

Cartas al director



Cistoadenoma mucinoso de páncreas y pancreatitis aguda

Sr. Director:

Las causas más habituales determinantes de pancreatitis aguda son la litiasis biliar y la ingesta alcohólica¹. Una tumoración pancreática es rara vez determinante de pancreatitis aguda². El cistoadenoma mucinoso se presenta con más frecuencia en mujeres jóvenes, habitualmente con pocos síntomas³. Presentamos el caso de una mujer joven con un cistoadenoma mucinoso pancreático como causa de pancreatitis aguda.

Mujer de 28 años con historia de cuatro episodios previos de pancreatitis aguda repetidos, tratados de forma



Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal. Tumoración quística de páncreas y enorme dilatación del Wirsung.

conservadora y que respondieron al tratamiento. Una tomografía computarizada abdominal (fig. 1) muestra una masa bien definida en la cabeza pancreática, con una enorme dilatación del conducto de Wirsung. Se interviene y se realiza una duodenopacreatectomía cefálica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El examen patológico demostró que se trataba de un cistoadenoma mucinoso de páncreas. Se dio de alta a la paciente a los 8 días y permanece asintomática a los 10 años.

La introducción y generalización de medios de estudio por imagen del abdomen se ha seguido de un aumento en el diagnóstico del número de procesos expansivos pancreáticos⁴. Los tumores quísticos pancreáticos son raros. Pueden ser clasificados en las siguientes categorías: a) tumores quísticos serosos; b) cistoadenoma seroso, microquístico u oligoquístico; c) cistoadenocarcinoma, y d) tumor mucinoso quístico. Otras formaciones quísticas pueden encontrarse en el páncreas asociadas a en-

fermedad poliquística renal, enfermedad de Von Hippel-Lindau y en la hidatidosis⁵. En la patogenia de la pancreatitis se van considerando con mayor frecuencia elementos orgánicos y anatómicos que conviene descartar, sobre todo cuando nos encontramos ante episodios de pancreatitis de presentación atípica.

La imagen quística más frecuente de una enfermedad pancreática y que, obviamente, debe incluirse en el diagnóstico diferencial, es el pseudoquiste pancreático, que corresponde al 75% del total de las imágenes quísticas que pueden observarse en esta glándula. En el 90% de los casos la imagen radiológica es única y en el 6% son multiloculados. Los quistes verdaderos del páncreas son raros. Las neoplasias, ya sean benignas o malignas, representan el 15% de las masas quísticas del páncreas.

Ante cuadros de pancreatitis de presentación atípica o recidivantes debe considerarse la presencia de alteraciones anatómicas, funcionales, familiares y genéticas.

Miguel Echenique-Elizondo

Unidad Docente de Medicina de San Sebastián. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

Bibliografía

1. Gislason H, Horn A, Hoem D, Andren-Sandberg A, Imsland AK, So-reide O, et al. Acute pancreatitis in Bergen, Norway. A study on incidence, etiology and severity. Scand J Surg. 2004;93:29-33.
2. Zyromski NJ, Haidenberg J, Sarr MG. Necrotizing pancreatitis caused by pancreatic ductal adenocarcinoma. Pancreas. 2001;22:431-2.
3. Sarr MG, Carpenter HA, Prabhakar LP, Orchard TF, Hughes S, Van Heerden JA, DiMagno EP. Clinical and pathologic correlation of 84 mucinous cystic neoplasms of the pancreas: can one reliably differentiate benign from malignant (or premalignant) neoplasms? Ann Surg. 2000;231:205-12.
4. Yamaguchi K, Tanaka M. Radiologic imagings of cystic neoplasms of the pancreas. Pancreatol. 2001;1:633-6.
5. Balcom IV JH, Fernández-Del Castillo C, Warshaw AL. Cystic lesions in the pancreas: when to watch, when to resect. Curr Gastroenterol Rep. 2000;2:152-8.