

CISTOADENOMA DE PANCREAS

Fernando Ferraro Dobles *
Danilo Tenorio Mayorga**

RESUMEN

Se trata de una paciente femenina de 83 años previamente sana, que desarrolló un cuadro clínico poco definido de dispepsias digestivas altas, sin ataque al estado general. Por medio del ultrasonido y la tomografía axial computarizada, se le detectó una masa en el cuerpo del páncreas, que resultó ser un cistoadenoma.

Existen pocos reportes en la literatura mundial de esta patología, en nuestro país el fenómeno es similar. En el Hospital Calderón Guardia es el primer caso que se reporta.

SUMMARY

A 83 years old woman in previous good health presented with a clinical picture of poorly defined upper gastrointestinal tract disturbances. An abdominal mass was detected on physical examination. Ultrasound studies and axial tomography confirmed this impression and a cystoadenoma was found during the surgical procedure.

World literature about this entity is scarce. In our country this condition is seldom found, and this is the first case reported in the Calderon Guardia Hospital.

INTRODUCCION

A raíz de haber detectado un caso de una patología tan infrecuente como es el cistoadenoma del páncreas, se hizo una revisión bibliográfica y de los registros del Hospital Calderón Guardia, no encontrando datos sobre esta patología en nuestro Hospital y además pocos reportes con un número muy reducido de casos en la literatura mundial.

El cistoadenoma de páncreas es un padeci-

miento de viejos, sin ninguna posibilidad de degeneración maligna.

Resumen del caso.-

A.C.H.C.H.

Femenina de 83 años, vecina de Curridabat, ama de casa. Antecedentes de importancia: hipertensión arterial. Ingresó la paciente al hospital con cuadro de 3 meses de evolución de llenura y distensión post-prandial dolor cólico moderado en cuadrante superior izquierdo que se exacerbaba con las comidas grasosas. Asocia vómitos ocasionales de contenido alimentario, astenia, hiporexia y vértigos. Pérdida de peso moderada. Niega fiebre y cambios en el hábito intestinal. Al examen físico se encontró una paciente en buen estado general, con un nódulo tiroideo en el lóbulo izquierdo de 1.5 cm duroelástico. El abdomen era blando, depresible

* Jefe de Servicio de Cirugía.

** Residente del Servicio de Cirugía

con dolor difuso pero de mayor intensidad en el hipocondrio izquierdo y aquí se palpó una masa redonda de aproximadamente 6 a 7 cm, rechazable y dolorosa, de superficie irregular, consistencia firme y móvil en el sentido cefalocaudal.

Resto de la exploración fue normal o negativa.

Exámenes realizados.-

- 1) La radiografía de tórax mostró refuerzo de la trama de tipo bronquítico, pero no había metástasis.
- 2) La gastroscopia sólo reportó antritis.
- 3) El ultrasonido de abdomen reportó una masa expansiva lobulada de 10 cm de diámetro de consistencia sólida con múltiples áreas hipoeoicas de variado tamaño que le dan el aspecto de panal de abeja. Se localiza en relación con la cola del páncreas y es compatible con neoplasia.
- 4) Tomografía axial computarizada: los diferentes cortes tomográficos demostraron un proceso expansivo a nivel de cuerpo y cola de páncreas con un tamaño aproximado de 7,8 cm en AP x 5 de ancho con una altura de más de 12 cm. Las características de la tumoración fueron las siguientes: zonas heterogéneas alternando con zonas hipodensas y tejido de aspecto hiperdenso recordando una tumoración septada, con una pequeña calcificación en su interior. Esta tumoración parece invadir el saco omental menor o infiltrar la serosa del estómago en su curvatura mayor y cara posterior. Se observó íntegra la grasa perimesentérica y retropancreática.
- 5) SGD: compresión extrínseca de la curvatura mayor y pared posterior en el cuerpo gástrico. No se puede descartar infiltración de la pared gástrica.
- 6) La gamagrafia ósea se describió normal.
- 7) Los exámenes de laboratorio: Hemograma, pruebas de función renal, glicemia, electrolitos, amilaseamia, amilauria de 2 horas, gases arteriales estaban dentro de límites normales.

8) El examen de orina mostró 50 leucocitos y resto normal.

En base a los estudios realizados: se opera al paciente y se encuentra una masa quística de aspecto benigno de aproximadamente 10 cm de diámetro, de superficie irregular con múltiples formaciones quísticas pequeñas situada en el cuerpo y cola del páncreas. No existían adherencias a órganos vecinos ni adenopatías regionales sugestivas de metástasis. El hígado era normal resto de los órganos en la cavidad abdominal eran normales.

Se realizó disección de la masa fácilmente ya que estaba libre; se seccionó el páncreas a nivel de cuerpo, extirpando la pieza junto con el bazo. Se cerró el muñón del páncreas con seda 00; se realizó hemostasia y se cerró por planos. Desde el punto de vista abdominal su evolución postoperatoria fue excelente; sólo presentó atelectasia pulmonar derecha que cedió con tratamiento médico, egresando en buen estado general.

Resumen del reporte de patología.

La pieza quirúrgica estaba constituida por bazo que únicamente mostró congestión y por un fragmento de páncreas en su mayoría ocupado por un tumor encapsulado de superficie brillante, con múltiples quistes que media 8.5 cm de diámetro mayor. Al corte era multiquístico, algunos de ellos hasta 1,7 cm de diámetro, de paredes internas lisas; contenían líquido citrino parduzco. Hacia el centro del tumor se observa cicatriz fibrosa estrellada.

Histológicamente los quistes están revestidos por células cúbicas de citoplasma rosado claro y núcleo redondo dental. En algunos sitios estas células se disponen en doble hilera. Las tinciones con ácido peryódico de Schiff son positivas. Diagnóstico: Cistoadenoma multiloculado de páncreas.

DISCUSION

Las lesiones quísticas de páncreas son raras siendo la más común de ellas el pseudoquiste.

De acuerdo a Rabson y Moynihan (1) existen 3 tipos de quistes verdaderos recubiertos por epitelio de retención, congénitos y proliferativos. Los quistes proliferativos son los mal definidos como

cistoadenomas y los cistoadenocarcinomas. Los cistoadenomas benignos representan el 10% de las lesiones quísticas del páncreas, mientras que el cistoadenocarcinoma apenas alcanza el 1% de las lesiones malignas del páncreas (2).

Becher et. al. (3) reportan 117 quistes del páncreas encontrando que 86 eran pseudoquistes, 13 quistes de retención, 3 congénitos y 15 eran neoplásicos.

Se han propuesto varias clasificaciones, siendo la de Compagno y Oertel la más aceptada (4). Mientras dividen los cistoadenomas de páncreas en 2 grupos.

- A) Cistoadenomas microquísticas, ricos en glucógeno.
- B) Neoplasias quísticas mucinosas que acarrearán malignidad latente.

Estos autores no distinguen formas intermedias. Esto lleva implícito que el cistoadenoma seroso es benigno y no degenera y que el cistoadenocarcinoma mucinoso se inicia en un cistoadenoma mucinoso preexistente.

En 1978 Hodgkinson et al (6) estudiaron 21 cistoadenomas serosos, 24 cistoadenomas mucinosos y 21 cistoadenocarcinomas, encontrando que todos los cistoadenocarcinomas eran producto de la degeneración maligna de un cistoadenoma mucinoso y nunca de la transformación maligna de un cistoadenoma seroso. Igual concepto externa Yamaguchi en su revisión (5).

Clínica.

Es un tumor preferentemente de la mujer en la edad adulta con un promedio de 55 años (2) para Hodgkinson o 68 años para Compagno (4). Se han descrito algunos pocos casos en niños (7).

La experiencia muestra que estos tumores son de crecimiento lento y que los síntomas han estado presentes muchos años antes de la exploración quirúrgica. El paciente típico es aquella persona con buen estado general cuyos síntomas son generalmente vagos y frecuentemente en un paciente asintomático en el que se descubre una masa abdominal palpable o que en la laparatomía

aparece un tumor insospechado (9). Hodgkinson (2) reporta que el 58% de los pacientes tuvieron masa palpable, situada en cuadrante superior izquierdo, epigástrico o cuadrante superior derecho. La masa generalmente es redonda de consistencia firme. Su naturaleza quística debe distinguir la de masas originadas en estómago y mesocolon transversal. Los tumores de la cola se escapan de la palpación porque se esconden detrás de las costillas y su palpación puede confundirse con una bazo desplazado. Las masas de la cola se mueven con la respiración, por lo que también puede confundirse con el bazo.

La mayoría de los síntomas parecen estar relacionados a la compresión extrínseca de sus órganos. El dolor es el síntoma más frecuente, generalmente en abdomen superior, en el cuadrante superior izquierdo, algunas veces irradiado a la región lumbar y la mayoría de las veces poco intenso, raramente severo, tipo retortijón, llenura o plenitud. El dolor puede producirse por compresión.

Los síntomas de diarrea, pérdida de peso y flatulencia se relacionan con la compresión del estómago, colon y órganos adyacentes al tumor.

Los pacientes con dolor postprandial agudo experimentan cierta insuficiencia vascular mesentérica por compresión del tumor.

Cuando la lesión se localiza en la cabeza del páncreas puede haber obstrucción del píloro o ictericia por obstrucción del colédoco con diabetes ha sido descrita por muchos autores, sin embargo la etiología de esta asociación sigue siendo oscura.

Diagnóstico: El pielograma intravenoso para tumores de la cola es de interés como método de diagnóstico diferencial.

El ultrasonido es el método de elección actual ya que delimita la lesión en relación con órganos vecinos de interés quirúrgico, detecta las características morfológicas, el tamaño de la lesión así como las metástasis en caso de lesión maligna. La tomografía axial computarizada tiene las mismas cualidades del U.S. sólo que es más costosa.

La serie gastroduodenal, el colon por enema

tienen interés como métodos para el diagnóstico diferencial.

Tratamiento.

El tratamiento siempre es quirúrgico ya que solamente por biopsia se puede determinar la extirpe histológica.

Dependiendo de su localización será la resección que puede ir desde la operación de Whipple (pancreatoduodenectomía) para los tumores que se localizan en la cabeza de páncreas, hasta la pancreatectomía parcial y distal, para los que se sitúan en el cuerpo y la cola. La esplenectomía dependerá de la relación con el tumor, que siempre será de la cola.

BIBLIOGRAFIA

1. Robson A.W.M., Moynihan B.G.A.: Diseases of the Pancreas and their surgical treatment. Philadelphia W B Saunders Co. 1903. (Citado por Hodgkinson).
2. Hodgkinson D.J. Re Mine W.H., Weiland L.H. Pancreatic Cystadenoma Arch. Surg. April 1978, 113-512.
3. Becker W.F., Welsh P.A., Pratt H.S. Cystadenoma and Cystadenocarcinoma of the pancreas Ann. Surg 161: 845-63, 1965.
4. Compagno J., Oertel J.F. Microcystic Adenomas of the pancreas A.J.C.P. 69(3):289-98 March 1978.
5. Yamaguchi K. and Munetomo Cystic Neoplasmas of the pancreas. Gastroenterología 92: 1934-43, 1987.
6. Hodgkinson D.J., Remine W.H. and Weiland L.H. A Clinicopathologic Study of 21 cases of pancreatic cystadenocarcinoma. Ann. Surg. 188 (5): 679-84 Nov. 1978.
7. Gurdersen A.E., Janiss J.F. Pancreatic Cystadenoma in Childhood; Report of a case. J. Ped. Surg. 4: 478-81. 1969.
8. Brunshwig A. The Surgery of Pancreatic Tumors St. Louis C.V. Mosby Co: 1942, p. 164.
9. Ayela A.S., Howard J.M. Grotzinger P.J. Cystoadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas Am J. Surg. 103:242-46, 1962.