

Cistoadenoma microquístico del páncreas. A propósito de un nuevo caso

Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dra. Carmen Guerra Rodríguez; Dr. Reynaldo Álvarez Pérez; Dr. Francisco López Franco

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un caso de cistoadenoma de páncreas (microquístico) en una mujer de 44 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus, y de colecistectomía hace 5 años. De esta entidad hay menos de 300 casos publicados en la literatura, siendo el primero encontrado en nuestro hospital en los últimos veinte años. El caso que se presenta es de localización caudal y fue tratado por pancreotectomía caudal más esplenectomía. Se señala la poca importancia de la clínica en el diagnóstico de estos tumores y el valor de la ultrasonografía, la TAC y la resonancia magnética en la detección de los mismos.

DeCS: CISTOADENOMA; NEOPLASMAS PANCREATICOS.

ABSTRACT

A case of a 44 years old-female patient with a history of diabetes mellitus and cholecystectomy during five years is presented. There are less than 300 published cases of this entity in the literature. Our case is the first one diagnosed in our hospital in the last twenty years. This discussed case is of caudal location and was treated using caudal pancreatectomy and splenectomy. It demonstrates the little value of clinical manifestations in the diagnosis of these tumours and the usefulness of an ultrasonography, a CAT and the Magnetic Resonance Imaging (MRI) techniques in the detection of these tumours.

DeCS: CYSTO-ADENOMA; PANCREATIC NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

El cistoadenoma de páncreas es una lesión poco común. Hay menos de 300 casos recogidos en la literatura mundial (1).

Constituye una entidad bien definida: tumor encapsulado, derivado histogenéticamente del epitelio de los conductos pancreáticos que da lugar a la formación de un "quiste verdadero" con una pared revestida de epitelio y con un contenido líquido. La diferenciación entre quiste y pseudoquiste puede ser difícil incluso en el acto operatorio.

La mayoría de las tumoraciones quísticas pancreáticas corresponden a pseudoquiste secundarios a traumatismos o pancreatitis, pero el cistoadenoma y su variante, el cistoadenocarcinoma representan entre el 10 y el 15% de aquellos (2-4).

El objetivo de este trabajo es comunicar un caso de cistoadenoma microquístico del páncreas que se presentó como una masa abdominal acompañado de dolor y que ha sido el único observado en nuestro hospital de los últimos veinte años.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 44 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus desde los 33 años y de colicistectomía hace 5 años, con historia de dispepsia, epigastralgia e inflamación en hipocondrio izquierdo. Hace seis meses comienza con epigastralgia más intensa que requiere el concurso de espasmolíticos y consulta de varios facultativos por dicha molestia. La paciente nota un aumento de volumen en hipocondrio izquierdo. El dolor continúa repitiéndose y se presenta constipación no común. No hay pérdida de peso importante ni vómitos o sangramientos. No se reportan antecedentes de pancreatitis abdominales.

EXAMEN FÍSICO

Todo el examen físico es normal excepto en hipocondrio izquierdo donde se palpa una tumoración de aproximadamente 6 cm redondeada, no pulsátil, no dolorosa ni adherida a planos superficiales.

ESTUDIO ANALÍTICO

Todos los exámenes fueron normales excepto glicemia de 13 mmol/1.

EXAMEN RADIOLÓGICO

Radiografía simple de abdomen: Se observa imagen redondeada de densidad homogénea localizada en hipocondrio izquierdo. Radiografía de esófago-estómago y duodeno: Muestra desplazamiento hacia arriba y delante del estómago y compresión extrínseca de la curvatura mayor. Radiografía de colon por enema". Se destaca desplazamiento hacia abajo del ángulo esplénico del colon. Ecografía: Corte sagital y coronal con imagen quística de 1,5 cm aproximadamente en la proyección de la cola del páncreas. La arteriografía selectiva no señaló datos de valor. Por dificultades en ese momento con el equipo no se pudo realizar TAC. Radiografía de tórax y ECG: normales.

Se somete a intervención quirúrgica: Pancreatectomía corporo-caudal con esplenectomía asociada, encontrándose una tumoración quística de 6 a 7 cms diámetro, siendo el estudio histopatológico compatible con cistoadenoma microquístico del páncreas. Después de la intervención quirúrgica la paciente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

La incidencia de los cistoadenomas es superior en las mujeres que en los hombres, en proporción de 9 a 1 y pueden presentarse en todas las edades, pero con preferencia en la tercera, cuarta y quinta décadas de la vida, como ocurrió en nuestra enferma.

El adenoma microquístico se localiza fundamentalmente en el páncreas distal; sólo el 18% radica en la cabeza (5,6). Los síntomas son muy reducidos. La tríada clásica citada por Abeshause (7), característica de un tumor pancreático es: dolor, masa tumoral y signos de compresión, como lo pudimos apreciar en nuestra paciente. Se ha señalado la asociación de esta entidad con esterilidad, infertilidad, diabetes, obesidad, disfunción tímica, hipertensión arterial, litiasis biliar, ulcus péptico y síndrome de Zollinger Ellison, aunque estas asociaciones no tienen relación con la patogénesis de los cistoadenomas pancreáticos (1,8).

Nuestra paciente fue intervenida hace cinco años por litiasis biliar y tiene el antecedente de ser diabética desde los 24 años de edad.

En la gran mayoría de los enfermos es la presencia de una tumoración abdominal móvil o fija, por lo regular epigástrica o paraumbilical, lo que lleva a los pacientes a la consulta, como pudimos apreciar en nuestro caso.

Algunos autores (9,10), señalan que el síntoma más frecuente es el dolor, aunque puede presentarse dispepsia, malestar epigástrico entre otros; a veces se pueden presentar por una de sus complicaciones como pueden ser la ruptura y la supuración, u otras veces por compresión de los órganos vecinos.

Histológicamente hay que tener en cuenta los criterios de Compagno y Oertel (11) en el sentido de distinguir el adenoma microquístico y quiste mucinoso.

Nuestra paciente era portadora de un adenoma microquístico que no es más que un tumor irregular, que suele presentarse en forma de racimo de uvas, de tamaño variable (alrededor de 10 cms), multiloculado dividido por tabiques radiados a veces calcificados. Microscópicamente estas cavidades van cubiertas de epitelio cúbico o prismático con escasa actividad mitótica. Las formaciones papilares son raras. La coloración por el mucicarmin es escasa e inconstante, todas estas características fueron apreciadas en el tumor de nuestra enferma.

Debe tenerse presente que el adenoma microquístico es siempre benigno, mientras que el quiste mucinoso obliga a una exéresis total, para evitar posible malignización (12).

En la actualidad, con la disponibilidad de la ecografía abdominal, TAC y resonancia magnética (13), podemos establecer un diagnóstico de presunción correcto de estos procesos quísticos primitivos pancreáticos, sin necesidad de recurrir a exploraciones indirectas o procedimientos invasivos, tal y como sucedía en el pasado (14).

La ecografía y la TAC valoran la densidad, límites y relación de variedad, mientras que los otros métodos ponen de manifiesto modificaciones de la morfología de los órganos vecinos.

El tratamiento es exclusivamente quirúrgico (15), consiste en la resección total y correcta de la tumoración quística como fue practicado en nuestro caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Hodgkinson D, Remine W.,Weiland L.. Pancreatic cystadenoma. Arch Surg, 1988; 1113: 512-514.
- 2.- Tarft D, Freeny P. Cystic neoplasm of the pancreas. Am J Surg, 1991; 142: 30-36.

- 3.- Gómez Sanz R, Moreno González E. . Cistoadenoma y cistoadenocarcinoma de páncreas. Presentación de siete casos. Cir Esp 1992; 44: 54-60.
- 4.- Parrilla Paricio P, Sánchez Bueno F. Cistoadenocarcinomas pancreáticos. Cir Esp, 1981; 41: 4-10.
- 5.- Becker W, Welsh R, Pratt H. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. Ann Surg., 1985; 161: 845-863.
- 6.- Rob C, Smith R. Atlas de Cirugía General. España: Salvat Editores. 1996: 381-389.
- 7.- Plauchu M, Guillemin G, Spay G, Gilly J. Cystadenomes dy páncreas, mise au point a propos de dev observations. Le J de Medicine de Lyon 1981; 20: 1145-1160.
- 8.- Didolkar M, Malhotra Y, Holyoke E, Elias E.: Cystadenoma of the pancreas. Surg Gynecol Obstet. 1990; 140: 925-928.
- 9.- Gutiérrez Calvo A, Fernández Blanco I, De Miguel Ibáñez. R. Cistoadenoma mucinoso de páncreas. Rev Quir Esp 1992; 15: 203-207.
- 10.- Echerique Elizondo M, Liron de Cobles C, Amon Darain Arratible J, Ruíz Díaz I, Gómez Dorrnzoro M. Cistoadenoma del páncreas: Aportación de tres nuevos casos. Rev Esp Enf Ap Digest 1994; 75: 593-596.
- 11.- Compagno J, Oertel J. Mucinous cystic neoplasm of the pancreas with overt and latent malignancy (cystadenocarcinoma and cystadenoma). A clinic pathological study of 41 cases. Amer J Clin Path 1991; 69: 573-575.
- 12.- Von Saegesser R., Rohner A. Pancreatic cystadenoma and cystadenocarcinoma. Brit J Surg 1993; 7: 449-452.
- 13.- Itay Y, Moss A, Ahtomo K. Computed tomography of cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. Radiology 1990; 145: 419-423.
- 14.- Swanso G. A case of cystadenoma of the pancreas studied by selective angiography. Radiology 1991; 81: 592-595.
- 15.- Komorn H, Zirkin R, Natham L. Papillary cystic neoplasms of the pancreas: Report of two cases of a surgically curable tumor. Surgery 1993; 99: 110-113.

Recibido: 12 de marzo de 1997

Aprobado: 14 de octubre de 1997