

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE CISTOADENOMA SEROSO DE COLA DE PÁNCREAS: REPORTE DE UN CASO

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF SEROUS CYSTADENOMA IN TAIL OF PANCREAS: REPORT OF ONE CASE

Prof. Dr. Miguel Farina¹, Dr. Omar Aguilera², Dr. Rodrigo Pederzoli², Dra. Diana Gómez²

RESUMEN

Introducción: Los tumores quísticos representan el 1% de todos los tumores primarios del páncreas y sólo el 15% de las lesiones quísticas. Los cistoadenomas serosos (SCA) son lesiones casi siempre benignas con un tamaño promedio de 4 cm, sin embargo en raros casos existen lesiones de mayor tamaño que ocasionalmente producen síntomas relacionados al efecto de masa y compresión de estructuras vecinas, se presenta el caso de una paciente con imagen tomográfico de lesión en cola de páncreas de 10 cm. de diámetro que se le realizó pancreatectomía caudal y esplenectomía video laparoscópica. Se confirmó el diagnóstico por anatomía patológica. Se realiza una revisión bibliográfica de la enfermedad, opciones diagnósticas y terapéuticas.

Palabras claves: Cistoadenoma Seroso de cola de Páncreas. Diagnóstico. Tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: Cystic tumors represent 1% of all primary Pancreatic Tumors and only 15% of cystic lesions. The serous cystadenomas (SCA) are almost always benign lesions with an average size of 4 cm, however in rare cases there are larger lesions which occasionally produce symptoms related to the mass effect and compression of surrounding structures, arises the tomographic image patient case of injury in tail of pancreas of 10 cm. in diameter that caudal pancreatectomy and video-assisted laparoscopic Splenectomy were performed. The diagnosis was confirmed by pathology. He is a literature review of disease, diagnostic options, and therapeutic.

Key words: Serous Cystadenoma in tail of Pancreas. Diagnosis. Treatment.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones quísticas de páncreas son infrecuentes, estimándose en sólo un 1% de todos los tumores pancreá-

ticos y en un 10% a 15% de todos los quistes pancreáticos.¹

La patología tumoral pancreática representa la cuarta causa de muerte por patología tumoral y la segunda causa, después del cáncer colorrectal entre los tumores digestivos.^{1,2}

El avance en las técnicas radiológicas ha contribuido a conseguir una mayor precisión en la morfología macroscópica y en su aproximación diagnóstica. Siguiendo el aspecto radiológico prevalente de las lesiones se han dividido en dos grupos: tumor sólido pancreático y tumor quístico pancreático.³

Dentro de la clasificación actual de la OMS, de los tumores quísticos, se encuentran los tumores primarios del páncreas exócrino del tipo benigno, cistoadenoma seroso, cistoadenoma mucinoso, adenoma mucinoso papilar intraductal, y teratoma quístico mucinoso.³

El Cistadenomaseroso, es un tumor benigno productor de líquido seroso que se encuentra en mujeres en la 5ª década de la vida. Con frecuencia se diagnostica en forma incidental, y su tratamiento debe consistir únicamente en la observación periódica, y la cirugía sólo está indicada en caso de síntomas o imposibilidad de diagnóstico diferencial con otras formas tumorales.¹

CASO CLÍNICO

Paciente de 58 años, diabética, hipertensa, tratada, ingresa por consultorio de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, (FCM-UNA), por cuadro de 3 meses de evolución de dolor de inicio insidioso en epigastrio, de leve intensidad, tipo puntada, de predominio postprandial que se acompaña de saciedad precoz.

1. Jefe de Sala y Departamento de la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas (IICCQ), San Lorenzo Paraguay. Profesor de Clínica Quirúrgica de la IICCQ, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

2. Médico Residente de la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, San Lorenzo Paraguay.

Autor correspondiente: rodrigopederezoli01@gmail.com

En sus estudios de imágenes, la ecografía abdominal informó sólo hígado con signos de esteatosis, la tomografía axial computarizada (TAC) con contraste de abdomen y pelvis: cola del páncreas con una imagen hipodensa, redondeada, de límites definidos, que mide 8x7x7 cm. Con la administración de contraste se hacen evidentes múlti-

ples tabiques internos. **Fig. 1 y 2**

Se realizó pancreatectomía caudal y esplenectomía videolaparoscópica. **Fig. 3**

Con evolución favorable, la paciente fue dada de alta. El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico de cistoadenoma seroso benigno.



FIG. 1

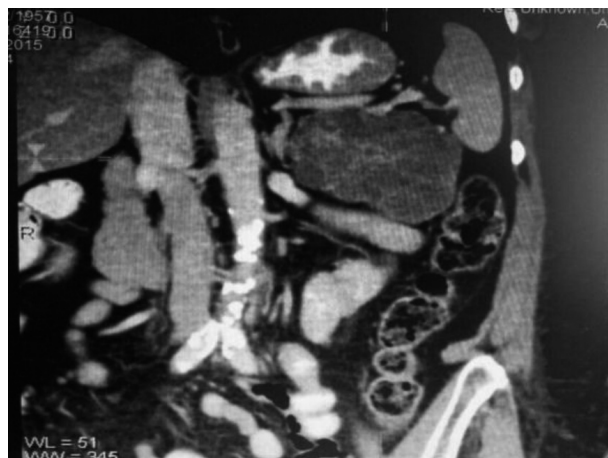


FIG. 2



FIG. 3

DISCUSIÓN

El Cistoadenoma seroso es un tumor benigno, originado a partir de las células centroacinares pancreáticas, que supone el 25% del total de tumores quísticos del páncreas.¹

Nuestra paciente es del sexo femenino, de 58 años de edad, coincidente con la literatura que refiere afectar predominantemente a mujeres (65-85%) alrededor de los 65 años (rango:35-90 años).^{1,2,3}

El cuadro clínico se caracterizó por dolor en epigastrio y sensación de plenitud postprandial. Sin embargo, varios autores refieren que la enfermedad cursa de forma asintomática o en ocasiones con síntomas inespecíficos, tales como epigastralgias o masa abdominal.^{1,4,5}

El diagnóstico se realizó por el hallazgo en la tomo-

grafía de una lesión quística en cola de páncreas de 10 cm. de diámetro de límites definidos, la literatura reporta que los cistoadenomas serosos con frecuencia son diagnosticados de forma incidental, se localizan en el cuerpo/cola pancreáticos y son tumores polilobulados formados por múltiples quistes (más de 6, translúcidos y de menos de 2 cm de diámetro cada uno de ellos), que le dan una apariencia típica “en panal de abejas” o “en esponja” con calcificaciones centrales.^{1,4, 6,7,8,9}

Los quistes están separados unos de otros por tabiques o septos fibrosos que irradian desde el centro, lo que ocasionalmente da lugar a una cicatriz central en forma de estrella en el 10-38% de los casos, de carácter patognomónico tal como se constató en la imagen tomográfica

de nuestra paciente.^{9,10}

La apariencia de estos tumores en la TAC depende del tamaño de los quistes así como de la cantidad de tejido estromal existente. Si los quistes son muy pequeños y el contenido estromal grande, el tumor tendrá un aspecto sólido; de hecho, el gran problema diagnóstico radica en su diferenciación respecto de masas sólidas y no respecto de otros tumores quísticos.^{11,12,13}

El tratamiento de elección de los tumores quísticos del páncreas en general es la resección quirúrgica, dependiendo de la localización del tumor y su naturaleza se

realizan cirugías radicales versus conservadoras, ya que en la literatura mundial sólo se han descrito 10 casos de degeneración maligna.^{14,15,16,17,18}

Por la presencia de síntomas, realizamos como tratamiento quirúrgico, pancreatocetomía caudal y esplenectomía videolaparoscópica, con confirmación por anatomía patológica de cistoadenoma seroso benigno de páncreas.

Por lo tanto, el cistoadenoma seroso de cola de páncreas no representa un problema diagnóstico y su tratamiento quirúrgico debe realizarse cuando éste lo amerite.

BIBLIOGRAFÍA

1. Juan Ángel Fernández. Tumores quísticos del páncreas: revisión de la literatura. *Cir Esp* 2003;73(5):297-308
2. Klöppel G, Kosmahl M. Cystic lesions and neoplasms of the pancreas. The features are becoming clearer. *Pancreatol* 2001;1:648-55.
3. Paker SL, Tong T, Bolden S. Cancer statistics. *Ca Cancer J Clin* 1997; 47: 5-27.
4. Fernández del Castillo C, Warshaw AL. Cystic neoplasm of the pancreas. *Pancreatol* 2001;1:641-7.
5. Sarr MG, Kendrick ML, Nagorney DM, Thompson GB, Farley DR, Farnell MB. Cystic neoplasms of the pancreas. Benign to malignant epithelial neoplasms. *Surg Clin North Am* 2001;3:497-509.
6. Gasslander T, Arnelo U, Albiin N, Permert J. Cystic tumors of the pancreas. *Dig Dis* 2001;19:57-62.
7. Ooi LLPJ, Ho GH, Chew SP, Low CH, Soo KC. Cystic tumors of the pancreas: A diagnostic dilemma. *Aust NZ J Surg* 1998;68:844-6.
8. Brugge WR. Cystic lesions of the pancreas. *Curr Treat Opt Gastroenterol* 2002;5:325-30.
9. Pyke CM, van Heerden JA, Colby TV, Sarr MG, Weaver AL. The spectrum of serous cystoadenoma of the pancreas. Clinical, pathological and surgical aspects. *Ann Surg* 1992;215:132-9.
10. Cem Balci N, Semelca RC. Radiologic features of cystic, endocrine and other pancreatic neoplasms. *Eur J Radiol* 2001;38:113-9.
11. Megibow AJ, Lombardo FP, Guarise A, Carbognin G, Scholes J, Rofsky NM, et al. Cystic pancreatic masses: cross-sectional imaging observations and serial follow-up. *Abdom Imaging* 2001;26: 640-7.
12. Hammond N, Miller FH, Sica GT, Gore RM. Imaging of cystic diseases of the pancreas. *Radiol Clin N Am* 2002; 40:1243-62.
13. Buck JL, Hayes WS. From the archives of the AFIP. Microcystic adenoma of the pancreas. *Radiographics* 1990;10:313-22.
14. Bassi C, Salvia R, Molinari E, Biasutti C, Falconi M, Pederzoli P. Management of 100 consecutive cases of pancreatic serous cystoadenoma: wait for symptoms and see at imaging or viceversa? *World J Surg* 2003;27:319-23.
15. George DH, Murphy F, Michalsky R. Serous cystoadenocarcinomas of the pancreas: a new entity? *Am J Surg Pathol* 1989;13:61-6.
16. Balcom IV JH, Fernández-del Castillo C, Warshaw AL. Cystic lesions in the pancreas: When to watch, when to resect. *Curr Gastroenterol Rep* 2000;2:152-8.
17. Sheehan M, Latona C, Aranha G, Pickleman J. The increasing problem of unusual pancreatic tumors. *Arch Surg* 2000;135:644-50.
18. Box GJ, Douglas HO. Management of cystic neoplasms of the pancreas. *Am Surg* 2000;66:495-501.