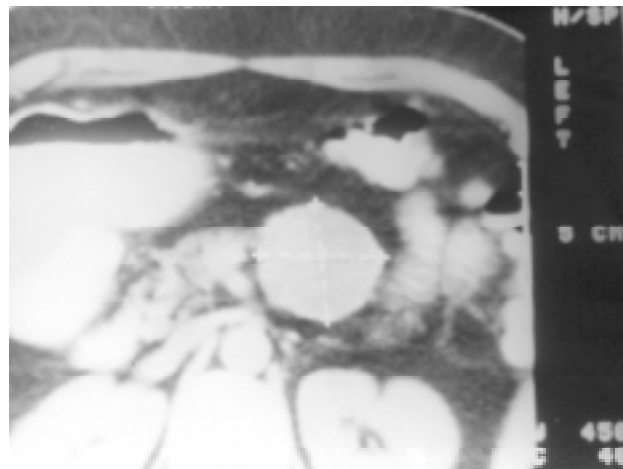


Fig. 2. Tomografía computada donde se observa una imagen circular de características quísticas que corresponde a una neoplasia pancreática.

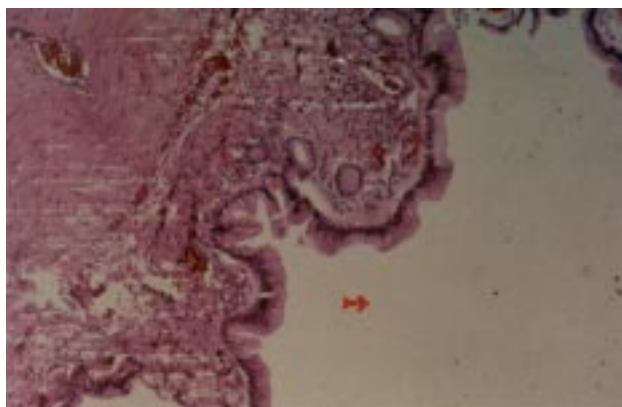


Fig. 3. Imagen microscópica donde se observa la presencia de células glandulares productoras de mucina y mucina acumulada en la luz del quiste.

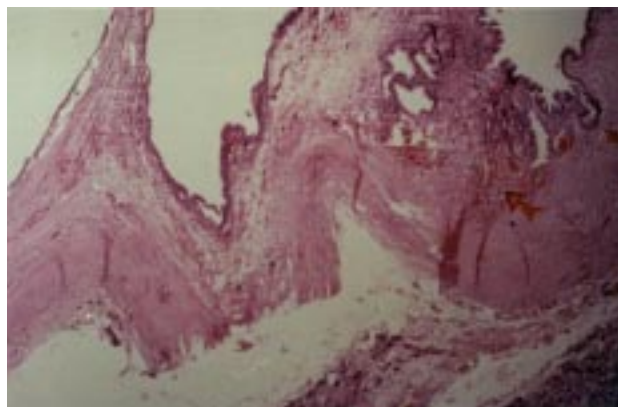


Fig. 4. Microfotografía donde se observan células glandulares de características malignas que corresponde a un cistadenocarcinoma mucinoso.

Caso 2

Paciente del sexo femenino de 50 años de edad que cursó con dolor abdominal crónico, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, relacionado a la ingesta de alimentos con alto contenido en grasa: sus antecedentes de importancia consistieron en dos cesáreas, biopsia de mama con diagnóstico de fibroadenoma y amigdalectomía. La exploración física no mostró datos de importancia en relación al diagnóstico definitivo. El estudio de ultrasonido mostró una imagen quística localizada en la cola del páncreas, la tomografía la confirmó, sin alteraciones en los exámenes de laboratorio. Se intervino quirúrgicamente con el hallazgo de una tumoración quística localizada en la cola del páncreas la cual se extirpó; la paciente evolucionó desfavorablemente por la presencia de una fístula pancreática que ameritó manejo con nutrición parenteral y octreótide (análogo somatostatina) a dosis de 100 µg por vía subcutánea cada 8 horas, con lo que logró el cierre espontáneo después de 16 días. El informe de patología demostró que se trataba de un cistadenocarcinoma mucinoso del páncreas (**Figuras 4 y 5**).

Discusión

Sólo entre el 10 y 15% de los quistes del páncreas son tumores verdaderos,¹⁻³ se trata de un problema poco frecuente con publicaciones de poca casuística^{2,5} en donde la mayoría corresponde a neoplasias benignas y sólo en el 1% se trata de cáncer de páncreas.³

Los datos clínicos se relacionan con la presencia de tumoración palpable en la región epigástrica que generalmente no se acompaña de otra sintomatología, en pacientes jóvenes del sexo femenino^{1,5,8,9,13-15} y sin antecedentes de importancia; sin embargo, se pueden presentar síntomas asociados como dolor abdominal, pérdida de peso, astenia, adinamia, anorexia, náusea, vómito, dolor torácico, diarrea y melena.¹⁶⁻²⁵

En nuestras pacientes la tumoración sólo se palpó en una de las dos, asimismo, la pérdida de peso sólo

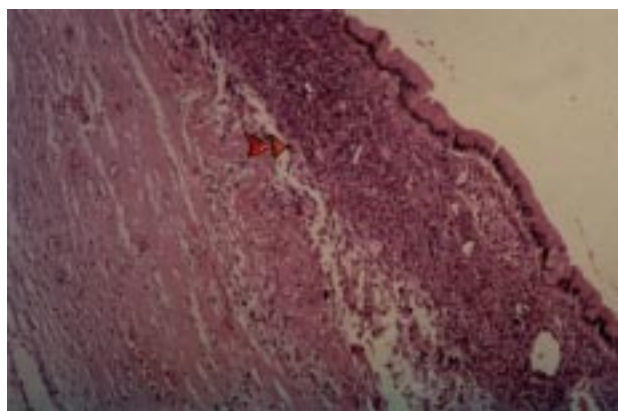


Fig. 5. Se observan células glandulares con zonas de acúmulo de mucina.

se presentó en una de ellas, sorprendentemente en la paciente con neoplasia benigna. La paciente con el carcinoma presentaba dolor abdominal de localización epigástrica y en hipocondrio, que semejaba un problema de vesícula biliar, sin pérdida de peso u otro dato que sugiriera la presencia de la neoplasia.

Los estudios de imagen son de suma importancia, aunque la placa simple de abdomen es generalmente normal, en la mayor parte de los casos⁹ se presentan zonas de calcificación hasta en un 10% y los estudios selectivos como aortografía y esplenoportografía pueden mostrar obstrucción parcial del sistema portocava o de la vena esplénica, con neovascularización regional y vasoconstricción de la arteria esplénica.^{1,3,9}

Estos estudios no fueron practicados en nuestras pacientes, en cambio el ultrasonido y la tomografía computada resultaron los más específicos para el diagnóstico y topografía del quiste, aunque difícilmente aportan datos para el diagnóstico diferencial, ya que en muchos de los casos se muestran quistes tabicados con calcificaciones o componente sólido que no son característicos de ningún tumor quístico específico,^{3,22} en nuestras

pacientes se observó la localización exacta de los quistes con el ultrasonido y la tomografía computada.

El diagnóstico diferencial entonces queda confinado al estudio del líquido aspirado, en donde se investigan: niveles de amilasa, presencia de marcadores tumorales, proteínas, electrolitos, viscosidad y estudio citológico.^{3,8} Este último resulta el más específico ya que hasta en el 66% de los casos puede detectarse epitelio columnar mucoprotector y células atípicas.³ El diagnóstico diferencial debe hacerse con pseudoquiste pancreático, cistadenoma mucinoso, cistadenocarcinoma mucinoso, adenoma microquístico, linfangioma quístico, hemangioma quístico, angiosarcoma quístico, cistadenoma de células acinares, cistadenocarcinoma de células acinares y neoplasia epitelial quística papilar.^{3,11} La localización del quiste en la glándula pancreática es variable, sin embargo, según la serie de Becker,¹ 30% se encuentran en la cola, 27% en la cabeza y cuerpo, 18% en el cuerpo, y 15% en toda la glándula. En las pacientes de este informe la localización fue en cuerpo y cola en una, y en la cola en la otra, el carcinoma se localizó en la cola de la glándula. El tamaño de la neoplasia también es variable, aunque la mayoría alcanza entre 6 y 15 cm,^{1,8,10} nuestros casos se encontraron dentro de esos límites.

Las características individuales de los cistadenomas y cistadenocarcinomas mucinosos, los muestran como neoplasias quísticas grandes, que pueden ser uniloculados o multiloculados, con tejido ectópico de ovario o tiroideo, moco gelatinoso, cubierto por una membrana fibrosa,^{11,12,16} los cambios que sugieren malignidad se manifiestan por la presencia de epitelio estratificado y atipia.^{11,12} Los cistadenomas se derivan del epitelio ductal del páncreas por lo que en la mayoría de los casos pueden también presentar componentes del tejido papilar, lo cual incrementa notoriamente el riesgo de potencial malignización.^{3,12,16} En estas condiciones es imperativo que la indicación quirúrgica implica la resección completa del tumor, ya que la reabsorción espontánea nunca se produce. El tratamiento quirúrgico depende de la localización del tumor y sus dimensiones, e incluye: pancreatectomía distal, pancreatectomía total, operación de Wipple, escisión, pancreatectomía distal subtotal, marsupialización y finalmente biopsia sin drenaje.^{1,6,7} La mayoría de los autores consideran que la resección total debe realizarse por la posibilidad de malignización; sin embargo, el sitio y el tamaño del tumor pueden modificar el abordaje. Becker¹ realizó la resección local en 43 de sus 71 pacientes, lo que representa más del 50% de sus casos; nuestras pacientes fueron sometidas a escisión local, dadas sus características.

La cirugía conservadora debe ser reservada para los pacientes en quienes la resección resulte técnicamente difícil, con pacientes de alto riesgo o en los casos de malignidad con neoplasia diseminada.⁶

La marsupialización y derivación interna no provee buenos resultados porque no resuelven el problema y presentan complicaciones las cuales pueden ser mor-

tales, como la fístula pancreática, además de que es la causa más frecuente de reintervención.^{21,23}

La escisión local es el tratamiento más accesible siempre y cuando se realice completa, permite resolver el problema con bajo índice de morbilidad.²⁵ Una de nuestras pacientes presentó una fístula, que se resolvió con cierre espontáneo mediante apoyo nutricional y octreótido, esta complicación ocurrió en la paciente con carcinoma mucinoso.

Conclusión

Las neoplasias quísticas del páncreas se presentan con baja frecuencia, son más comunes en pacientes del sexo femenino entre la cuarta y quinta década de la vida, son generalmente silenciosas, la presencia de tumoración abdominal es el signo exploratorio principal aunque en la mayor parte de los casos son hallazgos de estudios de imagen. El ultrasonido, la tomografía computada y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica son los estudios de mayor utilidad; la resección debe ser completa, existe un riesgo permanente de malignización, por lo que el tratamiento quirúrgico es imperativo.

Referencias

1. Becker WF, Welsh RA, Pratt HS. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. *Ann Surg* 1965; 161: 845-60.
2. Mozan AA. Cystadenoma of the pancreas. *Am J Surg* 1951; 81: 204-14.
3. Warshaw AL, Compton CC, Lewandrowsky K, Cardena G, Mueller PR. Cystic tumors of the pancreas. New clinical, radiologic and pathologic observations in 67 patients. *Ann Surg* 1990; 212: 432-43; discussion 444-5.
4. Kuo TT, Su IJ, Chien CH. Solid and papillary neoplasm of the pancreas. Report of three cases from Taiwan. *Cancer* 1984; 54: 1469-74.
5. Schlosnagle DC, Campbell WG Jr. The papillary and solid neoplasm of the pancreas: a report of two cases with electron microscopy, one containing neurosecretory granules. *Cancer* 1981; 47: 2603-10.
6. Piper CE, ReMine WH, Priestley JT. Pancreatic cystadenomata. Report of 20 cases. *JAMA* 1962; 180: 648-52.
7. Zinner MJ, Shurbaji MS, Cameron JL. Solid and papillary epithelial neoplasms of the pancreas. *Surgery* 1990; 108: 475-80.
8. Yagihashi S, Sato I, Kaimori M, Matsumoto J, Nagai K. Papillary and cystic tumor of the pancreas. Two cases indistinguishable from islet cell tumor. *Cancer* 1988; 61:1241-7.
9. Hamoudi AB, Misugi K, Grosfeld JL, Reiner CB. Papillary epithelial neoplasm of pancreas in a child. Report of a case with electron microscopy. *Cancer* 1970; 26: 1126-34.
10. Bombi JA, Milla A, Badall JM, Piulachs J, Estape J, Cardesa A. Papillary-cystic neoplasm of the pancreas. Report of two cases. *Cancer* 1984; 54: 780-4.
11. Rustin RB, Broughan TA, Hermann RE, Grundfest-Broniatowski SF, Petras RE, Hart WR. Papillary cystic epithelial neoplasms of the pancreas. A clinical study of four cases. *Arch Surg* 1986; 121: 1073-6.
12. Hyde GL, Davis JB Jr, McMillin RD, McMillin M. Mucinous cystic neoplasm of the pancreas with latent malignancy. *Am Surg* 1984; 50: 225-9.
13. Duff P, Greene VP. Pregnancy complicated by solid-papillary epithelial tumor of the pancreas, pulmonary embolism and

- pulmonary embolectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 80-1.
14. Smithers BM, Welch C, Goodall P. Cystadenocarcinoma of the pancreas presenting in pregnancy. *Br J Surg* 1986; 73: 591.
 15. Sanfey H, Mendelsohn G, Cameron JL. Solid and papillary neoplasm of the pancreas. A potentially curable surgical lesion. *Ann Surg* 1983; 197: 272-5.
 16. Corrente RF. Cystadenocarcinoma of the pancreas. *Am J Surg* 1980; 139: 265-7.
 17. Shulman AG, Lippman RW, Miller W. Internal drainage of malignant pancreatic cysts as an effective palliative procedure. *Am J Surg* 1961; 102: 470-2.
 18. Hodgkinson DJ, ReMine WH, Weiland LH. Pancreatic cystadenoma. A clinic pathologic study of 45 cases. *Arch Surg* 1978; 113: 512-9.
 19. Hodgkinson DJ, ReMine WH, Weiland LH. A clinicopathologic study of 21 cases of pancreatic cystadenocarcinoma. *Ann Surg* 1978; 188: 679-84.
 20. Yon Segesser L, Rehner A. Pancreatic cystadenoma and cystadenocarcinoma. *Br J Surg* 1984; 71: 449-51.
 21. Probststein JG, Blumenthal HT. Progressive malignant degeneration of a cystadenoma of the pancreas. *Arch Surg* 1960; 81: 683-9.
 22. Burk LB Jr, Hill RP. Papillary cystadenocarcinoma of the pancreas. Case report. *Ann Surg* 1952; 136: 883-6.
 23. Sawyer KC, Spencer JB, Lubchenco AE. Proliferative cystes of the pancreas. *Ann Surg* 1952; 135: 549-52.
 24. Cornes JS, Azzopardi JG. Papillary cystadenocarcinoma of the pancreas with report of two cases. *Br J Surg* 1959; 47: 139-44.
 25. Ayela As Jr, Howard JM, Grotzinger PJ. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. *Am J Surg* 1962; 103: 242-3.