



CISTOADENOMA MUCINOSO Y PANCREATITIS RECURRENTE

Sr. Director: Las tumoraciones quísticas de páncreas son neoplasias de muy baja incidencia, y representan entre el 2 y el 6% de los procesos tumorales pancreáticos según las series analizadas. Debemos diferenciarlas claramente de los procesos quísticos pancreáticos secundarios a pancreatitis aguda o traumatismos abdominales (seudoquistes)¹. En muchas ocasiones, la sintomatología que presenta es inespecífica o bien constituyen hallazgos casuales en el curso de exploraciones abdominales. Así, sobre un período de 55 años en una población examinada en la Clínica de Mayo, sólo 40 pacientes fueron tratados quirúrgicamente por estos procesos, si bien su incidencia va aumentando en los últimos años ya que se están diagnosticando con mayor frecuencia por el aumento de las exploraciones radiológicas². Presentamos el caso de una paciente con pancreatitis aguda recidivante secundaria a un cistoadenoma mucinoso.

Una paciente mujer de 29 años de edad, que había presentado durante los últimos 6 años episodios de pancreatitis aguda de etiología no filiada que habían cedido con tratamiento médico conservador. En el último ingreso se practicó una tomografía computarizada (TC) abdominal, observándose la existencia de una tumoración quística de cabeza de páncreas así como una gran dilatación del conducto de Wirsung (fig. 1). Tras laparotomía (fig. 2) se practicó una duodenopancreatectomía céfalica (Whipple-Kausch). El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente se encuentra en perfecto estado después de 10 años. No ha presentado nuevos episodios de pancreatitis ni alteraciones de la glucemia.

Los quistes verdaderos del páncreas son raros. Las neoplasias, ya sean benignas o malignas, representan el 15% de las masas quísticas del páncreas. Macroscópicamente se dividen en dos grupos: *a)* adenoma microquístico, y *b)* adenoma macroquístico. El adenoma microquístico o tumor seroso (generalmente) suele afectar a la población anciana sin

Fig. 1. TC abdominal. Tumoración quística de cabeza de páncreas determinante de un cuadro obstructivo del conducto de Wirsung (dilatado).

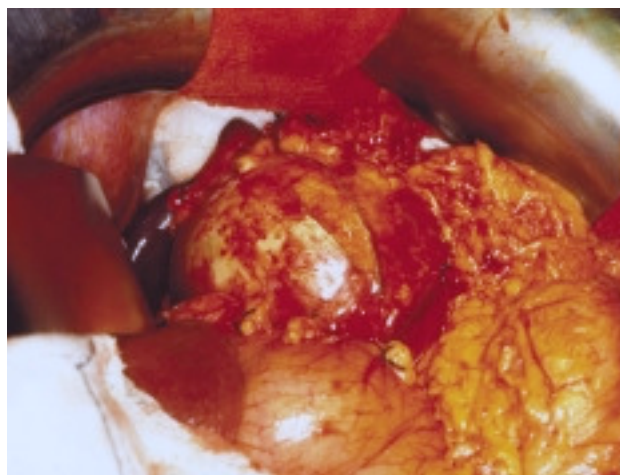


Fig. 2. Campo operatorio. Aspecto de una tumoración quística pancreática de gran tamaño.

predilección por ningún sexo. Su diámetro varía entre 1 y 12 cm. Normalmente es múltiple. Se trata de un tumor benigno sin potencial malignización (a pesar de la descripción de algún caso aislado de transformación maligna). Pueden localizarse en cualquier parte del páncreas, con un predominio en la cabeza. El adenoma macroquístico o tumor mucinoso³, más comúnmente denominado cistadenoma mucinoso, se presenta en la población más joven (40-60 años) y tiene un predominio en las mujeres (4/1). El tumor se localiza en el cuerpo o la cola del páncreas. Estas masas acostumbran ser grandes (diámetro medio de 10 cm), encapsuladas y multiloculadas. Los septos suelen separar quistes de unos 2 cm de diámetro. Este tumor tiene potencial de transformación maligna⁴. Se trata del cistadenocarcinoma que crece en el interior del cistadenoma, si bien se han descrito otras formas de degeneración maligna, como el carcinoma con contenido epidermoide⁵. Las manifestaciones clínicas predominantes son dolor epigástrico, pérdida de peso, náuseas y vómitos. La ictericia, la hemorragia digestiva alta o la oclusión intestinal son manifestaciones poco frecuentes del cistadenocarcinoma. El dato más relevante suele ser una masa abdominal palpable. El diagnóstico definitivo sólo puede efectuarse después de la resección del tumor y su análisis histológico. El tumor mucinoso papilar intraductal es una neoplasia que podría ser considerada como una variante del mucinoso⁶. Otros síntomas locales o complicaciones inflamatorias (p. ej., pancreatitis) son raros, tal y como sucedió en el caso que procedemos a presentar y creemos que en ello radica su interés.

La incidencia de este tumor se aumenta de pacientes con la enfermedad de von Hippel-Lindau. Se hereda de forma autosómica dominante. Se puede asociar airingomielia. También es frecuente la presencia de angiomas y de múltiples quistes en el hígado, el páncreas y el riñón, así como la aparición de tumores en el epidídimo y el riñón.

El aspirado con aguja fina⁷ (mediante TC o ecográficamente guiado) está siendo recientemente practicado con el fin de determinar citológicamente la naturaleza del proceso del forma preoperatoria, con el fin de orientar de forma adecuada la técnica quirúrgica sobre la base del conocimiento de la naturaleza del proceso⁸. Las determinaciones citológicas celulares, su naturaleza y el análisis antigénico del mismo, fundamentalmente CEA, Ca19-9, Ca 72-4, Ca 15-3, AFP, mucina, antígenos M1 de mucina gástrica, características citológicas, amilasa, citometría de flujo del ADN, actividad de la telomerasa y viscosidad del contenido, han sido empleados y ayudan en el momento actual a la precisión diagnóstica de forma preoperatoria, si bien los resultados no son concluyentes. Asimismo, se ha descrito recientemente el empleo de la biopsia pancreática endoscópica con los mismos fines⁹.

Otras tumoraciones pancreáticas más raras y que pueden presentar un aspecto quístico son el linfangioma, el tumor epitelial papilar y el linfoma pancreático. Una causa adicional de formación quística de páncreas es la enfermedad hidatídica. Representa sólo el 0,25% del total de las localizaciones de estos quistes. Se ha descrito una perforación o una rotura hacia la cavidad peritoneal e incluso una fistulización al duodeno.

La afección tuberculosa del páncreas es infrecuente¹⁰. Se han descrito unos 50 casos en la bibliografía. El aspirado de aguja fina no es diagnóstico si no se efectúan tinciones y cultivos específicos para descartar la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes, aunque el hecho de no detectarlos tampoco excluye el diagnóstico.

Asimismo, han sido descritos tumores neuroendocrinos pancreáticos cuya forma de presentación era la de una formación quística⁴.

El diagnóstico radiológico proporciona actualmente elementos de juicio diagnóstico adecuados. La TC resulta útil en representar las lesiones, pero no lo es en distinguir tumores benignos y malignos, tumores serosos y mucinosos o pseudoquistes y neoplasias.

Es objeto de controversia actual la actitud terapéutica a seguir ante estos casos¹². No siempre es posible determinar preoperatoriamente la verdadera naturaleza del proceso, incluso con las mejores técnicas disponibles¹³. Existen actitudes conservadoras de control de la evolución en el caso de la neoplasia quística de aparente naturaleza benigna, si bien la actitud es claramente operatoria en el caso de la neoplasia de potencial maligno o de malignidad ya demostrada evolutivamente.

La técnica quirúrgica a emplear vendrá determinada por la localización del tumor y su naturaleza: duodenopancreatectomía cefálica, si previamente disponemos de ella, y pancreatectomía total o distal, con o sin esplenectomía, en el caso que sea posible una cirugía conservadora esplénica¹⁴. El análisis ultrasónico intraoperatorio ha demostrado su eficacia en la orientación diagnóstica final de la naturaleza del quiste¹⁵. El pronóstico es excelente en las tumoraciones serosas microquísticas, y peor en las tumoraciones con contenido mucoide, si bien la escasez numérica de las series no permite establecer criterios pronósticos generalizados en el momento actual.

M. ECHENIQUE ELIZONDO

Universidad del País Vasco. Unidad Docente de Medicina de San Sebastián.
San Sebastián. Guipúzcoa. España.

7. Centeno BA, Warshaw AL, Mayo-Smith W, Southern JF, Lewandowski K. Cytologic diagnosis of pancreatic cystic lesions. A prospective study of 28 percutaneous aspirates. *Acta Cytol* 1997;41:972-80.
8. Hammel P, Levy P, Voitot H, Levy M, Vilgrain V, Zins M, et al. Preoperative cyst fluid analysis is useful for the differential diagnosis of cystic lesions of the pancreas. *Gastroenterology* 1995;108:1230-5.
9. Hurwitz LK, Daniels A, Barkin JS, Petruff C, Gaertner E, Moses F. Preoperative diagnosis of intraductal papillary mucinous tumors of the pancreas by endoscopic pancreatic biopsy. *Gastrointest Endosc* 2001;53:510-3.
10. Echenique-Elizondo M, Amonadarain JA, Compton C, Warshaw AL. Tuberculosis of the pancreas. *Surgery* 2001;129:114-6.
11. Ahrendt SA, Komorowski RA, Demeure MJ, Wilson SD, Pitt HA. Cystic pancreatic neuroendocrine tumors: is preoperative diagnosis possible? *J Gastrointest Surg* 2002;6:66-74.
12. Balcom IV JH, Fernandez-Del Castillo C, Warshaw AL. Cystic lesions in the pancreas: when to watch, when to resect. *Curr Gastroenterol Rep* 2000;2:152-8.
13. Fernández-Del Castillo C, Warshaw AL. Cystic neoplasms of the pancreas. *Pancreatol* 2001;1:641-7.
14. Tandan VR, Gallinger S. Management of cystic lesions of the tail of the pancreas. *Can J Surg* 1995;38:347-50.
15. Gress F, Gottlieb K, Cummings O, Sherman S, Lehman G. Endoscopic ultrasound characteristics of mucinous cystic neoplasms of the pancreas. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:961-5.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yeo CJ, Sarr MG. Cystic and pseudocystic diseases of the pancreas. *Curr Probl Surg* 1994;31:165-243.
2. Warshaw AL, Compton CC, Lewandowski K. Cystic tumors of the pancreas. New clinical, radiologic, and pathologic observations in 67 patients. *Ann Surg* 1990;212:432-43.
3. Carr-Locke DL. Mucin hypersecreting neoplasms. *Ann Oncol* 1999;10(Suppl 4):99-103.
4. Lichtenstein DR, Carr-Locke DL. Mucin-secreting tumors of the pancreas. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1995;5:237-58.
5. Campman SC, Fajardo MA, Rippon MB, Kraegel SA, Ruebner BH. Adenosquamous carcinoma arising in a mucinous cystadenoma of the pancreas. *J Surg Oncol* 1997;64:159-62.
6. Kloppel G, Kosmahl M. Cystic lesions and neoplasms of the pancreas. The features are becoming clearer. *Pancreatol* 2001;1:648-55.