



## O-162 - TUMORES QUÍSTICOS DE PÁNCREAS. TREINTA Y OCHO CASOS INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE

E. García-Plata Polo, F.J. Sánchez Manuel, M. de la Plaza Galindo, F. Martín Acebes, J.M. Juez Juez, R. León Miranda, V. Rodrigo Amador, R. Parra López y J.L. Seco Gil

Hospital General Yagüe, Burgos.

### Resumen

**Objetivos:** Estudiamos 38 tumores quísticos pancreáticos (TQP) intervenidos quirúrgicamente en nuestro Servicio, analizando los problemas diagnósticos y terapéuticos de esta compleja patología.

**Métodos:** De los 38 TQP, 14 fueron tumores quísticos mucinosos (TQM) (36,8%), 14 tumores papilares mucinosos intraductales (TPMI) (36,8%), 7 cistoadenomas serosos microquísticos (CAS) (18,4%) y 3 quistes simples (7,9%). Los TQP fueron más frecuentes en el sexo femenino (71%), de edad media 60,4 años (25-82) y tamaño medio de 4,4 cm (0,8-11). El TAC helicoidal y la colangioresonancia magnética (CRMN) fueron los métodos diagnósticos más utilizados; la ecoendoscopia y PAAF se utilizó en menos del 50%. El tratamiento se basó en el tipo de TQP, localización del mismo, sospecha o presencia de malignidad, asociación de otros tumores periampulares sincrónicos y estado general del paciente.

**Resultados:** De los 14 TPMI, 10 se situaron en la cabeza y 4 en cuerpo-cola pancreático. El 85,7% fueron sintomáticos, presentándose 3 como pancreatitis crónica recurrente. El valor medio del CEA intraquístico en ecoendoscopia fue de 2.222 ng/ml. La mayoría fueron TPMI de conducto principal (TPMI-CP) y sólo 2 de ramas secundarias (TPMI-R). Entre los 14 TPMI hubo 2 carcinomas invasores (14,3%), 4 borderlines y 8 adenomas. No hubo afectación ganglionar. 1 TPMI-CP displasia de cuerpo-cola fue sincrónico con adenocarcinoma ductal de cabeza pancreático T3N1M0. De los 14 TQM, hubo 8 cistoadenocarcinomas y 6 cistoadenomas (1 TQM benigno fue sincrónico con adenocarcinoma ampolla Vater T2N0M0). 2 quistes simples sintomáticos se intervinieron por sospecha de TPMI. Las técnicas quirúrgicas empleadas en los 38 TQP fueron: 12 duodenopancreatectomías cefálicas (DPC) (10 TPMI, 1 cistoadenoma mucinoso de 10 cm y 1 CAS de 5 cm); 2 duodenopancreatectomías totales en 1 ampuloma y cistoadenoma mucinoso sincrónico de cola pancreática de 5 cm, y 1 TPMI cuerpo y cola sincrónico con adenocarcinoma ductal de cabeza de páncreas; 9 esplenopancreatectomías distales (1 vía laparoscópica); 2 pancreatectomías distales con preservación esplénica (1 cistoadenoma mucinoso y 1 CAS); 4 resecciones conservadoras pancreáticas con 2 pancreatectomías cefálicas + preservación duodenal (PD) + pancreatoyeyunostomía (PY)TL en 1 TPMI borderline y en 1 CAS, respectivamente y 2 pancreatectomías centrales + PY TL en 1 TPMI-R adenoma y en 1 quiste simple pancreático (con diagnóstico preoperatorio de neoplasia quística, de 2,2 cm y CEA intraquístico en ecoendoscopia > 1.500 ng/ml); 4 enucleaciones; 2 resecciones parciales (2 CAS); 1 quistogastrostomía; 2 derivaciones biliogestivas en cistoadenocarcinomas mucinosos irresecables.

**Conclusiones:** Los TPMI y los TQM fueron los TQP más frecuentes, con una incidencia igual del 36,8%, respectivamente. El aumento del índice de sospecha clínica de los TPMI y la mejora de los métodos

diagnósticos ha aumentado la prevalencia de estos tumores. Dado que los TPMI son lesiones con potencial maligno, su tratamiento difiere del resto de los TQP; el tratamiento adecuado de los TPMI invasivos es la resección quirúrgica pancreática regional según localización, con márgenes libres, y linfadenectomía. La cirugía conservadora pancreática es posible en TPMI de ramas secundarias y benignos, con índices de recidivas menores del 10%.