

Adenoma seroso oligoquístico del páncreas

A. Alcalá-Galiano, S. Borrueal Nacenta, S. Jiménez-Arranz y P. Martín-Medina

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

El adenoma seroso oligoquístico o macroquístico de páncreas es una variante morfológica muy poco frecuente del llamado clásicamente adenoma microquístico de páncreas. Es una neoplasia benigna cuya apariencia radiológica, sin embargo, recuerda a las neoplasias mucinosas de páncreas, con potencial maligno. El radiólogo debe, por lo tanto, estar familiarizado con esta entidad, con el fin de plantear el manejo terapéutico más apropiado y evitar en lo posible cirugías innecesarias.

Palabras clave: páncreas, adenoma seroso macroquístico, neoplasia quística.

Serous oligocystic adenoma of the pancreas

Serous oligocystic or macrocystic adenoma of the pancreas is a very uncommon morphological variant of what was classically termed microcystic adenoma of the pancreas. This is a benign neoplasm; however, its radiological appearance mimicks that of potentially malignant mucinous neoplasms of the pancreas. Therefore, radiologists need to be familiar with this entity to ensure the most appropriate therapeutic management and help to avoid unnecessary surgery.

Key words: pancreas, macrocystic serous adenoma, cystic neoplasm.

INTRODUCCIÓN

El adenoma seroso macroquístico de páncreas es una neoplasia benigna, poco frecuente, con pocos casos documentados en la literatura. Se considera una variante morfológica rara del clásico adenoma microquístico de páncreas¹⁻⁵.

En la actualidad y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se prefiere denominar a estos tumores, en conjunto, neoplasias serosas quísticas, grupo que incluiría el adenoma seroso microquístico y el adenoma seroso macroquístico²⁻⁴.

Presentamos el caso de una paciente de 29 años con un adenoma seroso oligoquístico localizado en la cabeza del páncreas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años de edad y fumadora, que acude a Urgencias por un dolor abdominal difuso en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado a la fosa ilíaca derecha y de una semana de evolución. La analítica, el electrocardiograma (ECG) y la radiografía simple de tórax fueron normales.

Se realizó ecografía para descartar una patología de la fosa ilíaca derecha, identificándose un quiste anexial derecho de 4 cm, y un apéndice de características ecográficas normales. En la exploración del abdomen superior se observó una lesión quística

multiseptada de 7 x 4,9 cm en la región de la cabeza del páncreas. La vía biliar no estaba dilatada.

Se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) helicoidal realizada con agua como contraste oral y contraste intravenoso (Optiray®; Ioversol 300 mg/ml), con una dosis de 100 cc, flujo de 2 cc/sg, en fases arterial y venosa portal. La técnica empleada fue: grosor de corte 7 mm, índice de reconstrucción 5 mm, y *pitch* de 1,5. Se confirmó la existencia de una lesión quística multiloculada en la cabeza del páncreas (fig. 1), compuesta por al menos 5 quistes, todos ellos de más de 2 cm. Las paredes y los septos eran finos, no delimitándose polos sólidos ni calcificaciones. El resto del páncreas era normal. No se identificaron adenopatías de tamaño significativo ni otros hallazgos significativos.

Con el diagnóstico de tumoración quística de la cabeza del páncreas se realizó una resonancia magnética (RM) (figs. 2 y 3) con técnica en fase y fuera de fase, colangio-RM, y estudio dinámico con contraste en fases arterial y portal e intersticial tardía.

La paciente fue sometida a una duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica. El informe de anatomía patológica describía una neoformación benigna en la cabeza del páncreas, bien delimitada, constituida por quistes de tamaño variable delimitados por células epiteliales que no mostraban atipia ni mitosis, concluyendo que se trataba de un adenoma seroso oligoquístico.

DISCUSIÓN

Las neoplasias quísticas de páncreas son infrecuentes, constituyendo del 10 al 15% de todas las masas quísticas pancreáticas^{1,3,6-8}. Se dividen en dos grupos: neoplasias serosas quísticas y neoplasias quísticas mucinosas.

Dentro de las neoplasias serosas se incluyen el adenoma seroso microquístico y su variante macroquística. El grupo de neo-

Correspondencia:

ANDREA ALCALÁ-GALIANO RUBIO. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. Córdoba, s/n. 28041 Madrid. España. andrearoob@hotmail.com

Recibido: 10-II-05

Aceptado: 13-VI-06

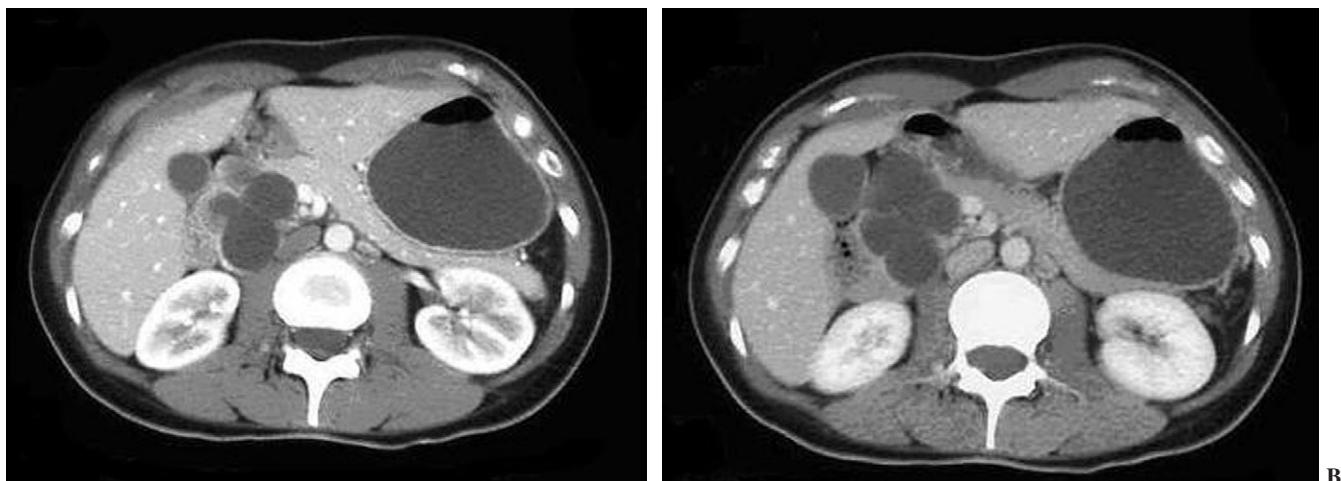


Fig. 1.—Imágenes axiales de TC con contraste intravenoso en fase arterial (A) y venosa portal (B), que muestran una masa quística multiloculada en la cabeza pancreática, con septos finos y sin polos sólidos. La lesión no presenta realce de contraste intravenoso.

plasias mucinosas incluye: adenoma mucinoso macroquístico, cistoadenocarcinoma mucoso quístico y tumor mucinoso papilar intraductal.

La diferenciación entre ambas entidades es importante, porque hay diferencias terapéuticas y pronósticas significativas, ya que todos los tumores mucinosos del páncreas tienen potencial maligno, y deberían considerarse lesiones malignas o premalignas^{5,7-9}, mientras que los tumores serosos son neoplasias benignas sin potencial maligno^{1-3,5-7,9,10}.

Clásicamente se ha descrito el adenoma seroso microquístico como una tumoración con innumerables quistes de pequeño tamaño (menores de 2 cm), rasgo que puede hacer que adopte incluso una apariencia sólida. Suele presentar una cicatriz central característica, estrellada, «en rueda de carro», y en ocasiones calcificada. Presenta una cápsula y septos finos, sin proyecciones papilares ni polos sólidos. Se puede localizar en cualquier parte del páncreas^{4,6,9,10}.

La variante macroquística del adenoma seroso se compone de un menor número de quistes de mayor tamaño (más de 2 cm)¹.

Las paredes y septos que delimitan estas lesiones son finas, y no presentan la cicatriz central típica del adenoma microquístico, aunque pueden presentar pequeñas calcificaciones focales^{1,2}. Parece mostrar un ligero predominio por la cabeza del páncreas³.

La apariencia radiológica de la variante macroquística es claramente distinta a la de la forma microquística, resultando sin embargo indistinguible de un tumor mucinoso. La ecografía, la TC con contraste intravenoso y la RM son las técnicas radiológicas no invasivas que se pueden realizar, y aunque los hallazgos se superponen considerablemente, la combinación de estas tres técnicas podría ayudar en el diagnóstico diferencial⁶.

Recientemente, Cohen-Scali et al³ plantearon los criterios diagnósticos que ayudarían a diferenciar un pseudoquiste de páncreas, la variante macroquística de una neoplasia serosa y una neoplasia mucinosa de páncreas. Así, la presencia de contornos lobulados, paredes finas, ausencia de realce y localización en la cabeza pancreática son más frecuentes en la variante macroquística de las neoplasias serosas que en el pseudoquiste o neoplasia mucinosa pancreática, pero consideran las pruebas de

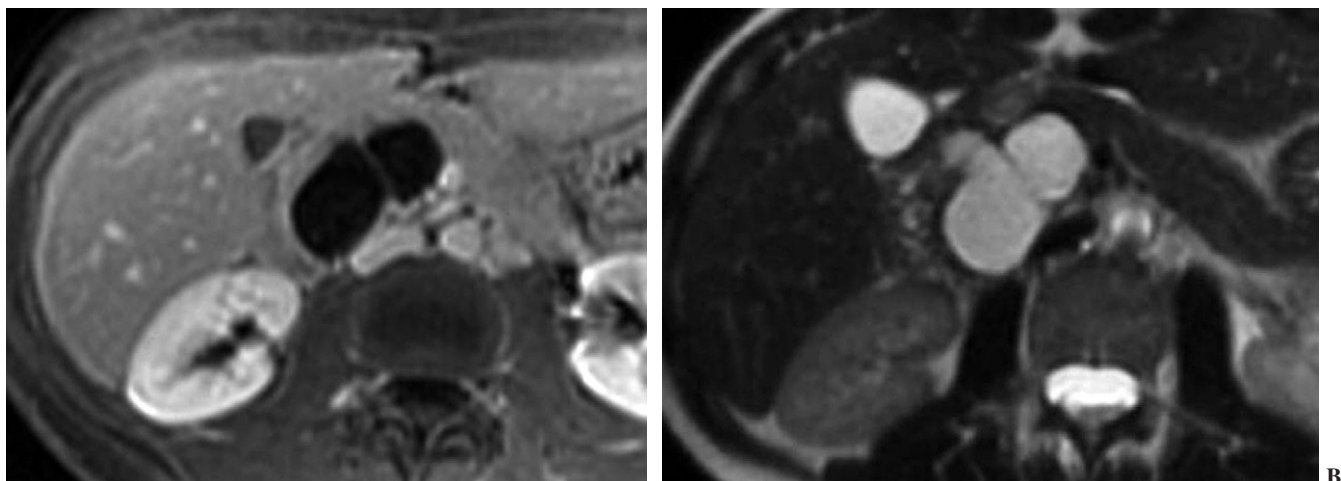


Fig. 2.—Imágenes axiales de RM (A) T1 con supresión grasa y contraste intravenoso y (B) FSE-T2 que muestran la misma lesión. La RM permite mejor caracterización de los septos. No se demostró realce con contraste intravenoso.

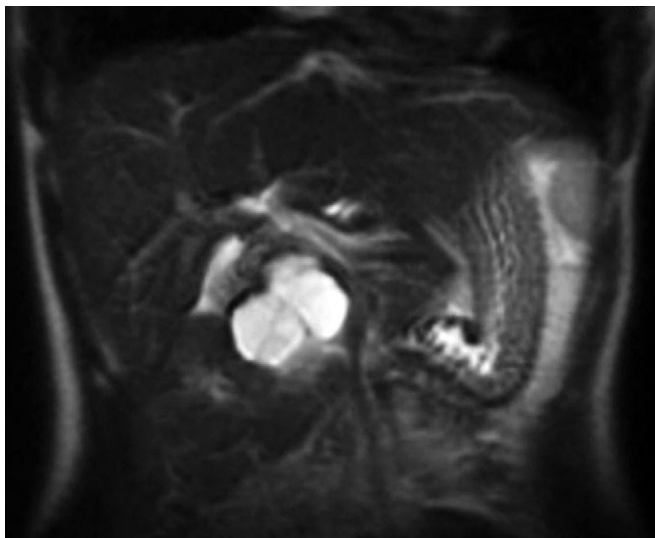


Fig. 3.—Imagen coronal de RM FSE-T2.

imagen demasiado imprecisas e insuficientes³. También Curry et al⁹ consideran que, dada la variabilidad de su apariencia en la TC, ésta es una herramienta insensible para diferenciar las neoplasias serosas y mucinosas del páncreas. Además, el hallazgo de una lesión pancreática compuesta por menos de 6 quistes mayores de 2 cm de diámetro es en un 93-95% de los casos una neoplasia quística mucinosa según algunos autores^{7,8}. Se ha postulado que la exploración con TC multicorte utilizando un protocolo estándar para páncreas¹ podría ser más sensible en la detección de las finas septaciones internas y pequeñas calcificaciones focales, más frecuentes en las neoplasias serosas quísticas que en las neoplasias mucinosas^{1,2}.

El tratamiento de estas lesiones depende en gran parte de su naturaleza. Mientras que las neoplasias mucinosas requieren resección quirúrgica completa dado su potencial maligno, los adenomas serosos no requieren tratamiento alguno si son asintomáticos, y sería suficiente realizar un seguimiento de estas lesiones con pruebas de imagen y marcadores tumorales^{1,9}. Si por el contrario son sintomáticos (presentando dolor abdominal, ictericia o pancreatitis recurrente) o el diagnóstico no es certero en base a los hallazgos clínicos y radiológicos, es necesaria una confirmación histopatológica.

Estudios recientes han concluido que las neoplasias serosas quísticas del páncreas, a pesar de sus diferencias biológicas, se componen del mismo tipo de células, y por lo tanto tienen una misma línea de diferenciación. Esta afirmación está apoyada también por el hecho de que expresan los mismos marcadores tumorales⁴. Por lo tanto, la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) y el análisis bioquímico de los niveles de marcadores en el líquido quístico relacionados con tumores mucinosos (antígeno carcinoembrionario (CEA), CA 72-4, CA 15-3 y 3-metilcolantreno) y algunos descritos en estudios más recientes como específicos para las neoplasias serosas quísticas del páncreas (enolasa específica de neurona, alfa-inhibina y MUC6)⁴ podrían ser útiles a la hora de caracterizar estas lesiones y evitar en un futuro su resección quirúrgica^{9,10}. Nuestra paciente presentaba marcadores tumorales CA 19-9 y CEA dentro de los valores normales.

Sin embargo, debido a la escasa experiencia con respecto a los análisis citológicos de este tipo de neoplasias en el momento ac-

tual, se suele considerar que la única manera de obtener un diagnóstico correcto es la realización de un examen anatomopatológico cuidadoso posterior a la escisión quirúrgica del tumor¹.

Además del análisis citológico del líquido aspirado en la PAAF, podría ser de utilidad la biopsia de la pared de la masa quística⁶. Estas células contienen glucógeno intracelular, pero no mucina^{5,10}.

CONCLUSIÓN

El radiólogo debe, por lo tanto, conocer la existencia de esta entidad, que se considera un tumor con comportamiento biológico similar al del adenoma seroso microquístico, es decir, benigno, pero que presenta una apariencia radiológica que se superpone a las lesiones mucinosas del páncreas. Dado que los hallazgos radiológicos pueden no ser lo suficientemente específicos como para excluir una neoplasia mucinosa, lesión con reconocido potencial maligno, recientemente se está considerando el análisis de marcadores tumorales en el líquido quístico obtenido con PAAF, así como el análisis citológico del líquido y la biopsia, como apoyo al diagnóstico con el fin de evitar cirugías innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khurana B, Mortelé KJ, Glickman J, Silverman SG, Ros PR. Macrocystic serous adenoma of the pancreas: radiologic-pathologic correlation. *AJR*. 2003;181:119-23.
2. Gouhiri M, Soyer P, Barbagelatta M, Rymer R. Macrocystic serous cystadenoma of the pancreas: CT and endosonographic features. *Abdom Imaging*. 1999;24:72-4.
3. Cohen-Scali F, Vilgrain V, Brancatelli G, Hammel P, Vullierme MP, Sauvanet A, et al. Discrimination of unilocular macrocystic serous cystadenoma from pancreatic pseudocyst and mucinous cystadenoma with CT: initial observations. *Radiology*. 2003;228:727-33.
4. Kosmahl M, Wagner J, Peters K, Sipos B, Klöppel G. Serous cystic neoplasms of the pancreas: an immunohistochemical analysis revealing alpha-inhibin, neuron-specific enolase, and MUC6 as new markers. *Am J Surg Pathol*. 2004;28(3):339-46.
5. Lewandrowski K, Warshaw A, Compton C. Macrocystic serous cystadenoma of the pancreas: a morphologic variant differing from microcystic adenoma. *Hum Pathol*. 1992;23(8):871-5.
6. Ros PR, Hamrick-Turner JE, Chiechi MV, Ros LH, Gallego P, SS Burton. Cystic masses of the pancreas. *Radiographics*. 1992;12:673-86.
7. Buetow PC, Rao P, Thompson LD. From the archives of the AFIP. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1998;18:433-49.
8. de Lima JE Jr, Javitt MC, Mathur SC. Residents' teaching files: mucinous cystic neoplasm of the pancreas. *Radiographics*. 1999;19:807-11.
9. Curry CA, Eng J, Horton KM, Urban B, Siegelman S, Brian S, Kuszyk BS, et al. CT of primary cystic pancreatic neoplasms: can CT be used for patient triage and treatment? *AJR*. 2000;175:99-103.
10. Demos TC, Posniak HV, Harmath C, Olson MC, Aranha G. Cystic lesions of the pancreas. *AJR*. 2002;179:1375-88.

Declaración de conflicto de intereses.

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.