CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):500

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-253 - TUMORACIÓN QUÍSTICA PANCREÁTICA MUCINOSA NO NEOPLÁSICA. RARA PRESENTACIÓN

Herrera Cabrera, Vicente; Corrales Castillo, Silvio; Peláez Torres, Pablo; Olivares Pizarro, Sergio; Suárez Aliaga, Begoña; Rodríguez Prieto, Ignacio

Hospital Infanta Cristina, Parla.

Resumen

Introducción: Los tumores pancreáticos pueden ser sólidos o quísticos. Se estima que los tumores quísticos representan solo un 1% de todos los tumores pancreáticos. Cada subtipo de tumor se asocia a un diferente potencial maligno. La solidez (así como también los tumores mixtos sólido-quísticos) se asocia a malignidad inicialmente, en cambio los tumores quísticos abarcan un abanico desde la benignidad hasta la malignidad y estadios intermedios. Los quistes uniloculares representan el mayor problema para diagnóstico etiológico y manejo terapéutico; ya que su potencial degenerativo es amplio. Estos incluyen desde los cistoadenomas serosos, mucinosos, TPMI y quistes linfoepiteliales. Las técnicas de imagen: TAC, EUS y RMN que diferencian solidez y uni o multilocularidad, aportan el primer paso en la caracterización. La historia clínica (antecedente de pancreatitis, edad, etc.) contribuyen al diagnóstico. La PAAF, análisis bioquímicos así como los marcadores tumorales son el segundo escalón diagnóstico. Muchos de estos tumores son un hallazgo en una prueba de imagen. Asegurar el diagnóstico es esencial ya que los quistes no neoplásicos solo requieren tratamiento si producen síntomas. Dentro de los tumores quísticos no neoplásicos, el quiste mucinoso no neoplásico es muy poco frecuente y de difícil diferenciación prequirúrgica con el quiste mucinoso neoplásico. Presentamos un caso de un tumor de difícil diagnóstico y muy escasa frecuencia.

Caso clínico: Mujer de 23 años derivada por lesión quística de 2 cm diámetro en cola pancreática diagnosticada en 2005. En 6 años ha crecido hasta los 5 cm. Intervenida de quiste ovárico derecho por crecimiento progresivo. Estudiada por TAC, ecoendoscopia y RMN: lesión quística de cola pancreática (cistoadenoma seroso no complicado). AP: (PAAF): extensiones citológicas negativas para células malignas. Líquido sin evidencia de malignidad. Analítica del líquido: antígeno carcinoembrionario: 30,6 ng/ml. Además presentaba tumor ovárico de 16 × 10 cm compatible con cistoadenoma ovárico. Tras seguimiento se decidió intervención quirúrgica, realizándose pancreatectomía corporocaudal con preservación esplénica. Diagnóstico anatomopatológico: pancreatectomía parcial. Neoplasia mucinosa quística con displasia leve (cistoadenoma mucinoso).

Discusión: Dadas las características radiológicas y el análisis del líquido el manejo fue conservador inicialmente. Debido a su crecimiento y no poder descartar malignidad se decidió la extirpación. Se realizó la cirugía según el algoritmo diagnóstico-terapéutico en vigor, pero los hallazgos finales de la pieza corresponden a un tumor benigno mucinoso de rara presentación y de una sola capa de celularidad. Como dato asocia un tumor seroso en ovario. En cualquier caso el planteamiento quirúrgico debe ser la mínima agresión posible: en este caso preservar el bazo. El diagnóstico de las lesiones quísticas del páncreas está en aumento en las últimas décadas, como así también el porcentaje de resecciones pancreáticas por esta causa.

Presentamos un caso inusual por la características patológicas. Algunos autores consideran esta entidad una secuencia evolutiva dependiendo de la celularidad del quiste. Dada la temprana edad de la paciente podría haberse malignizado si permaneciera sin resecarse.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados