

Cirujano General

Volumen **26**
Volume

Número **4**
Number

Octubre-Diciembre **2004**
October-December

Artículo:

Neoplasia quística del páncreas. Informe de un paciente

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Neoplasia quística del páncreas. Informe de un paciente

Cystic neoplasm of the pancreas. Report of one case

*Dr. Jaime Eduardo Pérez Perales**

Resumen

Objetivo: Descripción de un caso y revisión de los conceptos básicos acerca de los tumores quísticos del páncreas.

Sede: Hospital general regional de segundo nivel de atención.

Diseño: Descripción de un caso.

Descripción: Hombre de 46 años de edad con historia de dolor abdominal alto de dos años de evolución, asociado a distensión abdominal y plenitud postprandial, sin historia de pancreatitis. A la exploración se detectó tumoración en el cuadrante superior izquierdo del abdomen. El ultrasonograma demostró tumoración bilobulada ecolúcida de 51 x 65 y 124 x 130 mm en el hemiabdomen superior, que fue confirmada por la tomografía computadorizada. Se practicó pancreatectomía distal con resección total de la tumoración. El diagnóstico histopatológico final fue de tumor quístico mucinoso del páncreas.

Conclusión: Aunque el quiste mucinoso del páncreas es poco frecuente, su tratamiento quirúrgico es lo indicado.

Palabras clave: Páncreas, neoplasia pancreática, tumores quísticos de páncreas.

Cir Gen 2004;26:321-324.

Abstract

Objective: Description of a case and review of the basic concepts on cystic tumors of the pancreas.

Setting: Regional general hospital, second level health care.

Design: Description of a case.

Description: Man of 46 years of age with a 2-years history of high abdominal pain, associated to abdominal distention and postprandial filling, without pancreatitis antecedents. Physical exploration revealed a growth in the upper left quadrant of the abdomen. The ultrasonogram revealed an echolucent bilobulated tumor of 51 x 65 and 124 x 130 mm in the upper hemiabdomen that was confirmed by CT scanning. Distal pancreatectomy was performed, resecting totally the tumor. The final histopathological diagnosis was of cystic mucinous tumor of the pancreas.

Conclusion: Although the mucinous cyst of the pancreas is not frequent, its surgical treatment is indicated.

Key words: Pancreas, pancreatic cyst, neoplasm.

Cir Gen 2004;26:321-324.

Introducción

Las neoplasias quísticas del páncreas son poco frecuentes y la mayoría de los informes son de casos aislados. Las formas benignas son dos veces más frecuentes que las malignas y ambas predominan en mujeres. Conforme se desarrollan métodos más precisos de diagnóstico es de esperarse un aumento en la frecuencia de iden-

tificación de los quistes pancreáticos. Aunque el cistadenoma es un trastorno benigno existen casos de transformación maligna a cistadenocarcinoma.

El diagnóstico diferencial con los pseudoquistes puede ser muy difícil y la posibilidad de error diagnóstico muy alta. Ante la imposibilidad de establecer un diagnóstico etiológico preciso y la posibilidad de que la le-

Hospital General Regional No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ciudad Madero, Tamaulipas, México.

Recibido para publicación: 30 de enero de 2003.

Aceptado para publicación: 17 de marzo de 2003.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Correspondencia: Avenida Primero de Mayo No. 502 Poniente despacho 103

Zona Centro. 89400. Ciudad Madero, Tamaulipas

Teléfono: 01-833 216-2062 correo electrónico: je_perales@hotmail.com

sión sea de naturaleza maligna, la extirpación completa debe ser considerada en todos los casos.

En este artículo se hace una revisión de los aspectos básicos del padecimiento, a propósito de un caso bastante típico de un tumor mucinoso del páncreas.

Descripción del caso

Hombre de 46 años de edad con antecedente de tiroidectomía total por bocio tóxico difuso a los 30 años de edad; estuvo recibiendo tratamiento hormonal sustitutivo, sin embargo, el endocrinólogo refirió perfil tiroideo bajo aunque sin datos clínicos de hipotiroidismo, así como proptosis bilateral. Antecedente de plastía inguinal bilateral sin complicaciones. No había antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, alergias, alcoholismo o litiasis biliar.

Padecimiento actual: lo inició dos años antes de su primera consulta en el Servicio de Cirugía con dolor en el hemiabdomen superior, continuo, transfiectivo, de intensidad moderada, sin irradiaciones, que aumentaba a la palpación y durante los esfuerzos físicos; acompañado de plenitud postprandial y distensión abdominal, sin fiebre ni pérdida de peso.

Exploración física: peso 85 kg, talla 1.63 m. Buen estado general, buena coloración, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen con abundante panículo adiposo, con tumoración redondeada de superficie lisa, bien limitada, profunda, dolorosa a la palpación y localizada en el cuadrante superior izquierdo, sin signos de irritación peritoneal y con peristalsis normal. Resto de la exploración normal.

Laboratorio: Hemoglobina 14.9 g/dl, plaquetas 251,000, TP 12.8/13.5 seg, TTP 29/28 seg, grupo y Rh O+, VDRL negativo, VIH negativo. Glucosa 81 mg, creatinina 1.0 mg, ácido úrico 4.0 mg, colesterol 206 mg, amilasa sérica 40 U, sodio 139 mEq, potasio 4.33 mEq, cloro 110 mEq, proteínas totales 7.0 g, albúmina 4.0 gr, globulina 3.0 g, AST 16 U ALT 28 U, fosfatasa alcalina 72 gu, calcio, fósforo y DHL normales.



Fig. 1. Ultrasonograma que muestra masa bilobulada ecoclúcida de 51 x 65 y 124 x 130 mm en el cuadrante superior izquierdo del abdomen.

El ultrasonograma mostró masa bilobulada ecoclúcida de 51 x 65 y 124 x 130 mm, localizada medialmente con relación al riñón izquierdo, vesícula y vías biliares normales (**Figura 1**).

El colon por enema mostró desplazamiento importante del ángulo esplénico del colon hacia abajo y a la derecha (**Figura 2**).

La tomografía computadorizada confirmó la presencia de lesión quística en el cuadrante superior izquierdo, con desplazamiento de vísceras adyacentes (**Figura 3**).



Fig. 2. Colon por enema que muestra desplazamiento importante del ángulo esplénico del colon hacia abajo y a la derecha.

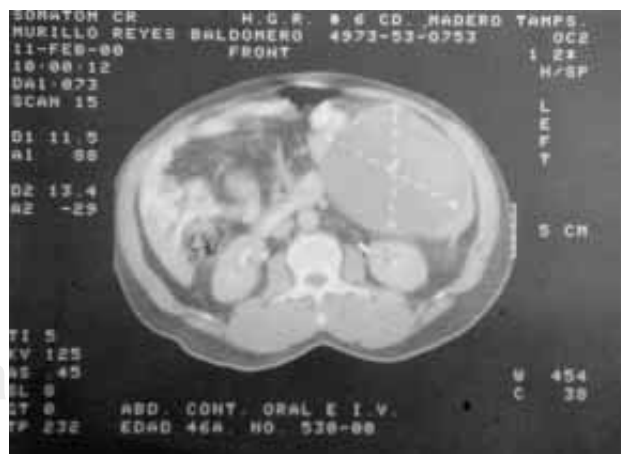


Fig. 3. Tomografía computadorizada que confirma la presencia de lesión quística en el cuadrante superior izquierdo del abdomen con desplazamiento de las vísceras adyacentes.



Fig. 4. Espécimen quirúrgico fijado y cortado.

La exploración quirúrgica mostró una tumoración ovoide de aproximadamente 18 x 25 cm, quística, bien limitada, dependiente de la cola del páncreas. No se encontró invasión tumoral a estructuras vecinas ni crecimientos ganglionares.

Se realizó la resección total de la tumoración en bloque con un fragmento de 3 cm de la cola del páncreas.

La evolución postoperatoria fue favorable y el paciente fue egresado del hospital sin complicaciones. El informe de estudio histopatológico definitivo fue de tumor quístico mucinoso del páncreas (con potencial maligno) y fragmento de páncreas con focos de pancreatitis crónica (Figura 4).

Discusión

Las neoplasias quísticas del páncreas son poco frecuentes. Comprenden del 10 a 13% de todas las masas quísticas del páncreas y el 1% de los cánceres pancreáticos. En consecuencia, la mayoría de los informes son de casos aislados. En nuestro medio existen publicaciones recientes de Hernández Sánchez,¹ Magaña Sánchez,² Valdéz González³ y Juárez Corona.⁴ Conforme se desarrollan métodos de diagnóstico más precisos como la Tomografía Computarizada (TAC) y la Imagen de Resonancia Magnética (IRM), es de esperarse un aumento en la frecuencia de identificación de los quistes pancreáticos. La forma benigna es dos veces más frecuente que su contraparte maligna.

Las características clínicas habituales de estas lesiones son: ausencia de historia de dolor abdominal, ausencia de evidencia clínica de pancreatitis, descubrimiento de masa abdominal con incomodidad progresiva y saciedad precoz, cuando la masa es grande hay dolor progresivo localizado en epigastrio y cuadrante superior izquierdo en el 50% de los casos. La mayoría de los pacientes están entre los 40 y los 60 años de edad al momento del diagnóstico, predominó en mujeres en proporción de 9 a 1, se localiza habitualmente en la cola o el cuerpo y la cola del páncreas; la amilasa sérica suele ser normal, cuando existe hiperamilasemia suele ser leve, la imagen radiográfica es la de una masa radioopaca con grados variables de desplazamiento gástrico hacia

adelante, desplazamiento colónico hacia abajo y ensanchamiento del arco duodenal.

El ultrasonido (US), la TAC y la IRM han aumentado objetividad y certeza al diagnóstico.

Los quistes pancreáticos varían ampliamente en tamaño, desde masas pequeñas hasta lesiones masivas, usualmente son multiloculares y pueden presentar calcificación de la pared. Las características que permiten sospechar una neoplasia quística son: ausencia de antecedentes o eventos que puedan generar un pseudoquiste, irregularidad o loculación en el quiste o presencia de un componente sólido en el mismo, aunque la ausencia de éste en la TAC es común, presencia de calcificación en la pared del quiste, hipervascularidad en el estudio angiográfico.

Como puede verse, el caso que aquí se presenta es bastante típico del padecimiento, ya que comparte la mayoría de los datos clínicos, de laboratorio y de gabinete que se acaban de mencionar.

Dado que el término "cistadenoma pancreático" incluye más de un padecimiento, se considera preferible utilizar términos que denoten con mayor claridad la evolución natural de cada enfermedad en particular,⁵ así, en el caso que nos ocupa utilizamos la denominación neoplasia quística del páncreas. En el trabajo clásico de Compagno y Oertel,⁶ estas neoplasias multiquísticas constituyen dos padecimientos separados: el cistadenoma seroso (también conocido como adenoma microquístico del páncreas) y el cistadenoma mucinoso con su contraparte maligna, es decir, el cistadenocarcinoma mucinoso. La diferenciación entre ambos es mucho más que académica, ya que en el primero, el riesgo de degeneración maligna parece ser mínimo, mientras que en la variedad mucinosa es común la presencia de malignidad.^{1,2,5,7} Dado que la posibilidad de malignización siempre está presente en esta entidad, Compagno y Oertel⁶ recomiendan substituir los términos "cistadenoma mucinoso" y "cistadenocarcinoma mucinoso" por el de neoplasia quística mucinosa con enfermedad maligna latente o manifiesta. En el caso que aquí se informa, el patólogo estableció el diagnóstico histopatológico de tumor mucinoso quístico del páncreas con potencial maligno.

Sin resección, la identificación de la naturaleza precisa de las lesiones quísticas del páncreas es imposible.

A pesar de existir múltiples auxiliares de diagnóstico: US, TAC, IRM, pancreatografía endoscópica, determinación de marcadores tumorales, análisis del líquido del quiste, biopsia por aspiración con aguja fina y aun biopsia transoperatoria, las posibilidades de error diagnóstico son altas,⁷⁻¹⁰ llegando en algunas series hasta 40%.⁸

La TAC es útil para detectar el quiste pero no distinguirá confiablemente una neoplasia de un pseudoquiste, tumores serosos de mucinosos o benignos de malignos.^{8,9} La presencia de loculaciones, como en el caso que nos ocupa, es un criterio confiable para pensar en neoplasia más que en pseudoquiste pero no permite distinguir entre tumores serosos y mucinosos.⁸ La irregularidad del epitelio es una característica prominente de las neoplasias quísticas del páncreas.⁶ En muchos casos, la existencia de áreas extensas desnudas de epi-

telio conduce al diagnóstico inicial erróneo de pseudoquistes.^{8,10} La naturaleza mixta del epitelio de los tumores mucinosos también puede conducir al diagnóstico equivocado, ya que en estos tumores suelen coexistir el epitelio seroso y el mucinoso.^{8,10} Finalmente, en los cistadenocarcinomas mucinosos la porción maligna del revestimiento del quiste puede representar sólo un foco pequeño en un tumor por lo demás de apariencia benigna.¹⁰ Si no hay metástasis obvias o invasión a estructuras contiguas puede ser difícil distinguir entre una lesión benigna y una maligna.

Dada la necesidad de mejores pruebas preoperatorias para distinguir entre los diferentes tipos de quistes pancreáticos, algunos autores han recomendado la punción percutánea con aspiración, guiadas por US o TAC y el estudio del material obtenido, incluyendo viscosidad, niveles de amilasa, lipasa y diversos marcadores tumorales, así como citología. Además de que la experiencia con este método es limitada, los resultados no siempre permiten establecer con seguridad la naturaleza del quiste¹⁰ y el método tiene el riesgo de sembrar células malignas en el peritoneo o en el trayecto de la aguja en los casos de lesión maligna⁸ por lo que parece poco recomendable.

La resección quirúrgica completa del tumor es el tratamiento de elección y debe ser considerada en todos los casos. Durante la operación, el cirujano con frecuencia no puede distinguir con precisión entre tumores serosos y mucinosos o entre tumores benignos y malignos, a menos que exista enfermedad metastásica.

La presencia de epitelio discontinuo y la coexistencia de elementos benignos y malignos en un mismo tumor hacen que aún las biopsias no sean del todo confiables y que se requiera de examen histopatológico de toda la neoplasia para establecer el diagnóstico definitivo.⁸ Para las lesiones del cuerpo y la cola del páncreas se recomienda la pancreatctomía distal, procedimiento realizado en el caso que se informa. Para las lesiones de la cabeza de la glándula el procedimiento de Whipple.

Los drenajes simples, interno o externo, deberán considerarse como un último recurso ya que suelen condicionar complicaciones importantes como recurrencia del quiste, estenosis de la boca anastomótica, crecimiento neoplásico hacia la víscera de la anastomosis (y oclusión secundaria de dicha víscera) y fístula pancreática externa. Se ha recomendado la conducta expectante en pacientes añosos, con alto riesgo quirúrgico, en quienes la TAC y la biopsia por aspiración sugieren fuertemente la posibilidad diagnóstica de cistadenoma seroso, sin embargo, deben tenerse en cuenta las consecuencias potenciales de este tratamiento conservador, que incluyen un riesgo pequeño de transformación maligna, hemorragia, pancreatitis crónica y crecimiento progresivo de la lesión con la eventual aparición de síntomas obstructivos.⁹

En la actualidad, todas las neoplasias quísticas mucinosas del páncreas deben considerarse potencialmente malignas y, aunque con frecuencia se menciona que el cistadenocarcinoma del páncreas es altamente curable, varias series analizadas demuestran lo contrario, encontrando en el momento de la operación tumores muy agresivos, en ocasiones irreseccables, con metástasis extensas, progresión rápida y muerte a corto plazo, comportamiento muy similar al que se observa en el carcinoma pancreático habitual.⁸

Conclusión

Las neoplasias quísticas del páncreas son lesiones poco frecuentes, sin embargo, el cirujano debe estar familiarizado con ellas ya que el diagnóstico diferencial con el pseudoquiste (mucho más frecuente) y aun el diagnóstico diferencial entre neoplasias benignas y malignas puede ser muy difícil. El tratamiento ideal es la extirpación quirúrgica completa de la lesión, como la realizada en el caso que se informa.

Referencias

- Hernández SRV, Silva OJ, Rodríguez JP, Hernández AC, Díaz VD, Guzmán Patraca C, et al. Tumores pancreáticos poco frecuentes: experiencia de 10 años. *Cir Cir* 1993; 60: 11-9.
- Magaña SJ, Silva OJ, De la Torre MG, Belmonte Montes C, Hernández AC. Cistadenoma seroso de páncreas. A propósito de 5 pacientes. *Cir Gen* 1997; 19: 304-8.
- Valdés-González R, Molinar L, Ortega-Salgado JA. Neoplasia epitelial papilar sólida y quística de páncreas. Imágenes del tumor y seguimiento. *Gac Méd Méx* 1999; 135: 333-7.
- Juárez CD, Flores GS, Senties CS, Mendoza M. Neoplasias quísticas primarias del páncreas: Informe de dos pacientes, uno con cistadenoma y otro con cistadenocarcinoma. *Cir Gen* 2001; 23: 177-81.
- Howard JM. Neoplasias quísticas y quistes verdaderos del páncreas. *Clin Quir Norteam* 1989; 69: 711-25.
- Compagno J, Oertel JE. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas with overt and latent malignancy (cystadenocarcinoma and cystadenoma). A clinicopathologic study of 41 cases. *Am J Clin Pathol* 1978; 69: 573-80.
- Horvath KD, Chabot JA. An aggressive resectional approach to cystic neoplasms of the pancreas. *Am J Surg* 1999; 178: 269-74.
- Warshaw AL, Compton CC, Lewandrowski K, Cardenosa 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.
- Pyke CM, van Heerden JA, Colby TV, Sarr MG, Weaver AL. The spectrum of serous cystadenoma of the pancreas. Clinical, pathologic, and surgical aspects. *Ann Surg* 1992; 215: 132-9.
- Lewandrowski KB, Southern JF, Pins MR, Compton CC, Warshaw AL. Cyst fluid analysis in the differential diagnosis of pancreatic cysts. A comparison of pseudocysts, serous cystadenomas, mucinous cystic neoplasms and mucinous cystadenocarcinoma. *Ann Surg* 1993; 217: 41-7.