



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-296 - TRANSFORMACIÓN QUÍSTICA ACINAR DEL PÁNCREAS. LESIÓN QUÍSTICA DEL PÁNCREAS POCO FRECUENTE

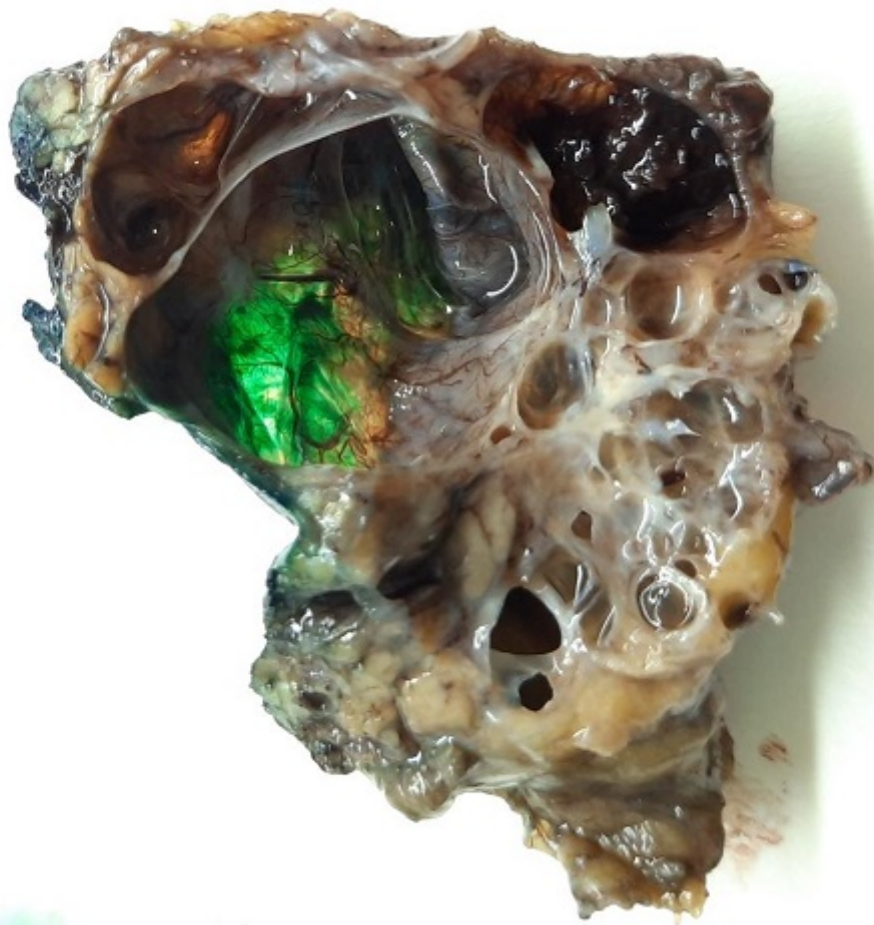
Moreno Serrano, Almudena¹; Palomo Sánchez, Juan Carlos¹; Muñoz Martín, Mónica²; Castro García, Ana¹

¹Hospital Virgen de la Luz, Cuenca; ²Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: La transformación quística acinar del páncreas (TQAP), también conocida como “cistoadenoma acinar del páncreas”, se describe por primera vez en 2002, con esta última denominación. La clasificación de la OMS en la 5ª edición de 2019 recalifica la TQAP como una lesión quística no neoplásica. A continuación describimos un caso de esta lesión quística extremadamente rara, tratado en nuestro Servicio en diciembre de 2021.

Caso clínico: Mujer de 64 años, sin antecedentes de interés, que ingresó por cuadro de dolor abdominal epigástrico y náuseas. En la analítica presentaba cifras elevadas de amilasa (1.695) y lipasa (2.669), con un perfil hepático normal, y discreta leucocitosis. En la ecografía la vesícula biliar sin litiasis ni signos inflamatorios, y en la cabeza-proceso uncinado del páncreas se aprecian tres imágenes quísticas, de 3, 2,5 y 1 cm de eje mayor, respectivamente, con un conducto de Wirsung ectásico. En la colangio-RNM la vía biliar intra y extrahepática es normal, así como la vesícula biliar; la cabeza del páncreas presenta una lesión quística, lobulada y con septos en su interior, de unos 4 × 3 cm, sugestiva de neoplasia mucinosa papilar intraductal; la lesión contacta con el conducto pancreático principal, que se encuentra dilatado, y la cola del páncreas presenta un aumento de señal en relación con pancreatitis edematosa. La tomografía computarizada no aprecia datos diferentes a la RNM. Se realizó una ecoendoscopia que confirmó la existencia de una lesión multiquística en la cabeza del páncreas, formada por quistes de diferente tamaño, agrupados, y con signos de nódulo mural sólido de unos 15 mm en el quiste de mayor tamaño. El conducto pancreático presentaba una dilatación retrógrada de unos 6 mm. Se realizó una punción por ecoendoscopia que obtuvo 10 cc de líquido pajizo. El análisis de dicho líquido apreciaba material proteináceo sin componente celular, amilasa 23.317 y CEA 43,7. Con el diagnóstico de una probable neoplasia mucinosa papilar intraductal, se decidió realizar un tratamiento quirúrgico de la misma, y se realizó una duodenopancreatectomía cefálica tipo Whipple. El posoperatorio cursó sin complicaciones. La anatomía patológica de la pieza fue la siguiente: lesión quística multilocular de 4 × 3 cm; la pared de los quistes es fina y translúcida, con contenido acuoso y translúcido en su interior; la superficie interior de las cavidades es lisa y sin comunicación con el conducto pancreático principal. Las lesiones son compatibles con el diagnóstico de transformación quística acinar, con signos leves de pancreatitis aguda, sin evidencia de neoplasia intraepitelial de alto grado; no se apreció patología en los 22 ganglios linfáticos aislados.



Discusión: La TQAP representa un reto de diagnóstico diferencial con otras patologías como el cistoadenoma seroso, la neoplasia mucinosa quística, y la neoplasia mucinosa papilar intraductal. El diagnóstico con las pruebas de imagen es difícil, y el examen citológico del líquido quístico generalmente no aporta datos, como ocurrió en nuestro caso. Esta dificultad diagnóstica obliga a realizar un tratamiento quirúrgico agresivo, como en nuestro caso, a pesar de tratarse de una patología benigna.