

## Páncreas y vía biliar

### ¿Cuál debe ser la actitud diagnóstica y terapéutica ante una lesión quística pancreática descubierta accidentalmente?

**Coordinadores generales:** Javier P. Gisbert, C. Santander y Josep M. Piqué

**Coordinador de sección:** Miguel Pérez-Mateo

**Autor:** Salvador Navarro

Servicio de Gastroenterología. Institut de Malalties Digestives. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona. España.

#### PREGUNTA

¿Cuál debe ser la actitud diagnóstica y terapéutica ante una lesión quística pancreática descubierta accidentalmente?

#### ANTECEDENTES

Al practicar una técnica de imagen abdominal (ecografía [ECO], tomografía computarizada [TC] o resonancia magnética [RM]) por algún motivo no relacionado con el páncreas pueden identificarse accidentalmente lesiones quísticas pancreáticas en el 20-75% de los casos<sup>1-4</sup>. Estas lesiones pueden ser inflamatorias (pseudoquistes) o neoplásicas. El antecedente de pancreatitis aguda apoyará fuertemente la primera posibilidad, aunque la neoplasia papilar mucinosa intraductal (NPMI) también puede presentar este antecedente. Las neoplasias quísticas conforman una patología que está siendo identificada cada vez con mayor frecuencia de forma accidental, debido a la utilización de técnicas de imagen de alta resolución. Su historia natural no está aún bien definida, por lo que hay algunas dudas sobre cuál es el tratamiento y el seguimiento más adecuados<sup>5,6</sup>. Estas lesiones suelen afectar a pacientes de mayor edad y son de menor tamaño que si asientan en pacientes sintomáticos<sup>4</sup>.

#### DISCUSIÓN

El hallazgo casual de una lesión quística pancreática obliga a aclarar de qué tipo de neoplasia quística se trata.

Puede ser una neoplasia quística serosa (NQS), quística mucinosa (NQM) o NPMI. A veces tiene que realizarse el diagnóstico diferencial con neoplasias sólidas que tienen tendencia a necrosarse y a presentar hemorragia en su interior, como ocurre en la neoplasia sólida pseudopapilar. La realización de las distintas técnicas de imagen (TC, colangiografía por resonancia magnética [CRM], colangiopancreatografía retrógrada endoscópica [CPRE] y ultrasonografía endoscópica [USE]) permitirá, generalmente, conocer el tipo de lesión. La importancia de ello es que mientras las NQS no tienen tendencia a la malignización, otras como las NQM y las NPMI tienen un potencial de malignización de un 6-36% en el primer caso, un promedio de un 70% en las NPMI de conducto principal o mixtas, y de un 25% en las NPMI de ramas colaterales<sup>7</sup>. Las técnicas de imagen ayudan a diferenciar con bastante precisión los distintos tipos de neoplasias. Así, es típico de las NQS la presencia de microquistes con una configuración en forma de panal de abejas con tabiques finos, con alguna calcificación y muchas veces con una cicatriz central que le da aspecto en estrella. Suelen localizarse en el cuerpo y la cola pancreáticos. La punción muestra contenido de glucógeno. Las NQM también se localizan predominantemente en el cuerpo y la cola pancreáticos, pero conforman macroquistes con escasos tabiques y calcificaciones murales. La punción muestra la presencia de mucina y es característico de la pieza anatómica la presencia de células columnares o cúbicas que conforman una estroma de tipo ovárico. Las NPMI suelen localizarse preferentemente en la cabeza o afectar de forma difusa la glándula. Es característica la dilatación del conducto pancreático principal y/o de sus ramas colaterales y, en este caso, identificar la comunicación de éstas con el conducto de Wirsung es patognomónico. La punción muestra mucina y la citología por punción-aspiración con aguja

Correspondencia: Dr. S. Navarro.  
Hospital Clínic. Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.  
Correo electrónico: snavarro@clinic.ub.es

Recibido el 24-4-2008; aceptado para su publicación el 21-5-2008.

fina (PAAF) y/o cepillado puede mostrar células columnares con o sin atipias<sup>7,8</sup>.

La observación de un conducto de Wirsung superior a 15 mm, o de ramas colaterales mayores de 10 mm, aconseja un seguimiento periódico mediante técnicas de imagen. La presencia de tabiques irregulares o nódulos murales hace sospechar la malignización de la lesión.

El hallazgo de estas lesiones tiene lugar al practicar una ecografía abdominal o una TC. Una vez descubierta la lesión se aconseja realizar una CRM, ya que permite obtener buenas imágenes de todo el árbol pancreático y, muchas veces, conocer si hay comunicación de una lesión quística con el conducto pancreático principal, lo que permite diferenciar la NPMI de rama colateral de la NQM. Se aconseja realizar la USE con PAAF para comprobar la existencia de mucina y de posibles atipias. La CPRE puede mostrar la salida de moco a través de la papila, lo que es patognomónico de NPMI.

El tratamiento varía según el tipo de lesión. Las NQS sólo requieren tratamiento quirúrgico en caso de que sean sintomáticas, lo que ocurre cuando han alcanzado un volumen importante. Una vez realizada la cirugía no requiere seguimiento, ya que es una lesión benigna. Las NQM deberán tratarse mediante resección cuando se conviertan en sintomáticas, se observe un crecimiento en el seguimiento o aparezcan signos de riesgo (nódulos murales, tabiques irregulares o citología con atipias). Esta neoplasia es generalmente solitaria, por lo que una vez extirpada no requiere seguimiento. Éste sólo es necesario si se ha detectado malignidad en la pieza quirúrgica<sup>7</sup>.

Las NPMI del conducto principal o mixtas requieren cirugía si no presentan contraindicación para ello y hay buena expectativa de vida. La edad puede ser un factor determinante. Las NPMI de ramas colaterales requieren tratamiento quirúrgico si su diámetro es superior a 3 cm, se convierten en sintomáticas o se observan signos de alto riesgo (conducto principal dilatado, nódulos murales o citología positiva). Si el tamaño es inferior a 2 cm, se realizarán controles con TC o CRM cada 6-12 meses, y cada 3-6 meses si es de 2-3 cm. El problema de estas neoplasias es que más del 30% son multifocales y en un 10% de casos se produce una recurrencia posquirúrgica. Por ello, se aconseja realizar un seguimiento mediante técnicas de imagen, especialmente en individuos jóvenes y si hubiera lesiones sincrónicas que no fueron reseçadas<sup>7,9-11</sup>.

## RESPUESTA

El hallazgo accidental de una lesión quística pancreática comporta diferenciar si se trata de una lesión inflamatoria o neoplásica. Para distinguir los distintos tipos de neoplasias son útiles la TC, pero especialmente la CRM y la USE. Hay indicación quirúrgica si aumentan de tamaño, se convierten en sintomáticas o aparecen signos de riesgo (nódulos murales, conducto de Wirsung dilatado o citología positiva). En caso contrario, está indicado realizar un seguimiento (grado de recomendación B; nivel de evidencia 2b).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zhang XM, Mitchell DG, Donke M, Holland GA, Parker L. Pancreatic cysts: depiction on single-shot fast spin-echo MR images. *Radiology*. 2002;223:547-53.
2. Kimura W, Nagai H, Kuroda, Muto T, Esaki Y. Analysis of small cystic lesions of the pancreas. *Int J Pancreatol*. 1995; 18:197-206.
3. Allen PJ, Jaques DP, D'Angelica M, Bowne W, Colon K, Brennan M. Cystic lesions of pancreas. Selection criteria for operative and nonoperative management in 209 patients. *J Gastrointest Surg*. 2003;7:970-7.
4. Fernández del Castillo C, Targarona J, Thayer SP, Rattner DW, Brugge WR, Warshaw AL. Incidental pancreatic cysts: clinicopathologic characteristics and comparison with symptomatic patients. *Arch Surg*. 2003;138:427-34.
5. Handrich SJ, Hough DM, Fletcher JG, Sarr MG. The natural history of the incidentally discovered small simple pancreatic cyst: Long-term follow-up and clinical implications. *AJR*. 2005; 184:20-3.
6. Walsh RM, Vogt DP, Henderson JM, Zuccaro G, Vargo J, Dumot J, et al. Natural history of indeterminate pancreatic cysts. *Surgery*. 2005;138:665-71.
7. Tanaka M, Chari S, Adsay V, Fernández del Castillo C, Falconi M, Shimizu M, et al. International consensus guidelines for management of intraductal papillary mucinous neoplasms and mucinous cystic neoplasms of the pancreas. *Pancreatol*. 2006; 6:17-32.
8. Planner AC, Anderson EM, Slater A, Phillips-Hughes J, Bungay HK, Betts M. An evidence-based review for management of cystic pancreatic lesions. *Clin Radiol*. 2007;62:930-7.
9. Salvia R, Crippa S, Falconi M, Bassi C, Guarise A, Scarpa A, et al. Branch-duct intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas: to operate or not to operate? *Gut*. 2007;56:1086-90.
10. Rodríguez JR, Salvia R, Crippa S, Warshaw AL, Bassi C, Falconi M, et al. Branch-duct intraductal papillary mucinous neoplasms: observations in 145 patients who underwent resection. *Gastroenterology*. 2007;133:72-9.
11. Schmidt CM, White PB, Waters JA, Yiannoutsos CT, Cummings OW, Baker M, et al. Intraductal papillary mucinous neoplasms. Predictors of malignant and invasive pathology. *Ann Surg*. 2007;246:644-54.