



Cirugía Española

CIRUGÍA
ESPAÑOLA

Volante 17. Especial Congreso 2. Noviembre 2019

XIII Reunión Nacional de Cirugía
del 4 al 6 de octubre de 2019



www.elsevier.es/cirugia

P-258 - QUISTE SOLITARIO CALCIFICADO PANCREÁTICO. UN INUSUAL HALLAZGO

Muñoz Caracuel, Elisabet; Medina Achirica, Carlos; Melero Brenes, Sandra; Martín Arroyo, Silvia; Mac Mathuna, Seamus; Gutiérrez Cafranga, Estibaliz; Mendez García, Cristina; García Molina, Francisco

Hospital de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción: Las lesiones quísticas pancreáticas son un hallazgo frecuente, correspondiendo en la mayoría de las ocasiones a pseudoquistes pospancreatitis o a tumores quísticos mucinosos. Los quistes pancreáticos verdaderos son un grupo heterogéneo de tumores (benignos y malignos) con una muy baja incidencia, siendo infrecuente encontrar un quiste solitario verdadero calcificado. Existe un número limitado de casos en la literatura al respecto. Las pruebas de imagen desempeñan un papel importante en el diagnóstico, siendo la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética (RMN) y la ecoendoscopia con punción las principales pruebas para un correcto diagnóstico. La mayoría de estas lesiones son asintomáticas y suelen diagnosticarse como un hallazgo casual. La etiología del quiste pancreático verdadero y su historia natural es desconocida y por ello su tratamiento no está estandarizado. En la mayoría de las ocasiones se desconoce previo a la cirugía el origen de la lesión quística y el tratamiento o conducta expectante dependen de su tamaño, características y si produce síntomas. Algunos autores proponen la resección de todas las lesiones quísticas pancreáticas, en base a las dificultades para distinguir con precisión a pesar de todas las técnicas entre lesiones benignas, malignas y potencialmente malignas antes de la cirugía y el limitado conocimiento de la historia natural de estas lesiones. Presentamos el caso de una paciente asintomática con hallazgo casual de quiste pancreático verdadero tratado quirúrgicamente mediante resección del mismo.

Caso clínico: Paciente de 42 años sin antecedentes de interés en la que se observa de manera incidental en radiografía de abdomen (en estudio por lumbalgia) imagen con pared calcificada en epigastrio. Se amplía estudio complementario con ecografía abdominal que observa lesión esférica de unos 5 cm de diámetro con contenido heteroecoico y borde bien delimitado anterior a pared gástrica. Se completó estudio con TAC donde se describe lesión quística con pared calcificada de $54 \times 57 \times 63$ mm en hipocondrio izquierdo compatible con quiste mesentérico versus pseudoquiste pancreático, describiendo además páncreas homogéneo y Wirsung de calibre normal. Tras presentar el caso en comité multidisciplinar y debido a la edad de la paciente, tamaño de la tumoración y localización se decide proponer intervención quirúrgica: laparoscopia exploradora y tratamiento según hallazgos intraoperatorios. Durante la misma se observa tumoración calcificada de unos 5 cm dependiente del borde inferior del páncreas, a nivel de cuerpo. Se procedió a resección del mismo por vía laparoscópica. La paciente presentó un postoperatorio favorable aunque presentó una fístula pancreática de bajo débito. El resultado anatomopatológico final fue de quiste simple calcificado.

Discusión: El quiste simple verdadero pancreático es una patología poco frecuente en el adulto. Preoperatoriamente el diagnóstico supone un reto tanto para el clínico como para el radiólogo y en la mayoría

de las ocasiones, a pesar de ser una lesión que no produce sintomatología en el paciente, se opta por un tratamiento quirúrgico, pues su diagnóstico definitivo requiere del estudio anatomopatológico. La resección simple del mismo es normalmente el tratamiento definitivo.