



P-023 - TUMOR QUÍSTICO MUCINOSO EN COLA DE PÁNCREAS Y ADENOCARCINOMA AMPULAR. DOS TUMORES SINCRÓNICOS

V. Rodrigo Amador, E. García-Plata Polo, J. Sánchez Manuel, S. Novotny Canals, A. Palomo Luquero, R. Parra López, I. Gil Laso, L. González Martínez, X. Valero Cerrato, R. Zambrano Muñoz y J.L. Seco Gil

Hospital General Yagüe, Burgos.

Resumen

Objetivos: Recordar la importancia del diagnóstico diferencial en el tratamiento de la patología pancreática.

Caso clínico: Mujer de 66 años que ingresa por ictericia obstructiva inicialmente atribuida a coledocolitiasis. En ecografía además se evidencia una lesión quística en cuerpo-cola pancreática sugestiva de tumor quístico mucinoso vs pseudoquiste pancreático. Se realiza descompresión de la vía biliar por CPRE como primera medida. Esta prueba informa de estenosis biliar distal de aspecto neoplásico, y el resultado de la biopsia concluye adenocarcinoma ampular. Se completa el estudio con TAC que corrobora la tumoración sólida de unos 11 mm en el segmento distal del colédoco. Se solicita ecoendoscopia y punción de la tumoración quística. El CEA del líquido intraquístico es mayor de 15.000. En el diagnóstico se concluye: ampuloma y neoplasia quística mucinosa sincrónicos. Se realiza la duodenopancreatectomía total completándose con esplenectomía, por encontrarse la neoplasia quística en cola y en contigüidad al bazo. La anatomía patológica informa de ampuloma (1,9 × 1,7 × 0,7 cm) y de tumor quístico mucinoso con displasia epitelial de bajo grado (5 × 2,5 cm). La paciente evoluciona favorablemente y no se indica tratamiento citostático adyuvante según estadio (pT1 N0 M0).

Discusión: Nuestro caso asocia sincrónicamente un adenocarcinoma de ampolla de Vater a un cistoadenoma mucinoso en cola de páncreas, y pone a prueba nuestra capacidad diagnóstica. A su vez cada una de las dos entidades nos plantea dudas de diagnóstico diferencial y posterior estrategia quirúrgica. Las lesiones quísticas pancreáticas corresponden la mayor parte de las veces a entidades benignas, pero con riesgo de malignización. Un error diagnóstico y consiguiente retraso de tratamiento, puede tener consecuencias irreversibles. El cistoadenoma mucinoso pancreático es un tipo benigno de tumor quístico mucinoso, se caracteriza por formar macroquistes de líquido mucinoso y componente sólido. Por su potencial premaligno el tratamiento quirúrgico consiste en una resección completa. Debemos diferenciarlo de sus otras dos formas clínicas: tumor quístico mucinoso borderline y cistoadenocarcinoma mucinoso invasivo; así como del pseudoquiste pancreático y de otras entidades quísticas tumorales: cistoadenoma seroso, tumor mucinoso papilar intraductal, neoplasia quística papilar, tumor quístico de los islotes pancreáticos y linfangioma quístico pancreático. La determinación del CEA intraquístico es la prueba más útil para realizar un buen diagnóstico diferencial. Un valor de CEA menor a 5 ng/ml es indicativo de cistoadenoma seroso. Los valores elevados mayores de 400 ng/ml son indicativos de tumor quístico mucinoso. En cuanto a los ampulomas sabemos que clínicamente se caracterizan por ictericia. No obstante debemos hacer el diagnóstico diferencial con otras causas obstructivas de la vía biliar: coledocolitiasis o tumores periampulares benignos. En la patología pancreática es esencial efectuar un buen diagnóstico diferencial antes de establecer cualquier

decisión terapéutica, ya que los hallazgos iniciales pueden no ser lo que parecen. Las neoplasias mucinosas papilares intraductales, pueden asociar (10-20%) otros tumores periampulares y pancreáticos malignos. Es necesario elevar el índice de sospecha clínica y efectuar el diagnóstico correcto tanto de los tumores malignos como de todos los tumores quísticos pancreáticos. Una decisión equivocada es irreversible y podría condicionar cualquier posibilidad de curación del paciente.