



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-218 - CISTOADENOMA SEROSO DE PÁNCREAS. ¿PUEDE UNA ENTIDAD BENIGNA REQUERIR DE UNA CIRUGÍA AGRESIVA?

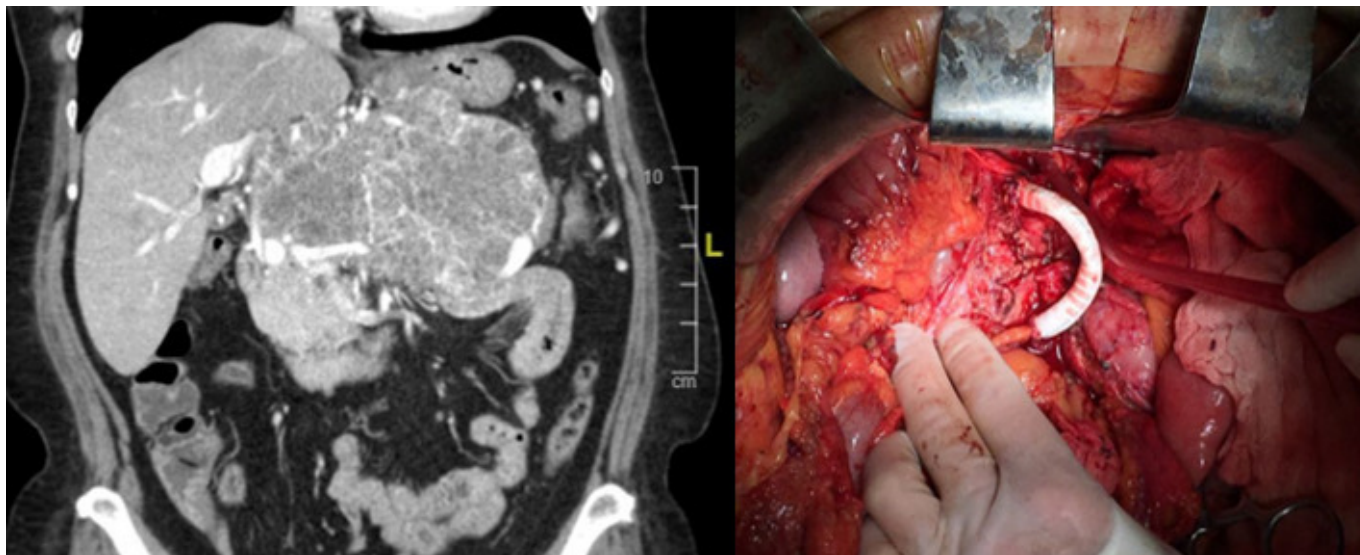
Parra Muñoz, Ana María; Sebastián Tomás, Juan Carlos; Pérez Rubio, Álvaro; Córcoles Córcoles, Marta; Robledo Casas, Silvia; Domingo del Pozo, Carlos

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: Las neoplasias quísticas pancreáticas afectan al 2- 45% de la población general e incluyen a un grupo heterogéneo de entidades con distinto potencial de degeneración. Las más prevalentes son la neoplasia mucinosa papilar intraductal, la neoplasia quística serosa (cistoadenoma seroso) y la neoplasia quística mucinosa (cistoadenoma mucinoso). Los tumores quísticos malignos representan alrededor del 1% de las neoplasias malignas pancreáticas. El cistoadenoma mucinoso presenta riesgo de degeneración a cistoadenocarcinoma (28-54%), mientras que el cistoadenoma seroso (CS) se considera una entidad benigna. El CS suele dar sintomatología derivada del crecimiento del tumor, manifestándose como dolor irradiado a ambos flancos (25%). Afecta predominantemente a mujeres de mediana edad y su localización más frecuente es en cuerpo-cola de páncreas.

Caso clínico: Mujer de 70 años, sin antecedentes de interés, que consultó por dolor epigástrico y distensión abdominal de 3 meses de evolución. Asociaba pérdida de 7 kg de peso, astenia y anorexia. A la exploración destacaba una tumoración dolorosa a nivel epigástrico de unos 15 cm de diámetro. Se solicitó una analítica sanguínea con marcadores tumorales (CEA, Ca 19,9) y estudio hormonal (gastrina, VIP, somatostatina, cromogranina a, glucagón) sin alteraciones. Se realizó una tomografía computarizada y una colangiorresonancia magnética objetivando una masa pancreática de 17 × 14 × 12 cm a nivel de cuerpo y cola de naturaleza quística multilocular sin áreas sólidas. La lesión desplazaba la cámara gástrica, el eje venoso esplenoportal y el lóbulo hepático izquierdo, sin infiltración de estas estructuras. No se identificaron adenopatías ni metástasis. Con estos hallazgos se propone a la paciente para pancreatectomía corporocaudal + esplenectomía. Se objetivó una gran tumoración poliquística adherida a cara posterior gástrica con importante circulación colateral y que sobrepasaba el cuello pancreático, abarcando el eje mesentérico portal con adherencias a la pared venosa que impedían su disección. Se remitió una biopsia intraoperatoria de la tumoración que informó de cistoadenoma. Para poder completar la extirpación del tumor de forma íntegra, se resecó un segmento venoso amplio y se procedió a la reconstrucción vascular con prótesis de Gore-Tex® de 8 mm de diámetro y 8 cm de longitud. La paciente precisó de politransfusión intraoperatoria con 6 concentrados de hematíes, plasma fresco congelado y uso de fármacos vasoactivos. Permaneció en la Unidad de Reanimación durante 5 días, posteriormente fue dada de alta al 14º día posoperatorio. Como principal complicación durante el seguimiento realizado en consultas externas, se identificó una trombosis de la prótesis portomesentérica que se trató con HBPM.



Discusión: La resección del cistoadenoma seroso de páncreas se realiza en caso de presentar sintomatología, tumores de gran tamaño o ante la imposibilidad descartar que se trate de otras entidades de comportamiento agresivo. Radiológicamente (TC y RM) suele presentarse como una lesión con múltiples microquistes y una cicatriz fibronodular central en forma estrellada. Ecográficamente muestra un aspecto característico en “panal de abeja” y con un signo de “red vascular superficial”. El diagnóstico mediante pruebas de imagen se obtiene entre un 23-95%, sin existir una prueba que nos permita realizar un diagnóstico con total seguridad.