

MANEJO DE NEOPLASIA QUÍSTICA MUCINOSA DEL PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE UN CASO REVISIÓN DE LA LITERATURA

ARTURO CORDERO G, MARÍA V GOYO, ROBERTO RAMÍREZ, CARLOS DE PACE, JORGE ORTIZ, GABRIEL ÁLVAREZ

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL "DR. RICARDO BAQUERO GONZÁLEZ". CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVO: Presentamos por su poca frecuencia paciente femenina de 48 años, quien refiere aumento de volumen, dolor abdominal de tipo punzante desde 2012. **CASO CLÍNICO:** Examen físico: abdomen globoso, masa palpable en epigastrio hacia pelvis con extensión hacia flanco izquierdo, indurada, móvil, levemente dolorosa. TAC abdominal: LOE quístico en cuerpo y cola de páncreas, LOE para-uterino izquierdo de naturaleza quística, útero aumentado de tamaño. PAAF endoscópica de quiste pancreático insatisfactorio. Laboratorios: CA 19-9:54,91U/mL. Se realiza laparotomía exploradora + ooforectomía izquierda + corte congelado + histerectomía total + pancreatectomía corpocaudal + esplenectomía + corte congelado. Biopsia definitiva: teratoma quístico benigno, leiomiomas uterinos, neoplasia quística mucinosa no invasiva del páncreas, con displasia de bajo grado, ganglios linfáticos libres. **DISCUSIÓN:** Las neoplasias quísticas mucinosas histológicamente se diferencian tres tipos tumorales, el cistoadenoma mucinoso (65 %), que es una lesión benigna sin atipias epiteliales; las neoplasias quísticas mucinosas proliferativas no invasivas (30 %), que presentan diferentes grados de displasia e incluso carcinoma *in situ*, y el cistoadenocarcinoma mucinoso invasivo (5 %), que es un tumor maligno de mal pronóstico. **CONCLUSIÓN:** Las neoplasias quísticas mucinosas del páncreas son tumoraciones que se observan en nuestra práctica médica con mayor frecuencia. Su diagnóstico correcto se ha facilitado con la realización de ecografía más TC con realización de una PAAF. Una vez se tenga la certeza de estar ante una neoplasia quística mucinosa de páncreas, el tratamiento adecuado es la resección quirúrgica adaptada a la localización del tumor. **PALABRAS CLAVE:** Cáncer, páncreas, mucinoso, quístico, cirugía.

SUMMARY

OBJECTIVE: The cystic tumors of the pancreas are a heterogeneous group of rare neoplasms. **CASE REPORT:** We present a clinical case of a female patient, 48 years old, who refers abdominal pain throbbing since the year 2012. The physical exam: Globose abdomen, palpable epigastric mass with extension into the pelvis to left flank, indurated, mobile, slightly painful. Abdominal CT: Pancreatic cystic body and tail, para-uterine tumor left cystic nature, enlarged uterus. The endoscopic pancreatic cyst results unsatisfactory. Laboratory CA 19-9:54.91 U / mL, she underwent a left oophorectomy laparotomy explorer + frozen cut +total hysterectomy + corpus-caudal pancreatectomy + splenectomy + frozen section. The definitive biopsy results in benign cystic teratoma, uterine leiomiomas, mucinous cystic neoplasm of the pancreas noninvasive, low grade dysplasia, free lymph nodes. **DISCUSION:** The mucinous cystic neoplasms are different histologically actually known three tumor types, mucinous cystadenoma (65 %), which is a benign epithelial lesion without atypia; proliferative mucinous cystic neoplasms noninvasive (30 %), having different degrees of dysplasia and even carcinoma *in situ*, and invasive mucinous cyst adenocarcinoma in (5 %), which a malignant tumor with a poor prognosis is. **CONCLUSION:** The mucinous cystic neoplasms of the pancreas tumors are seen in our practice more often. A correct diagnosis has been facilitated by performing ultrasound plus CT performing FNAB. Once the certainty of being before a mucinous pancreatic cystic neoplasm, the proper treatment is surgical resection tailored to the location of the tumor is taken. **KEY WORDS:** Cancer, pancreas, mucinous, cystic, surgery.

Recibido: 16/08/2014 Revisado: 15/09/2014

Aceptado para publicación: 29/09/2014

Correspondencia: Dr. Arturo Cordero. Hospital Ricardo

Baquero G. Sector Los Flores de Catia, calle el Yunque, Caracas, Venezuela. Tel: 041222929020. E-mail: arturocorderoguzman@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores quísticos del páncreas (TQP) constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias (tumores serosos, mucinosos y un grupo miscelánea), poco frecuente, representan el 15 % de los tumores del páncreas, la neoplasia quística mucinosa del páncreas supone más del 50 % de las neoplasias quísticas pancreáticas y afectan, en el 84 % de los casos, a mujeres alrededor de los 53 años de edad ⁽¹⁻⁶⁾. El interés hacia esta patología se ha ido incrementando en los últimos años por su alta tasa de curación y su potencial confusión con enfermedades pancreáticas benignas. El desarrollo de nuevos métodos diagnósticos aplicados a pacientes asintomáticos o mínimamente sintomáticos ha provocado un aumento del número de estas lesiones. El diagnóstico exacto preoperatorio se ha convertido en una prioridad, debido a las repercusiones terapéuticas que conlleva. Presentamos nuestra experiencia sobre el diagnóstico, la actitud terapéutica y el seguimiento de un caso afectado por neoplasia quística mucinosa de páncreas.

CASO CLÍNICO

Femenina de 48 años de edad, quien inicia enfermedad actual en el 2012, por aumento de volumen y dolor abdominal localizado en mesogastrio de tipo punzante. Antecedentes quirúrgicos: 3 cesáreas segmentarias, laparotomía ginecológica + cuña de ovario derecho por quiste de ovario roto, tiroidectomía parcial por nódulo tiroideo derecho, hace 25 años.

Al examen físico: paciente en estables condiciones generales, cuello: móvil, simétrico con cicatriz de Kocher eutrófica, sin adenopatías, abdomen globoso, se evidencia cicatriz suprapúbica eutrófica, ruidos hidro-aéreos presentes, se palpa masa de aproximadamente 30 cm x 30 cm

en epigastrio hacia la pelvis con extensión hacia flanco izquierdo, indurada, móvil, levemente dolorosa.

Se solicita TAC abdominal con doble contraste: 1. LOE quístico en relación con cuerpo y cola de páncreas, de contornos regulares y paredes gruesas, de 5,7 cm x 7,8 cm. 2. LOE parauterino izquierdo de naturaleza quística sugiriendo etiología anexial de contornos regulares bien definidos de aproximadamente 11 cm x 7,3 cm, útero en AVF central con aumento de tamaño de contornos lobulados, miometrio heterogéneo 3. Quiste cortical simple de riñón izquierdo.

Endoscopia digestiva superior: estudio normal, siendo insatisfactoria la toma de muestra por PAF endoscópica de quiste pancreático. Endoscopia digestiva inferior: enfermedad hemorroidal interna no complicada.

Laboratorios: alfa fetoproteína: 1,5 ng/mL; antígeno carcino embrionario: 2,1 ng/mL; CA-125: 4,82 U/mL; CA 19-9: 54,91 U/mL, leucocitos: 5 200 $10^3/\mu\text{L}$; HGB: 7,6 gr/dL; HCT: 23,9 %; plaquetas: 4 300, perfil tiroideo dentro de límites normales. Se diagnostica: 1. Neoplasia quística de páncreas, 2. LOE parauterino izquierdo, 3. Leiomiomatosis uterina anemizante.

Se realiza laparotomía exploradora + ooforectomía izquierda + corte congelado + histerectomía total + pancreatectomía corporocaudal + esplenectomía + corte congelado. Cuyos hallazgos fueron: escaso líquido de aspecto cetrino libre en cavidad, tumor de ovario izquierdo de 12 cm adherido a sigmoides, útero miomatosis de 15 cm x 10 cm x 6 cm; tumor quístico de cuerpo y cola de páncreas, corte congelado de ovario izquierdo: teratoma quístico maduro, corte congelado de quiste pancreático: diferido.

Diagnóstico y hallazgos microscópicos: teratoma quístico benigno (maduro), trompa uterina izquierda sin cambios histológicos

significativos, leiomiomas uterinos, neoplasia quística mucinosa no invasiva del páncreas, con displasia de bajo grado, márgenes quirúrgicos libres de neoplasia, ganglios linfáticos nueve (9) libres de lesión.

Paciente quien evoluciona tórpidamente; al 2° día de evolución presenta pancreatitis posquirúrgica, evolucionando satisfactoriamente con tratamiento médico, al 10° día de hospitalización se evidencia aumento de volumen en miembro superior derecho posterior a toma de punción venosa central subclavia derecha, diagnosticándose trombosis venosa profunda de vena braquial y axilar derecha, con resolución satisfactoria al tratamiento médico con anti-coagulantes.

DISCUSIÓN

La neoplasia quística mucinosa representa más del 50 % de las neoplasias quísticas pancreáticas y afectan, en el 84 % de los casos, a mujeres alrededor de los 53 años de edad (rango: 18-82 años) ⁽¹⁻⁴⁾. Sus síntomas de presentación son vagos e inespecíficos, dolor abdominal, masa abdominal, pérdida de peso. La presencia de estos síntomas es mucho más frecuente en caso de malignidad. Se trata de tumores grandes, de más de 5 cm de diámetro, localizados en el 75 % de los casos en cuerpo/cola pancreática y que no comunican con el conducto pancreático.

Son tumores multiloculares, de bordes bien definidos y superficie lisa, compuestos por varios quistes, rellenos de mucina. Suelen presentar en su interior septos y proyecciones papilares, observándose ocasionalmente calcificaciones periféricas a modo de “cáscara de huevo”. La superficie de los quistes está tapizada por una mono-capa de células epiteliales columnares productoras de mucina que se disponen sobre un estroma similar al ovárico.

En el 70 % de los casos la capa epitelial es incompleta (denudación multifocal), lo que puede

dar lugar a falsos negativos en la biopsia de estas lesiones. Histológicamente se diferencian tres tipos tumorales, el cistoadenoma mucinoso (65 %), que es una lesión benigna sin atipias epiteliales; las neoplasias quísticas mucinosas proliferativas no invasivas (30 %), que presentan diferentes grados de displasia e incluso carcinoma *in situ*, y el cistoadenocarcinoma mucinoso invasivo (5 %), que es un tumor maligno de mal pronóstico ⁽⁶⁻⁹⁾. Este último se supone originado desde una neoplasia quística mucinosa benigna.

A favor de este origen está la observación de que tumores quísticos mucinosos observados por largos períodos de tiempo acaban malignizándose y que hasta en el 55 % de los casos coexisten epitelios benignos y malignos en un mismo tumor. Esta última razón apoya el hecho de que estas neoplasias deban ser estudiadas por el patólogo en su totalidad, pues malignizarían focalmente.

El seguimiento posoperatorio debe ser estricto, independientemente del diagnóstico patológico final, debido al alto potencial maligno de estos tumores y a la imposibilidad de efectuar un examen histológico completo. La diferenciación entre los tres tipos histológicos es de gran importancia pronóstica, pues si bien la resección es el tratamiento de elección para las tres formas tumorales, en las dos primeras es curativa pero no en la tercera, en la que el pronóstico es peor ^(8,9).

Las neoplasias quísticas mucinosas del páncreas son tumoraciones que en la actualidad gracias al desarrollo de nuevas tecnologías se observan en nuestra práctica médica con más frecuencia. La inexistencia de episodios previos de pancreatitis facilita el diagnóstico clínico diferencial con el pseudoquiste. Su diagnóstico correcto se ha facilitado con los múltiples métodos diagnósticos actuales basándose en el protocolo de ecografía más TC. Ocasionalmente, el diagnóstico puede llegar a ser muy complejo, requiriendo realización de una PAAF endoscópica o por TC. Una vez

se tenga la certeza de estar ante una neoplasia quística mucinosa del páncreas, el tratamiento adecuado es la resección quirúrgica adaptada a la localización del tumor.

REFERENCIAS

1. Schatter PP, Avni Y, Gvirtz G, Rosen A, Czerniak A. The impact of laparoscopy and laparoscopic ultrasound on the management of pancreatic cystic lesions. *Arch Surg.* 2000;135(3):260-264.
2. Doi R, Fujimoto K, Wada M, Imamura M. Surgical management of intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas. *Surgery.* 2002;132(1):80-85.
3. Palomeque A, Ramia JM, Villar J, Mansilla A, Garrote D, Ferrón JA. Tumores quísticos mucinosos del páncreas. *Cir Esp.* 2004;75(4):196-199.
4. Obara T, Maguchi H, Saitoh Y, Itoh A, Arisato S, Ashida T, et al. Mucin-producing tumor of the pancreas: Natural history and serial pancreatogram changes. *Am J Gastroenterol.* 1993;88(4):564-569.
5. Traverso LW. Surgical treatment of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: The aggressive approach. *J Gastrointest Surg.* 2002;6(5):662-663.
6. Le Borgne J, De Calan L, Partensky C. Cystadenomas and cystadenocarcinomas of the pancreas: A multi-Institutional retrospective study of 398 cases. *Ann Surg.* 1999;230(2):152-161.
7. Horvath KD, Chabot JA. An aggressive resection approach to cystic neoplasms of the pancreas. *Am J Surg.* 1999;178(4):269-274.
8. Hashimoto L, Walsh RM, Vogt D, Henderson JM, Meyers J, Hermann R. Presentation and management of cystic neoplasms of the pancreas. *J Gastrointest Surg.* 1998;2(6):504-508.
9. Eloubeidi MA, Hawes RH. Mucinous tumors of the exocrine pancreas. *Cancer Control.* 2000;7(5):445-451.