

Cistoadenoma seroso unilocular macroquístico de páncreas

Juan Ángel Fernández-Hernández, Francisco Sánchez-Bueno, Pedro Antonio Cáscales-Campos, Ricardo Robles-Campos, María Dolores Frutos-Bernal, Caridad Marín-Hernández y Pascual Parrilla-Paricio
Servicio de Cirugía General. Unidad de Cirugía Pancreática. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Resumen

El diagnóstico diferencial entre el cistoadenoma seroso macroquístico y el cistoadenoma mucinoso es muy difícil, pero de gran importancia, debido al potencial maligno de esta última entidad. Se presenta un caso clínico de cistoadenoma seroso unilocular macroquístico. Dada la imposibilidad de un diagnóstico preciso preoperatorio, las lesiones macroquísticas uniloculares, en el adecuado contexto clínico, deben ser resecadas.

Palabras clave: Cistoadenoma seroso. Cistoadenoma mucinoso.

UNILOCULAR MACROCYSTIC SEROUS CYSTOADENOma OF THE PANCREAS

The differential diagnosis between macrocystic serous cystoadenoma and mucinous cystoadenoma is very difficult but is highly important due to the latter's potential for malignant transformation. We present a case of unilocular macrocystic serous cystoadenoma. Due to the impossibility of obtaining an accurate preoperative diagnosis, all macrocystic unilocular lesions, in an appropriate clinical context, must be resected.

Key words: Serous cystoadenoma. Mucinous cystoadenoma.

Introducción

Los tumores quísticos del páncreas abarcan una gran variedad de tipos histológicos, entre los que destacan por su frecuencia los cistoadenomas serosos (25% del total)¹. Dentro de este tipo, es posible diferenciar la variedad microquística y la oligoquística/unilocular¹.

Esta última variante, y en particular la muy infrecuente forma unilocular, debido a sus características macroscópicas posee un diagnóstico diferencial muy difícil respecto a otras lesiones tumorales, especialmente el cistoadenoma mucinoso y el seudoquiste¹. Este diagnóstico diferencial es fundamental, pues las formas serosas pueden ser manejadas de forma segura mediante la observación simple, mientras que las formas mucinosas deben ser todas resecadas debido a su alto potencial maligno.

Caso clínico

Mujer de 28 años, sin antecedentes personales o familiares de interés, que consulta por molestias inespecíficas en el hipocondrio izquierdo (HCl) sin otra sintomatología acompañante. La exploración física, salvo por la presencia de discretas molestias en la palpación profunda del HCl, es completamente normal. Se efectuó una ecografía abdominal que reveló la presencia de una masa quística en cuerpo/cola de páncreas de carácter unilocular. Ante estos hallazgos se efectuó una tomografía computarizada (TC) que evidenció masa quística unilocular de 6-6 cm localizada en la cola pancreática con calcificaciones periféricas (fig. 1). Con la sospecha de neoplasia mucinosa o tumor sólidoseudopapilar, la paciente fue intervenida quirúrgicamente practicándose una pancreatectomía corporo-caudal (fig. 2). La evolución postoperatoria fue satisfactoria. El estudio anatomo-patológico de la pieza quirúrgica reveló que se trataba de un cistoadenoma seroso unilocular macroquístico (fig. 3).

Discusión

El cistoadenoma seroso supone aproximadamente el 25% del total de tumores quísticos del páncreas y se subclasiifica en microquístico (normalmente más de 6 quistes de < 2 cm de diámetro cada uno de ellos) y oligoquístico¹. Este último es una lesión mal delimitada o encapsulada, compuesta por macroquistes (> 2 cm de diámetro) en escaso número (oligolocular) o con un único quiste (unilocular) de cualquier tamaño¹. Esta última variante fue descrita por primera vez en 1992^{1,2} y supone el 7-10% de los cistoadenomas serosos. Hasta el momento

Correspondencia: Dr. J.A. Fernández-Hernández.
Servicio de Cirugía General. Unidad de Cirugía Pancreática.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. 30120 El Palmar. Murcia. España.
Correo electrónico: jumanjico@yahoo.com

Manuscrito recibido el 2-11-2005 y aceptado el 6-6-2005.

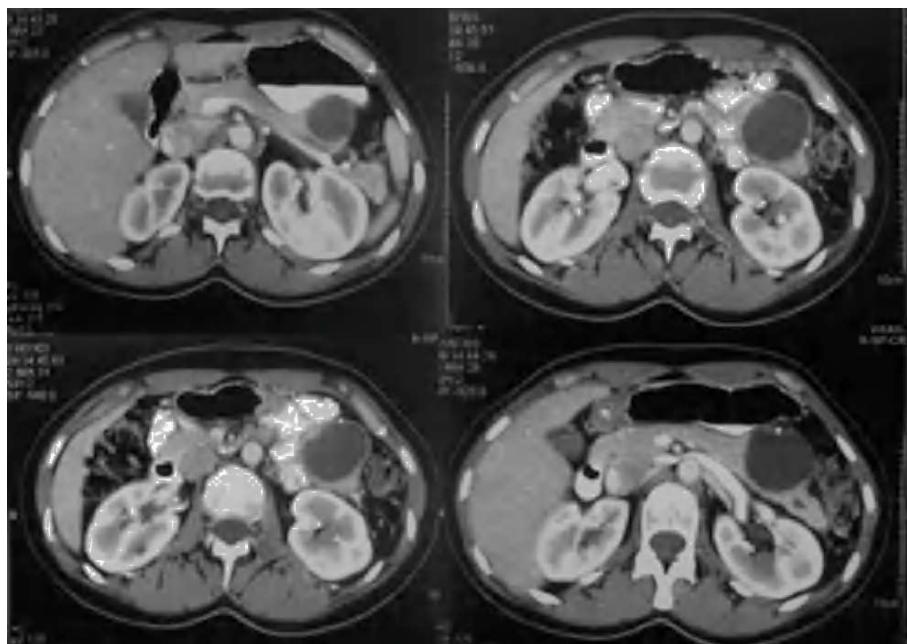


Fig. 1. Hallazgos en la tomografía computarizada. Se aprecia una lesión quística localizada en cuerpo/cola de páncreas, de unos 6-6 cm, no tabicada, sin calcificaciones, en ausencia de metástasis o adenopatías.

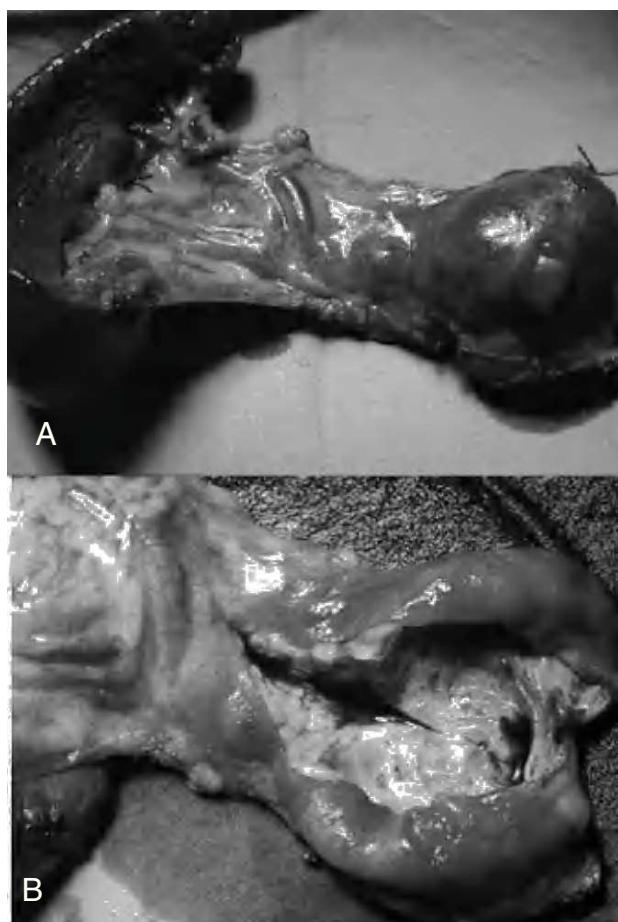


Fig. 2. Pieza de esplenopancreatectomía corporo-caudal. (A): se aprecia la masa quística de contornos regulares de unos 6-6 cm de diámetro. Es posible identificar pequeños quistes asociados a la masa principal. (B): la apertura de la lesión reveló un contenido seroso claro, paredes lisas y ausencia de tabiques.

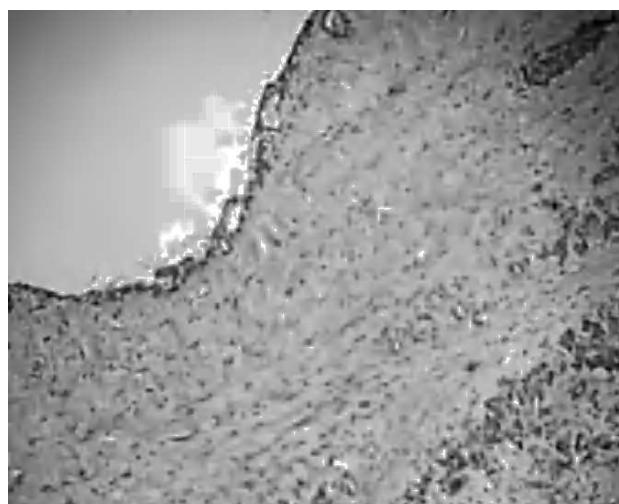


Fig. 3. Cistoadenoma seroso pancreático oligoquístico. Obsérvese una formación quística unilocular. Por debajo del epitelio de revestimiento podemos apreciar tejido fibrótico y de granulación. El parénquima pancreático vecino muestra signos de pancreatitis crónica inespecífica (extremo inferior derecho de la imagen). (HE, 40).

sólo han sido comunicados 32 casos en la bibliografía mundial (tabla 1)²⁻⁹.

Esta rara variante tumoral no posee criterios diagnósticos clínicos o radiológicos que faciliten su diagnóstico, por lo que con frecuencia es confundido con el seudoquiste o la neoplasia quística mucinosa. Una neoplasia quística puede coexistir con un seudoquiste o incluso ser la causa de éste tras producir un episodio de pancreatitis. Hasta el 40% de los tumores quísticos es erróneamente clasificado como seudoquiste²⁻⁹. Si bien las neoplasias mucinosas suelen generar manifestaciones clínicas con más frecuencia que las serosas, esta parti-

TABLA 1. Hallazgos clínicos de pacientes con cistoadenomas serosos macroquísticos uniloculares publicados en la bibliografía

Autor, año y bibliográfica	Referencia	Sexo, edad	Clínica	Localización	Tamaño (cm)	Diagnóstico preoperatorio	PAAF	Tratamiento
Lewandrowsky et al, 1992 ⁸	8	Varón, 46	Incidental	Cola	2,5	SQ	No	Pancreatectomía distal
		Varón, 69	Naúseas Vómitos Dolor epigástrico	Cabeza	2,5	MC o SQ	No	DPC
Huh et al, 1994 ¹⁰	10	Mujer, 50	Indigestión Masa	Cabeza	11	MC o SQ	Sí	Enucleación
Jin et al, 1997	11	Mujer, 28	Dolor epigástrico	Cabeza	1,5	SQ	No	Enucleación
Gouhiri et al, 1999 ¹²		Mujer, 48	Molestias HCD	Cola	5	MC	No	Pancreatectomía distal
Fujiwara et al, 2000 ¹³		Mujer, 47	Dolor HCl	Cuerpo	5	MC	No	Pancreatectomía distal
Sperti et al, 2000 ¹⁴		Varón, 69	Dolor abdominal	Cuerpo	1,5	MC	Sí	Enucleación
		Mujer, 62	Incidental	Cabeza	1,5	MC	Sí	DPC
		Mujer, 57	Dolor abdominal	Cabeza	1,3	MC	Sí	DPC
		Mujer, 70	Dolor abdominal	Cabeza	1,5	MC	Sí	Enucleación
		Varón, 73	Dolor abdominal	Cabeza	3	MC	Sí	DPC-PP
		Mujer, 32	Dolor abdominal	Cabeza	4	MC	Sí	PC-PD
		Mujer, 37	Dispepsia	Cabeza	5	MC	Sí	Enucleación
		Mujer, 36	Dolor abdominal	Cola	2	MC	No	Pancreatectomía distal
		Mujer, 52	Diarrea	Cabeza	2,5	MC o seroso	Sí	DPC
		Mujer, 69	Dolor abdominal	Cuerpo	4	MC o seroso	Sí	DPC
Chatelain et al, 2002 ¹⁵		Mujer, 55	Incidental	Cuerpo	5	MC	Sí	Pancreatectomía distal
		Mujer, 52	Incidental	Cuerpo	2	MC	Sí	Pancreatectomía distal
		Varón, 34	Incidental	Cuerpo	4	MC	Sí	Enucleación
		Mujer, 52	Incidental	Cola	1,4	MC o seroso	Sí	Enucleación
		Mujer, 34	incidental	Cabeza	4	MC	Sí	Enucleación
		Mujer, 27	Dolor abdominal Masa	Vómitos	8	MC	No	DPC
		Mujer, 36	Dolor abdominal Masa	Cabeza	12	—	No	DPC-PP
		Mujer, 29	Molestias HCl	Cola	6	MC o NSP	No	Pancreatectomía distal
		Total (casos aislados)	Varón: 5 Mujer: 19 49,5 (27-73)	Dolor abdominal: 8 Incidental: 16 Cuerpo/cola: 11	2,57 (1,5-12)	MC: 21 SQ: 4	Sí: 15 No: 9	Resecados: 24 Observados: 0
		Cohen-Scali et al, 2003 ^a	10 mujeres 2 varones 50 (35-64)	Dolor abdominal: 9 Incidental: 3 Cuerpo/cola: 6	3,3 (2-6)	—	No	Resecados: 7 Observados: 5

DPC: duodenopancreatectomía céfálica; PC-PD: pancreatectomía céfálica con preservación duodenal; DPC-PP: duodenopancreatectomía céfálica con preservación pilórica; SQ: seudoquist; MC: tumor quístico mucinoso; NSP: neoplasia sólido-papilar.

^aSerie radiológica de 12 casos descritos en conjunto Cohen-Scali F, Vilgrain V, Brancatelli G, Hammel P, Vullierme MP, Sauvanet A, et al. Discrimination of unilocular macrocystic serous cystadenoma from pancreatic pseudocyst and mucinous cystadenoma with CT: initial observations. Radiology. 2003;228:727-33.

cular variante, debido probablemente a su mayor tamaño, presenta clínica hasta en un 71% de los casos.

La variante macroquística unilocular plantea importantes problemas a la hora de su diagnóstico etiológico. Cohen-Scali (tabla 1), en una reciente serie radiológica, considera que el diagnóstico de este tipo tumoral puede hacerse cuando se presentan 3 de los siguientes hallazgos: contorno lobulado, ausencia de captación de contraste en la pared quística, pared de espesor < 2 mm y localización en la cabeza pancreática. A pesar de lo comentado, el diagnóstico radiológico es considerado por todos los autores como "casi imposible" debido a que sus características radiológicas son "absolutamente inespecíficas"⁵.

El empleo de la ecoendoscopia (EE) puede ser de gran ayuda en el diagnóstico diferencial de este tipo tumoral. Sin embargo, hasta en un 14% de los casos la EE es in-

capaz de establecer el diagnóstico diferencial y tiene una sensibilidad del 43% y una especificidad del 76%.

El análisis citológico de estas lesiones mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) percutánea presenta dos grandes limitaciones: a) su escasa sensibilidad, pues en el 23-38% de los casos el material obtenido es inadecuado para su estudio, a lo que hay que añadir el hecho de que hasta el 40% de estas neoplasias presenta denudación epitelial, y b) el riesgo potencial de diseminación de células malignas a lo largo del trayecto de la punción.

La determinación de los valores de antígeno carcinoembionario (CEA) en líquido intraquístico tampoco ha sido muy útil. Los valores altos de CEA (> 5 ng/ml), si bien son muy sugestivos de neoplasia mucinosa, también pueden hallarse en quistes entéricos, mientras que valores de CEA < 5 ng/ml, que excluirían el cistoadeno-

ma mucinoso, también pueden presentarse en quistes congénitos solitarios o en lesiones quísticas asociadas a la enfermedad de Von Hippel-Lindau⁸.

En nuestra opinión, un diagnóstico fiable de cistoadenoma seroso es clave a la hora de indicar una tratamiento conservador (observación), y esto no puede lograrse con la sola demostración radiológica de una lesión quística unilocular. En esta situación, la laparotomía es inevitable, incluso para las lesiones quísticas descubiertas de forma incidental, aun con el único objetivo de obtener un diagnóstico histológico definitivo¹⁰. En caso de enfermos de alto riesgo quirúrgico con lesiones localizadas en la cabeza de páncreas, la punción preoperatoria podría ayudar a afianzar el diagnóstico y a tomar una decisión terapéutica. A pesar de todo, la tendencia hacia la degeneración epitelial dependiente de la edad observada en un reciente estudio en autopsias, y la degeneración maligna observada hasta en un 12% de los casos (se han comunicado al menos 10 casos de cistoadenocarcinoma seroso), obligarían a replantear incluso el tratamiento observacional de estos tumores¹⁰.

En conclusión, dada la imposibilidad de un diagnóstico preciso preoperatorio, las lesiones macroquísticas uniloculares, en el adecuado contexto clínico, deben ser resecadas.

Bibliografía

1. Fernández JA. Tumores quísticos del páncreas: revisión de la literatura. *Cir Esp*. 2003;73:297-308.
2. Lewandrowsky K, Warshaw A, Compton C. Macrocytic serous cystadenoma of the pancreas: a morphologic variant differing from microcystic adenoma. *Hum Pathol*. 1992;23:871-5.
3. Huh JR, Chi JG, Jung KC. Macrocytic serous cystadenoma of the pancreas. *J Korean Med Sci*. 1994;1:78-85.
4. Jin YM, Yim H, Choi IJ. Pancreatic serous cystadenoma mimicking pseudocyst. *Yonsei Med J*. 1997;1:63-5.
5. Gouhiri M, Soyer P, Barbagelatta M, Rymer R. Macrocytic serous cystadenoma of the pancreas: CT and endosonographic features. *Abdom Imaging*. 1999;24:72-4.
6. Fujiwara H, Aiki T, Fukuoka K, Mitsutsuji M, Yamamoto M, Kuroda Y. macrocystic serous cystadenoma o the pancreas. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2000;7:92-6.
7. Spertli C, Pasquali C, Perasole A, Liessi G, Pedrazzoli S. Macrocytic serous cystadenoma of the pancreas. Clinicopathological features in seven cases. *Int J Pancreatol*. 2000;28:1-7.
8. Chatelain D, Hammel P, O'Toole D, Terris B, Vilgrain V, Palazzo L, et al. Macrocytic form of serous pancreatic cystadenoma. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:2566-71.
9. Ayadi-Kaddour A, Goutallier-Ben Fadhel C, Rezgui L, Lahmar-Boufaroua A, Khalfallah MT, Mzabi-Ragaya S. Unilocular macrocystic serous cystadenoma of the pancreas: a morphologic variant to be known. *Ann Chirug*. 2003;128:177-9.
10. Bassi C, Salvia R, Molinari E, Biasutti, Falconi M, Pederzoli P. Management of 100 consecutive cases of pancreatic serous cystadenoma: wait for symptoms and see at imaging or viceversa? *World J Surg*. 2003;27:319-23.