

Cistoadenoma Mucinoso en Cola de Páncreas

Mosquera Gutiérrez, Jorge¹, Isla Maldonado, Fabiola M.¹

1- Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – Servicio de Cirugía Oncológica

Correspondencia: jantonio_1984@yahoo.com

RESUMEN

El cistoadenoma mucinoso de cola de páncreas es una tumoración infrecuente. Es una tumoración pre maligna y el pronóstico depende de la reseccabilidad y la invasión, suele ser asintomático y se diagnóstica básicamente por métodos de imagen (TEM, RMN, ecografía, etc.). El tratamiento es quirúrgico con resección radical y seguimiento estricto.

La paciente descrita presentó un caso de cistoadenoma mucinoso el cual fue sintomático, diagnosticado por tomografía axial computarizada. Viendo la reseccabilidad del tumor se le realizó pancreatocistoductectomía distal más splenectomía y se le inició el seguimiento.

Palabras clave: cistoadenoma mucinoso, tumores pancreáticos, quistes páncreas.

ABSTRACT

Distal pancreatic mucinous tumors are infrequent. It is a pre-malignant tumor and the prognosis depends on resectability and invasion, usually asymptomatic, is basically diagnosed by imaging methods (TEM, RMN, ecography, etc.). Treatment iradical is surgical resection and close follow-up.

The patient had a symptomatic mucinous cystadenoma. Diagnosed by computerized axial tomography. Considering it resectable, she underwent distal pancreatectomy and splenectomy and has begun follow-up.

Keywords: mucinous cystadenoma, pancreatic tumors, pancreatic cyst

INTRODUCCIÓN

Los quistes pancreáticos son poco frecuentes. Siendo el pseudoquiste pancreático el más frecuente, encontrándose en un 90% de todos ellos y generalmente no requieren tratamiento quirúrgico. Los menos frecuentes son los verdaderos tumores quísticos pancreáticos, los cuales se encuentran en un 10%³ y de acuerdo a la clasificación de la OMS son cuatro tipos: neoplasia quística o cistoadenoma seroso (benigno), neoplasia quística o cistoadenoma mucinoso (potencialmente maligno), neoplasia pseudopapilar

sólida y el tumor o neoplasia mucinoso papilar intraductal^{5,10}. Debido al incremento en la incidencia de los quistes pancreáticos por el amplio uso de cada vez más sofisticadas técnicas de imagen abdominal, se requiere una mayor precisión de la conducta quirúrgica a seguir¹¹.

El cistoadenoma mucinoso, representa el 1% de todos los tumores quísticos pancreáticos^{3,9}. Se observa con frecuencia casi exclusiva de población femenina (99.7%) con una edad promedio de ocurrencia de 50 (rango de 20-82 años de edad)¹³.

Son comúnmente encontrados en cuerpo y cola del páncreas, debido a su proximidad de estas zonas a la gónada femenina en el embrión¹⁴. Suele ser asintomático, pero pese a ello puede causar dolor abdominal o síntomas derivados del efecto de masa, como ictericia. Estos tumores tienen un potencial pre maligno, según reportes de un 17%¹, y pueden ser malignos en un 25% de los casos al momento del diagnóstico¹², por ello es necesaria su intervención quirúrgica inmediata al momento del diagnóstico.

Está formado por un epitelio secretor de mucina que al ser aspirado presenta alta viscosidad, niveles variables de amilasa, niveles altos de CEA (> 800ng/mL) y si se malignizan, también un alto nivel de CA 19-9^{12,15}. Macroscópicamente son tumores redondeados, superficie lisa y pseudocápsula fibrosa, con calcificaciones en un 15% de los casos, los espacios quísticos contienen mucina y su tamaño promedio oscila entre 6cm a 11 cm¹⁴. Microscópicamente se evidencia un epitelio interno y un estroma celular tipo ovario, con células epiteliales cuboidales o columnares, con abundante mucina intracelular en más de un 50% de los casos¹². No existe comunicación del cistoadenoma con el conducto pancreático y los factores predictivos de malignidad incluyen gran tamaño (> 3cms), irregularidad y engrosamiento de la pared y partes solidas (nódulos) o proyecciones papilares por fuera o dentro del quiste, las cuales aumenta si estos miden más de 3cm^{12,8}.

El tratamiento es quirúrgico, en el cual se debe realizar la resección total del tumor.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer, de 53 años con los siguientes antecedentes de importancia: TBC en 1969 la cual recibió tratamiento completo. Post operada hernia inguinal derecha, 3 intervenciones quirúrgicas por cesárea.

Paciente acude con un tiempo de enfermedad de 1 mes, refiriendo dolor abdominal tipo cólico en epigastrio el cual se irradia en forma de cinturón de intensidad 6/10, y cede parcialmente con analgesia. Acude a establecimiento de salud, donde es atendida por el servicio de gastroenterología, realizándole ecografía y tomografía donde se evidencia quiste dependiente de cola pancreática a considerar cistoadenoma mucinoso en cola de páncreas y se decide su pase al servicio de cirugía.

Al examen físico: Signos vitales PA: 120/80mmHg, FC 80x, FR 20x, SatO2 98%, T°36.7C. La somatometría fue talla 1.50m y peso 54kg, IMC 24.

Piel: tibia, hidratada, elástica; Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax sin rales; Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos; Abdomen: RHA positivos, Blando, depresible, dolor moderado a la palpación en el epigastrio, no signos peritoneales, no se palpan masas, genitourinario: puño percusión lumbar negativo; SNC: lúcido orientado, en espacio tiempo y persona, escala Glasgow 15/15.

Resultados de laboratorio al ingreso: Glucosa 98 mg/dl, Urea 24 mg/dl, Creatinina 0.62mg/dl,

Tabla 1. Diagnóstico Diferencial de las Lesiones Quísticas del Páncreas¹²

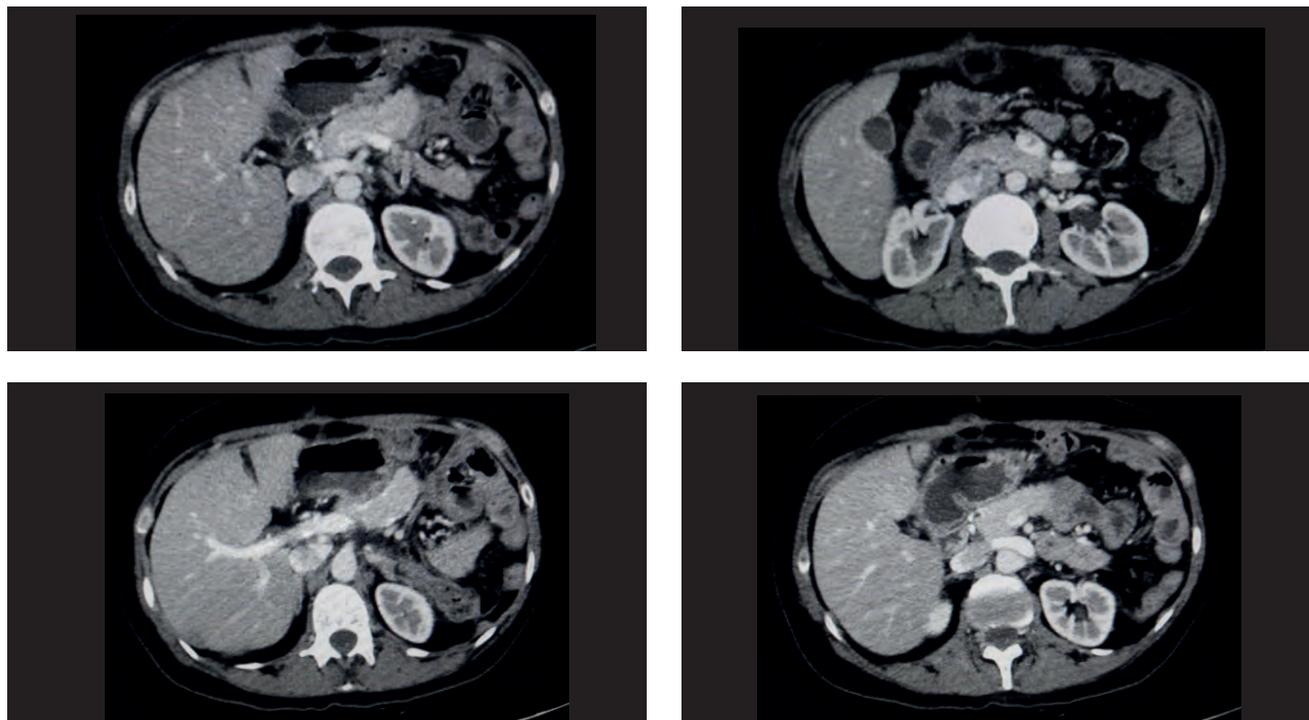
Type	age(years)	Location in Pancreas	Malignant potential	Communication with the duct
Retention cyst		Mainly head	None	Rarely
Pseudocyst		Anywhere	None	Frequently
Serous cystadenoma	50-70	Anywhere	Very Low	Rarely
Mucinous cystadenoma	40-50	Mainly body an tail	High	Occasionally
Intracanalicular papillary mucinous neoplasm	60-70	Mainly body an tail	Moderate high	Typically
Solid pseudopapillary tumor	20-40	Anywhere	Moderate	Rarely

bilirrubina total 0.37 mg/dl, bilirrubina directa 0.16mg/dl, Proteínas totales 6.92 g/dl, albúminas 3.8g/dl, fosfatasa alcalina 75 U/L, Hb 10.9 g/dl, antígeno CA 19 9 : 7,66U/ml, AFP 2.1 ng/dl, Antígeno CA 15 3: 5.9 u/ml.

Se realiza ecografía el día 17/12/2016, donde se evidencia en páncreas formación quística de 99x62x80mm, pared engrosada de 3.7mm, presencia de múltiples ecos difusos en suspensión que compromete cuerpo y cola del páncreas, y sugieren completar con tomografía abdominal.

Se le realiza tomografía abdominal superior con contraste: 20/12/2016 quiste septado con vesículas intraquísticas dependiente de la cola pancreática que lo compromete en su totalidad, con contenido mucinoso a considerar cistoadenoma mucinoso de cola pancreática, y quistes septados hepáticos. 13/02/2017 lesión expansiva de 100x82mm que compromete cuerpo y cola pancreática con contenido denso y trabéculas internas, hacia el lado superior ejerce efecto de masa comprimiendo el plexo venoso perigástrico, lo que condiciona ectasia del mismo, a considerar cistoadenoma mucinoso vs pseudoquiste pancreático.

(A)



(B)

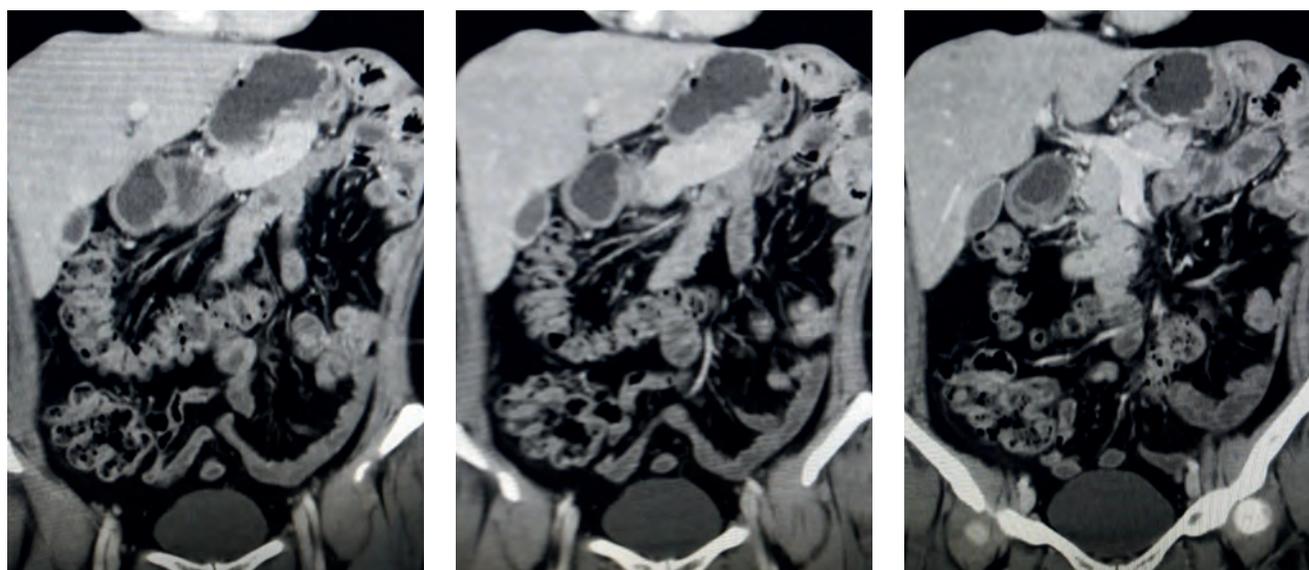


Grafico 1. (A) Corte axial. (B) Corte coronal. Se evidencia Imágenes tomográficas que muestran Cistoadenoma mucinoso de gran tamaño, a nivel de cola del páncreas.

Se programa a sala de operaciones el día 14/02/17, con diagnóstico pre quirúrgico de quiste de cola de páncreas. Se le realiza pancreatectomía distal + esplenectomía + colocación de 2 drenes Penrose. Encontrándose en los hallazgos significativos: tumor en cola pancreática de 10 x 8 cm que infiltra hilio esplénico, vasos del estómago y mesenterio del colon transversal, no se evidencia infiltración de ganglios. Y diagnóstico post operatorio de tumor quístico pancreático (d/c cistoadenoma mucinoso).

La pieza operatoria pasa al servicio de anatomía patológica el día 16/02/17 donde se observa epitelio columnar mucinoso monoestratificado con atipia mínima, que descansa sobre un estroma de aspecto ovárico, rodeado de estroma fibroso, extensas áreas de erosión y denudación de la mucosa superficial. La inmunohistoquímica: CEA +, CK7 ++, estrógeno +, progesterona +. Diagnóstico neoplasia mucinosa quística de bajo grado de cola de páncreas. Bazo libre de neoplasia.

DISCUSIÓN

Los tumores quísticos pancreáticos no son frecuentes, viéndose en la gran mayoría de los casos en mujeres en etapa adulta, siendo la edad promedio 50 años y suelen ser asintomáticos. La lesión quística se visualiza mediante técnicas de imagen, como ecografía, tomografía abdominal, resonancia magnética y mediante dosaje de marcadores tumorales en el líquido intraquístico obtenido por punción aspiración, como ayuda al diagnóstico⁸.

En el paciente descrito observamos que se trata de una paciente mujer, la que presenta sintomatología tipo dolor abdominal, por lo que se le realiza una serie de exámenes, dentro de ellos la tomografía, como técnica de imagen. Las imágenes tomográficas tomadas logran visualizar lesiones expansivas que comprometen cuerpo y cola de aspecto quístico. Los marcadores tumorales séricos presentan resultados dentro de los valores normales, los cuales podrían ayudar en caso se trate de un tumor de características malignas.¹

En el caso de exámenes de laboratorio no suelen cursar con alteraciones alarmantes, pero podríamos ver alteraciones de enzimas pancreáticas.

Al tener todas estas características, el diagnóstico diferencial que se debe tener presente es el pseudoquiste pancreático, ya que este se ve en un 90% de todos los quistes a nivel del páncreas.

El tratamiento de elección en el caso de un cistoadenoma mucinoso es la resección quirúrgica, la cual dependerá de la localización del tumor, del tamaño y si es posible la resección total del mismo; en el caso de la paciente, que prequirúrgicamente fue diagnosticada como un tumor quístico o cistoadenoma mucinoso localizado en cuerpo y cola del páncreas, de gran tamaño (8 x 10 cms), se le realizó una pancreatectomía distal radical (con disección ganglionar) más esplenectomía por encontrarse infiltración del hilio esplénico y por su alta probabilidad de malignización. En los casos en los que no se puede reseccionar en primera instancia, se procedería a la reducción del tumor mediante técnicas

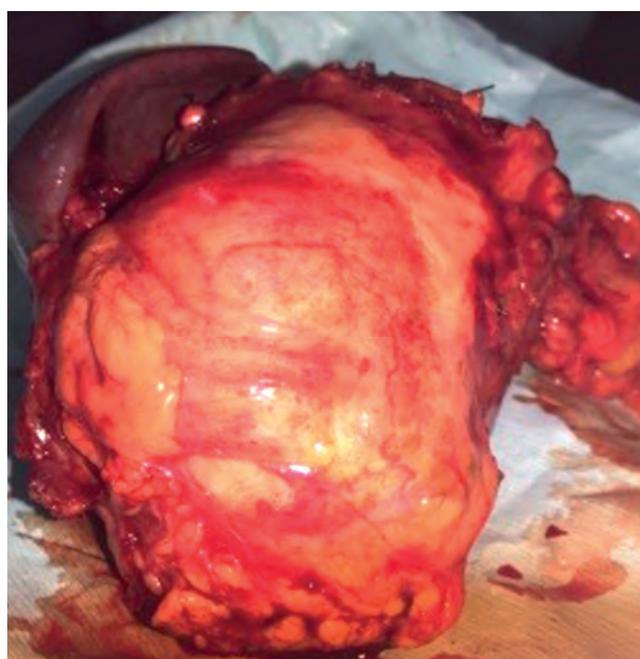
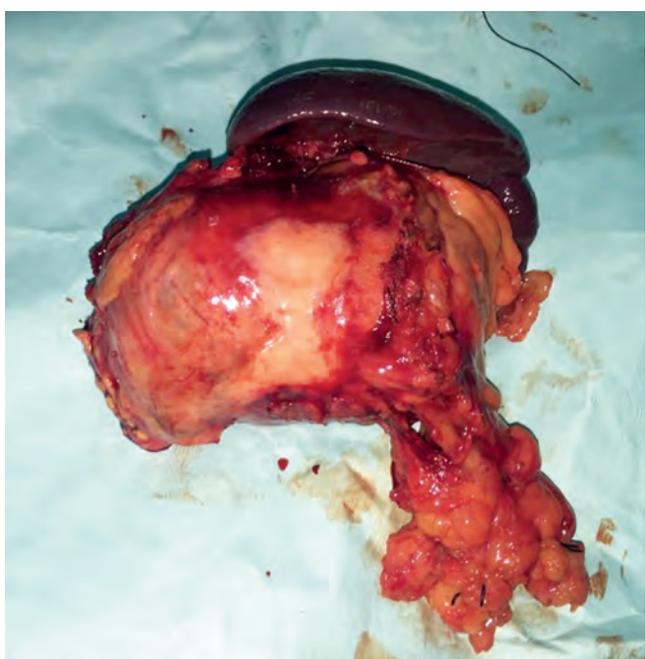


Grafico 2. Imagen macroscópica de la pieza operatoria del tumor quístico en cola de páncreas. Post pancreatectomía distal + esplenectomía.

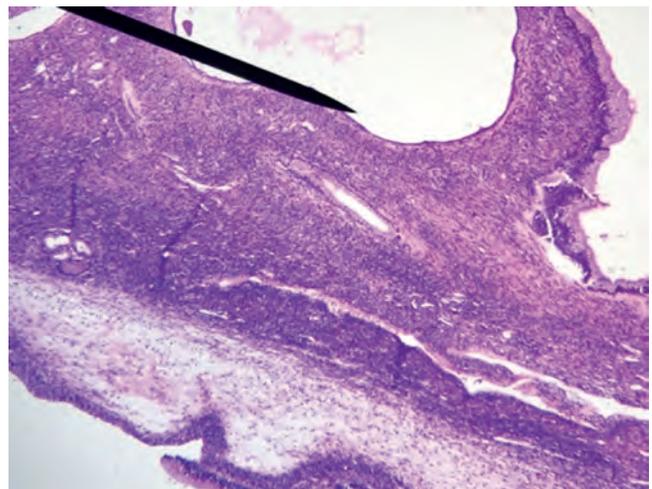
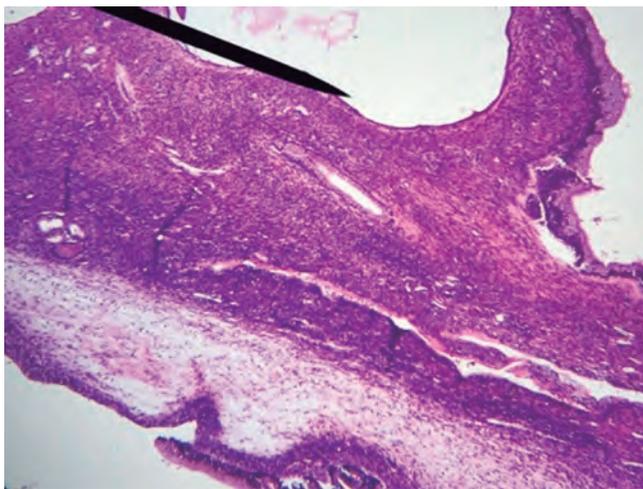


Grafico 3. Epitelio columnar mucinoso monoestratificado con atipia mínima, que descansa sobre un estroma de aspecto ovárico, rodeado de estroma fibroso, extensas áreas de erosión y denudación de la mucosa superficial (Dra. Silvia Muñoz Chávez)

radioterápicas o quimioterápicas para luego poder realizar la resección radical. Dado que estas lesiones generalmente son únicas, como en el caso de la paciente, la resección radical generalmente es curativa y hay poca probabilidad de que el páncreas remanente haga enfermedad maligna o carcinoma.² En algunos casos la enucleación es una opción y está asociado a menor morbilidad, menor tiempo operatorio y baja incidencia de insuficiencia pancreática exocrina y endocrina.²

Resección laparoscópica con preservación de bazo es factible y segura en cistoadenoma mucinoso. Además se asocia menor tiempo de hospitalización, menor

sangrado y a un menor número de complicaciones al compararlo a la abierta¹⁶.

La anatomía patológica fue acorde al diagnóstico planteado, cistoadenoma mucinoso de cola de páncreas de bajo grado. En los casos de Cistoadenoma mucinoso no invasivos la sobrevida a 5 años es casi el 100%. En los casos invasivos, la sobrevida en el 57% a los 5 años, siendo de mejor pronóstico si no se encuentran adenopatías, como en el caso de la paciente presentada en este reporte. En los casos invasivos, la guías de consenso internacional del 2012, recomienda un seguimiento post operatorio estricto, por lo menos un examen de imagen cada 6 meses durante los primeros 2 años y luego anualmente^{5,17}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Therapeutic Approach to Cystic Neoplasms of the Pancreas, *Surg Oncol Clin N Am* 25 (2016) 351–361
2. Spectrum and Classification of Cystic Neoplasms of the Pancreas, *Surg Oncol Clin N Am* 25 (2016) 339–350
3. Cistoadenoma Mucinoso Páncreas, *Archivo Médico de Camagüey* 2006; 10(3) ISSN 1025-0255.
4. Hepatobiliary and pancreatic surgery, distal pancreatectomy open, Jordan Winter and Peter J. Allen, 2013.
5. Neoplasias quísticas del páncreas, *Rev. Colomb Cir* 2012; 27:63-68.
6. Quistes esplénicos, reporte de caso, *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* / Vol. XXXIX - N° 1, 2006.
7. Mucinous cystadenocarcinoma of the pancreas – outcome following different modes of treatment, *Annals of Gastroenterology* (2011) 24, 213-217.
8. Management of mucinous cystic neoplasms of the pancreas, *World J Gastroenterol* 2010 December 7; 16(45): 5682-5692 ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2840 (online) © 2010 Baishideng.
9. Serous cystic neoplasms of the pancreas: Clinicopathologic and molecular characteristics, *Seminars in Diagnostic Pathology* 31 (2014): 475-483
10. Surgical treatment of pancreatic cystic tumors, *POL PRZEGL CHIR*, 2017; 89 (1), 1-8.
11. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Diagnosis and Management of Asymptomatic Neoplastic, *Gastroenterology* 2015; 148: 819–822.
12. Cystic lesions of the pancreas, *Annals of Gastroenterology* (2016) 29, 155-161
13. *World J Surg* 2006; 30(12):2236–45A review of mucinous cystic neoplasms of the pancreas defined by ovarian-type stroma: clinicopathological features of 344 patients.
14. *Gastroenterol Clin N Am* 45 (2016) 67–81. Pancreatic Cystic Neoplasms: An Update.
15. *J Gastrointest Liver Dis* 2011; 20(2): 175–80. Pancreatic cyst fluid analysis: a review.
16. *Ann Surg* 2008; 248: 438–46. Left-side pancreatectomy: a multicenter comparison laparoscopic and open approach.
17. *Pancreatolgy* 2012; 12: 183–97 [Systematic review]. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas