

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente «Abel Santamaría Cuadrado», Pinar del Río

NEOPLASIAS QUÍSTICAS DEL PÁNCREAS. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Raúl Castro Pérez,¹ Dr. Manuel Ampudia Lizano,² Dr. Eduardo Dopico Reyes,³ Dr. Juan Carlos Delgado Fernández³ y Dra. Katherine Castro Caballero⁴

RESUMEN

Se presentan 2 pacientes con tumores quísticos malignos del páncreas, a los cuales se les realizó la resección total del tumor. En ambas pacientes el tumor se localizaba en el cuerpo del órgano y luego de más de 7 años se encuentran libres de recidivas. Se realiza una breve revisión de la literatura médica sobre estos raros tumores.

Descriptores DeCS: QUISTE PANCREATICO/cirugía; NEOPLASMAS PANCREATICOS/cirugía; NEOPLASMAS QUISTICOS; MUCINOSOS Y SEROSOS/cirugía.

Las neoplasias quísticas del páncreas son raras, y representan entre el 10 y el 15 % de los quistes pancreáticos, y al citadenocarcinoma corresponde del 0,5 al 1 % de los tumores primitivos malignos del páncreas.¹⁻³ Según se informa en la literatura⁴ el primer reporte de un tumor quístico

de este órgano fue realizado por *Becourt* y *Becourt* en 1824, y lo describen como «un tumor del tamaño de la cabeza de un niño y formado por una pared fibrosa y fuerte».

Hasta 1987 solamente se habían reportado alrededor de 500 casos en la literatura inglesa.⁵

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Jefe del Servicio de Cirugía General.

² Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor de la Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General.

⁴ Médico de la Familia.

REPORTE DE CASOS

CASO 1

Paciente E.C.B., de 28 años de edad, femenina, mestiza, obrera agrícola, con antecedentes personales de hipertensión arterial, la cual ingresa a nuestro centro el día 13 de junio de 1990 (HC:61072505154) por un dolor en el nivel del hipocondrio izquierdo el que se le irradiaba a la espalda. Al examen físico del abdomen se palpaba una tumoración sólida redondeada, que rebasaba unos 3 cm el reborde costal izquierdo y que no se movilizaba con los movimientos respiratorios. Los exámenes hematológicos eran normales; la radiografía de tórax normal; rayos X contrastado de estómago y duodeno y colon por enema muestran compresión por una masa externa. La ultrasonografía de abdomen informó: tumor mixto de 10 cm de diámetro que parece corresponder con el cuerpo del páncreas.

Se interviene quirúrgicamente el día 27 de junio de 1990 y se le realiza incisión subcostal bilateral; se le detecta gran tumor retroperitoneal dependiente del páncreas que ocupaba casi todo el cuerpo y parte de la cola del órgano, y desplazaba a los órganos vecinos sin infiltrarlos.

Se realizó esplenectomía con pancreatometomía subtotal en bloque (fig.1), y efec-

tuó resección con un margen de 1 cm del tejido tumoral (fig. 2); se ligó el conducto pancreático y se dieron puntos separados en el muñón con sutura no absorbible; se dejó drenaje peripancreático con aspiración constante.



FIG. 1. Se observa el gran tumor luego de liberado el bazo, la cola y el cuerpo del páncreas.



FIG. 2. Se indica la línea de sección en el tejido pancreático normal.

La paciente en su posoperatorio presentó cifras tensionales arteriales altas y un cuadro de angina de pecho con alteraciones del electrocardiograma, por lo que se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos hasta su total recuperación, luego de lo cual evoluciona sin otras complicaciones.

Resultado de Anatomía Patológica: cistadenocarcinoma del páncreas de 11 cm de diámetro; bazo normal.

Luego de 9 años y 6 meses de la intervención la paciente se encuentra sin recidivas y realizando su labor habitual.

CASO 2

Paciente R.C.H., de 29 años de edad, femenina, blanca, maestra, con antecedentes de presentar un cuadro de dolor abdominal y vómitos de un mes de evolución, por lo que acude al Cuerpo de Guardia de nuestro hospital el día 23 de febrero de 1992, donde se le realiza una ultrasonografía de abdomen que informa: litiasis vesicular y pseudoquiste del páncreas.

Se ingresa de urgencia con el diagnóstico de colecistopancreatitis y pseudoquiste pancreático (HC:63020200277). Se interviene quirúrgicamente de forma electiva 3 días después (26 de febrero de 1992) con el mismo diagnóstico y mediante una incisión media supra e infraumbilical se aborda la cavidad abdominal, donde se comprueba la existencia de una colecistitis crónica litiásica, pero en vez de un pseudoquiste se encuentra una gran tumoración del cuerpo del páncreas no adherido a los órganos vecinos, por lo que se le realiza colecistectomía con colangiografía transcística y esplenectomía con pancreatometomía subtotal en bloque.

La paciente en el posoperatorio presenta neumopatía inflamatoria aguda y

sepsis de la herida quirúrgica; se le da el alta a los 33 días de operada.

Resultado de Anatomía Patológica: colecistitis crónica litiásica; cistadenocarcinoma mucinoso del páncreas de 10 cm de diámetro; bazo normal.

A los 5 años de operada se le diagnostica una diabetes mellitus, la cual controla con hipoglicemiantes orales.

Luego de 7 años y 2 meses la paciente se encuentra sin recidivas.

DISCUSIÓN

Los tumores quísticos del páncreas aún no tienen bien definida su clasificación, su proceder clínico, su tratamiento quirúrgico, ni la terapia adyuvante.⁴

Tradicionalmente los tumores quísticos del páncreas se clasificaban en 3 grupos:

Grupo I: Con epitelio cuboidal: adenomas serosos quísticos, considerados benignos; grupo II: con epitelio columnar: adenomas mucinosos quísticos, considerados benignos; grupo III: con epitelio columnar: cistoadenocarcinomas mucinosos, considerados malignos.

Sin embargo, después de los trabajos publicados por *Compagno y Oertal*^{6,7} donde reportaron que en el 80 % de los quistes mucinosos aparentemente benignos, habían hallado áreas de epitelio con atipias o francamente malignas, muchos autores^{8,9} lo dividen en solo 2 grupos: 1. Tumores serosos, que son invariablemente benignos. 2. Tumores mucinosos, que tienen un espectro de potencial de malignidad.

Estos tumores se muestran con mayor frecuencia en el sexo femenino;^{9,10} lo cual coincide con nuestras 2 pacientes, las cuales eran mujeres; sin embargo, las edades de ellas (28 y 29 años) fueron inferiores a lo reportado por *Kato*,¹¹ éste, en una serie de 41 pacientes informa rangos de eda-

des que fluctúan de 31 a 80 años con una media de 60 años.

El cuadro clínico de estos enfermos es variado y depende también de la localización y del tamaño del tumor; no obstante, el dolor abdominal es el síntoma que se presenta con mayor frecuencia.^{4,11} *Brenin*⁴ encontró los siguientes síntomas y signos: dolor abdominal en el 77 % de sus pacientes; pérdida de peso (46 %); dolor en la espalda (36 %); sensación de plenitud (32 %); masa palpable (32 %); ictero (9 %) y un paciente asintomático, al cual se le realizó el diagnóstico de forma incidental. En nuestras 2 pacientes se presentó el dolor abdominal y en una de ellas la masa palpable. El dolor abdominal en la primer paciente se localizaba en el hipocondrio izquierdo y mantenía irradiación a la espalda; en la segunda se situaba en el epigastrio y se acompañaba de vómitos, pero al presentar litiasis vesicular no es posible hacerlo depender con todo la seguridad del tumor, esto también influyó en el error diagnóstico al considerarlo desde un inicio producto de una colecistopancreatitis de un mes de evolución; la masa palpable se mostró solamente en la primera paciente.

Para realizar el diagnóstico preoperatorio de estos tumores, se deben excluir otros que pueden dar imágenes similares (pseudoquistes, adenocarcinomas pancreáticos con necrosis central, adenocarcinomas productores de *mucus* con ectasia ductal y los quistes papilares); sin embargo, a pesar de los adelantos tecnológicos, resulta

hasta el momento imposible conocer luego del diagnóstico de una neoplasia quística si ésta es benigna o maligna, principalmente en las mucinosas.

De los medios radiológicos la TAC tiene la más alta sensibilidad para determinar si los tumores son quísticos.⁴ *Johnson* y otros¹² plantean que combinando la TAC y el ultrasonido se logra diferenciar en el 90 y el 95 % los tumores quísticos serosos de los mucinosos. Otros^{4,5,8,9} no lo creen posible.

El mayor problema existe en el preoperatorio para determinar si el tumor es maligno o benigno, principalmente cuando se trata de tumores mucinosos, pues la obtención de material de la pared tumoral o del contenido del quiste mediante la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) para la realización de pruebas patológicas y bioquímicas, no son concluyentes.¹³⁻¹⁷ El estudio del DNA bajo citometría de flujo sólo ha podido demostrar el grado de agresividad en los tumores malignos, pero no la diferenciación entre malignos y benignos.⁴

En el transoperatorio la biopsia por congelación de fragmentos del tumor también puede llevar a error⁴ al no tomar en algunos de ellos áreas con proliferación maligna, por lo que a causa de la baja mortalidad de su tratamiento quirúrgico se recomienda la resección total de estos tumores.

En nuestras 2 pacientes la resección total del tumor ha permitido una larga supervivencia.

SUMMARY

2 patients with malignant cystic tumors of the pancreas are presented. Total resection of the tumor is made. In both female patients, the tumor was located in the body of the organ and after more than 7 years they are free of relapses. A brief review of these rare tumors is made in medical literature.

Subject headings: PANCREATIC CYST/surgery; PANCREATIC NEOPLASMS/surgery; NEOPLASMS, CYSTIC, MUCINOUS, AND SEROUS/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sener S, Fremgen A, Imperato JP, Sylvester J, Chmiel JS. Pancreatic cancer in Illinois: a report by 88 hospitals on 2,401 patients diagnosed 1978-84. *Am Surg* 1991;57:490-5.
2. Cubilla AL, Fitzgerald PJ. Classification of pancreatic cancer (nonendocrine). *Mayo Clin Proc* 1979;54:449-58.
3. Becker WR, Welsh RA, Pratt HS. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. *Ann Surg* 1965;161:845-63.
4. Brenin DR, Talamonti MS, Yang EYT, Sener SF, Haines GK, Joehl RJ, et al. Cystic neoplasms of the pancreas. *Arch Surg* 1995;130:1048-54.
5. ReMine SG, Frey D, Rossi RL, Munson JL, Braasch JW. Cystic neoplasms of the pancreas. *Arch Surg* 1987;122:443-6.
6. Compagno J, Oertel JE. Microcystic adenomas of the pancreas (glycogen-rich cystadenomas). *Am J Clin Pathol* 1978;69:289-98.
7. Compagno J, Oertel JE. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas with overt and latent malignancy (cystadenocarcinoma and cystadenoma). *Am J Clin Pathol* 1978;69:573-80.
8. Talamini MA, Pitt HA, Hruban RH, Boitnott JK, Coleman J, Cameron JL. Spectrum of cystic tumors of the pancreas. *Am J Surg* 1992;163:117-24.
9. Warshaw AL, Compton CC, Lewandrowski K, Cardenosa G, Mueller PR. Cystic tumors of the pancreas. *Ann Surg* 1990;212:432-45.
10. Campbell JA, Cruickshank AH. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. *J Clin Pathol* 1962;15:432-7.
11. Katoh H, Rossi RL, Braasch JW, Munson JL, Shimozaawa E, Tanabe T. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. *Hepatogastroenterol* 1989;36:424-30.
12. Johnson CD, Stephens DH, Charboneau JW, Carpenter HA, Welch TJ. Cystic pancreatic tumors: CT and sonographic assessment. *AJR Am J Roentgenol* 1988;151:1133-8.
13. Lewandrowski KB, Southern JF, Pins MR, Compton CC, Warshaw AL. Cyst fluid analysis in the differential diagnosis of pancreatic cysts. *Ann Surg* 1993;217:41-7.
14. Young NA, Villani MA, Khoury P, Naryshkin S. Differential diagnosis of cystic neoplasms of the pancreas by fine-needle aspiration. *Arch Pathol Lab Med* 1991;115:571-7.
15. Jones EC, Suen KC, Grant DR, Chan NH. Fine-needle aspiration cytology of neoplastic cysts of the pancreas. *Diagn Cytopathol* 1987;3:238-43.
16. Emmert GM, Bewtra C. Fine needle aspiration biopsy of mucinous cystic neoplasm of the pancreas. *Diagn Cytopathol* 1986;2:69-71.
17. Rubin D, Warshaw AL, Southern JF, Pins MP, Compton CC, Lewandrowski KB. Expression of CA 15.3 protein in the cyst contents distinguishes benign from malignant pancreatic mucinous cystic neoplasm. *Surgery* 1994;115:52-5.

Recibido: 9 de marzo del 2000. Aprobado: 28 de abril del 2000.

Dr. *Raúl Castro Pérez*. Calle F (final) edificio 12 plantas, piso 6, apartamento D, reparto «Hermanos Cruz», Pinar del Río, Cuba.