

Tratamiento Quirúrgico de los Cistoadenoma Serosos Gigantes del Páncreas

Reporte de dos Casos

Javier Targarona*, Rafael Garatea**, Cesar Romero**, José Luis Rosamedina**, Alfonso Lora**, Jorge Beltrán**, César Rotta**, Dr. Pedro Tapia***, Eduardo Montoya****

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los tumores quísticos del páncreas son una entidad poco común que reúnen a distintas variedades, las cuales presentan diferentes grados de malignidad. Estos representan el 1% de todos los tumores primarios del páncreas y solo el 15% de las lesiones quísticas.

Los cistoadenomas serosos (SCA) son lesiones casi siempre benignas con un tamaño promedio de 4cm sin embargo en muy raros casos existen lesiones gigantes generalmente mayores de 15cm, estos tumores algunas veces producen una sintomatología causada por la compresión de estructuras vecinas por lo que generalmente son quirúrgicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el periodo comprendido entre Junio del 2004 a Junio del 2005 se operaron en el servicio 3A II del Hospital Edgardo Rebagliati Martins dos casos de cistoadenomas serosos gigantes del páncreas uno localizado en la cola del páncreas y otro en la cabeza con un tamaño promedio de 16 cm.

DISCUSIÓN:

Los SCA gigantes del páncreas son lesiones muy poco frecuentes generalmente mayores de 10 a 15 cm. de diámetro de acuerdo a los diferentes autores, estas lesiones no presentan un problema diagnóstico, siendo generalmente quirúrgicas ya que producen sintomatología por compresión. La resección quirúrgica puede ser complicada debido al gran tamaño y a la neovascularización importante que presentan.

PALABRAS CLAVE: Cistoadenoma Seroso del Páncreas, Tumores quísticos del Páncreas, Cistoadenoma Serosos Gigantes.

* Médico del Servicio 3AII Cirugía de hígado vías biliares y páncreas del Departamento de Cirugía General del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima Perú. Cirujano Clínica Anglo Americana.

** Médico del Servicio 3AII Cirugía de hígado vías biliares y páncreas del Departamento de Cirugía General del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima Perú.

*** Médico del Servicio de radiología I.N.E.N., RESOMASA.

**** Médico Jefe del Servicio 3AII Cirugía de hígado vías biliares y páncreas del Departamento de Cirugía General del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima Perú.

SUMMARY

INTRODUCTION:

The cystic tumor of the pancreas is a relatively uncommon entity. There are different types of pancreatic cystic tumors and they all exhibit different degrees of malignancy. These tumors represent 1% of all primary pancreatic tumors and only 15% of the cystic lesions. The serous cystadenomas (SCA) are mostly benign lesions with an average size of 4 cm; nevertheless, in some rare cases these are giant lesions, generally larger than 15 cm. Sometimes these tumors produce a symptomatology caused by the compression of neighboring structures, therefore they are generally operable.

MATERIAL AND METHOD:

During the period from June 2004 to June 2005, the 3A II unit of the Edgardo Rebagliati Martins Hospital operated on two cases of giant serous cystadenomas of the pancreas, one located in the tail of the pancreas and the other in the head of the pancreas, with an average size of 16 cm.

DISCUSSION:

The giant SCAs of the pancreas are rarely seen lesions that, according to different authors, are usually larger than 10 to 15 cm. in diameter. These lesions do not represent a diagnosis problem and are generally operable since they produce a symptomatology by compression. The surgical resection can be complicated due to their large size and to the considerable neovascularization.

KEYWORDS: Serous Cystadenoma of the Pancreas, Cystic Tumors of the Pancreas, Giant Serous Cystadenoma.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones quísticas de hígado y riñón cuando son encontradas en la tomografía o ecografía, son tomadas como lesiones benignas, esto no puede ser generalizado al páncreas ya que cuando encontramos una lesión quística, esta debe de ser bien estudiada y a diferencia de lo que ocurre en otros órganos, las lesiones quísticas del páncreas podrían corresponder a una neoplasia.⁽¹⁷⁾

Los pseudoquistes representan la mayoría de lesiones quísticas del páncreas, los tumores quísticos propiamente dichos representan el 1% de todos los tumores primarios del páncreas y solo el 15% de las lesiones quísticas. Los tumores quísticos del páncreas son una entidad poco común que reúnen a distintas variedades de quistes, que presentan diferentes grados de malignidad.

Estos tumores generalmente son diagnosticados como pseudoquistes o quistes simples y son tratados inadecuadamente

Existen diversos tipos de tumores quísticos siendo los mas frecuentemente reportados los cistoadenomas serosos, cistoadenoma cistoadenocarcinoma mucinosos, los quistes intraductales papilares mucinosos y los sólidos pseudo-papilares.

Es posible que seamos testigos de un incremento en la incidencia de los diversos tipos de tumores quísticos del páncreas, o puede ser mas probable que nuestra capacidad para detectar este tipo de lesiones se ha incrementado.

En los últimos 20 años ha habido un incremento en el interés por el estudio de los tumores quísticos del páncreas. El distinguir el cistoadenoma seroso, de las neoplasias mucinosas quísticas, el reconocer a las neoplasias sólidas pseudopapilares y otros tipos de neoplasias quísticas de páncreas poco comunes y mas recientemente la aparición de los tumores intra ductales papilares mucinosos, ha traído una nueva dimensión a un campo que una vez fue solo tema de reporte de casos.

Es muy importante diferenciar la variedad de este tipo de lesiones, además de hacer un diagnóstico diferencial con un adenocarcinoma ductal o de un pseudo quiste de páncreas ya que el manejo es distinto de acuerdo a cada caso. Se estima que la tomografía nos puede proveer de una correcta caracterización del tipo de tumor quístico en el 60%-70% de los casos. Desafortunadamente a pesar de la calidad de las imágenes éstas no nos permiten muchas veces diferenciar un tipo de tumor quístico de otro convirtiéndose en un reto poder diferenciarlos.

El manejo de los tumores quísticos del páncreas requiere de un diagnóstico específico debido al potencial de malignidad, que varía muchísimo dependiendo del tipo de lesión que se presente. Los cistoadenomas del tipo mucinoso (cistoadenoma mucinoso o intraductal papilar mucinoso) son los que presentan el mayor potencial maligno o tienden a degenerar con el paso del tiempo siendo alrededor del 28 a 54% malignos en el momento del diagnóstico por lo que la resección quirúrgica es mandataria siendo este, el tratamiento de elección.^(10,11,17)

Por otro lado el cistoadenoma seroso del páncreas (SCA) es considerado por regla general una lesión benigna con solo escasas excepciones. En la literatura existen 10 casos reportados de SCA con degeneración maligna (cistoadenocarcinoma seroso).⁽¹⁻⁹⁾

La presentación habitual del SCA es el de una lesión microquística formando una trama parecida a un panal de abejas que presenta una escara central en el 30% de los casos sin embargo también existe la variante macroquística descrita por Warshaw en el año 1992.

Estos tumores quísticos algunas veces se presentan como lesiones gigantes del páncreas que pueden ser interpretadas como lesiones irresecables pudiendo alarmar tanto al médico como al paciente. Estos tumores algunas veces producen una sintomatología causada por la compresión de estructuras vecinas.

En este artículo presentamos dos casos de cistoadenomas serosos gigantes que fueron resecados en el servicio de cirugía 3 A II del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el periodo comprendido entre Junio del 2004 a Junio del 2005 se operaron en el servicio 3A II del Hospital Edgardo Rebagliati Martins dos casos de cistoadenomas serosos gigantes del páncreas. La localización fue distinta en los dos casos siendo en el primer paciente de cuerpo y cola de páncreas, mientras que en el segundo caso el tumor se localizó en la cabeza.

La edad de los pacientes fueron de 92 y 71 años con un tamaño promedio del tumor quístico en ambos casos de 16 cm. de diámetro, los dos pacientes requirieron tratamiento quirúrgico ya que presentaron sintomatología debido a la compresión tumoral, rea-

lizándose una Pancreatectomía corporo caudal con Esplenectomía mas colectomía transversa en el primer caso y una duodenopancreatectomía en el segundo.

REPORTE DE CASOS

CASO 1

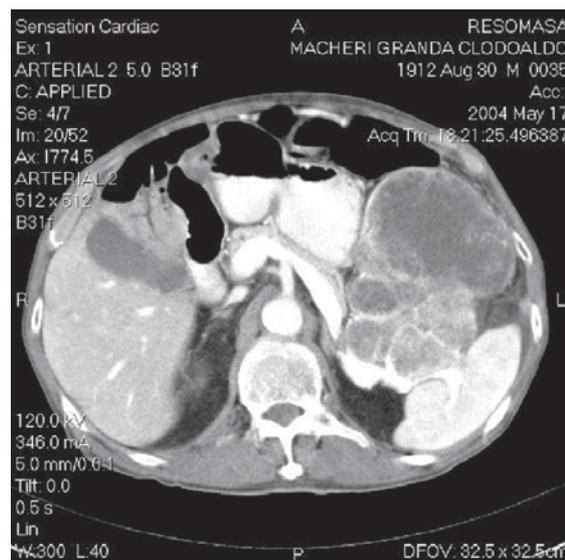


Fig. 1 Tumoración de cola de páncreas multiquística de 15cm.

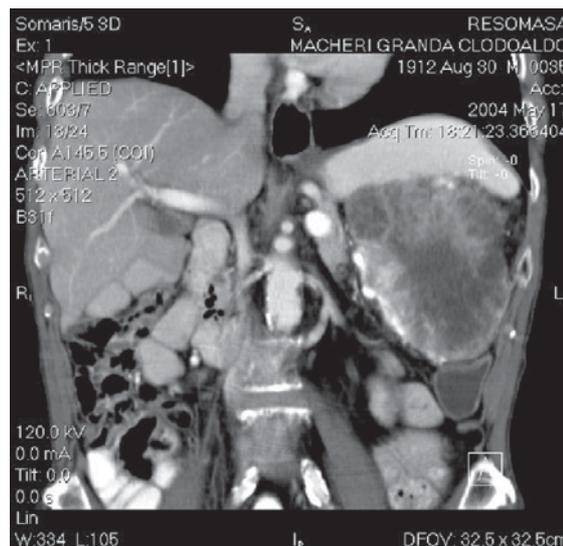


Fig. 2: Tumoración quística que desplaza el ángulo esplénico del colon.

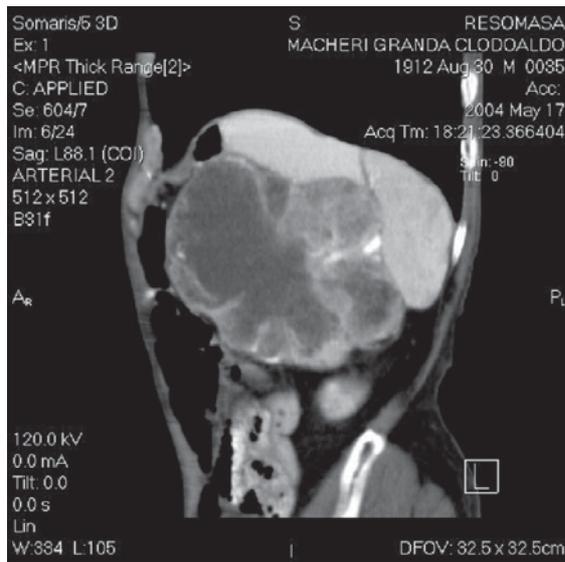


Fig. 3 Imagen quística del páncreas donde se evidencia áreas micro y macro quísticas



Figura 4: Pieza operatoria con sección transversal donde se observa la clásica escara central del SCA

C.M.G. varón de 92 años de edad con antecedente de litiasis renal y neoplasia maligna de próstata, el cual inicia con sensación de masa acompañado de dolor en cuadrante superior izquierdo. En la tomografía se evidencia gran tumoración dependiente de cuerpo y cola de páncreas, de 15 X 13.5 X 13 cm. además de otra lesión de 10 cm. en flanco derecho. (Fig. 1-4)

El paciente es programado para una pancreatomec-tomía distal por presentar un cistoadenoma microquístico de cuerpo y cola de páncreas.

En sala de operaciones se encontró una gran tumoración de páncreas de consistencia dura con adherencias firmes al colon transverso, además se encontró otra tumoración intraluminal en colon transverso que provocaba una intususcepción del intestino por lo que se efectuó una pancreatomec-tomía corporo caudal con esplenectomía, mas una colectomía transversa.

La anatomía patológica reporto: Páncreas: Adenoma microquístico, de páncreas que corresponde a Cisto Adenoma Seroso (SCA): Colon transverso Adenoma vellosos de colon transverso.

El paciente evoluciona favorablemente no presentando complicaciones saliendo de alta al 12vo día post Quirúrgico.

CASO 2

J.M.M. femenino de 71 años con antecedentes de sarra-mpión y parotiditis, ingresa transferida de clínica particular con un diagnóstico de adenocarcinoma de cabeza de páncreas, diagnosticado por tomografía.

La paciente refiere sensación de masa en cuadrante inferior derecho, además de poca tolerancia gástrica y baja de peso de 6 meses de evolución.

Se solicita una tomografía espiral multicorte, con cortes ultra finos para definir resecabilidad, donde se evidencia tumoración quística gigante de cabeza de páncreas de 17 X 13 X12 cm. que esta en estrecho contacto con la arteria y la vena mesentérica superior en toda su extensión. (Fig.: 5-8) Se programa a la paciente con el diagnóstico de cistoadenoma seroso del páncreas.

En sala de operaciones se encuentra una gran tumoración que ocupa casi toda la cavidad de consistencia dura, poco móvil muy fija al plano medial con neovascularización importante, por lo que se decide efectuarle una duodeno-pancreatomec-tomía clásica.

La anatomía patológica informo Adenoma microquístico, de páncreas que corresponde a Cisto Adenoma Seroso (SCA).

La paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones y es dada de alta a los 15 días de la cirugía.

CASO: 2

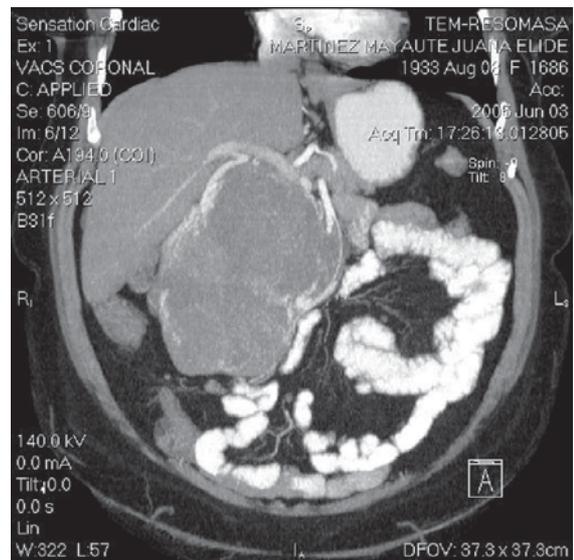


Figura 5: Tumoración que compromete cabeza de páncreas y desplaza las asas intestinales.

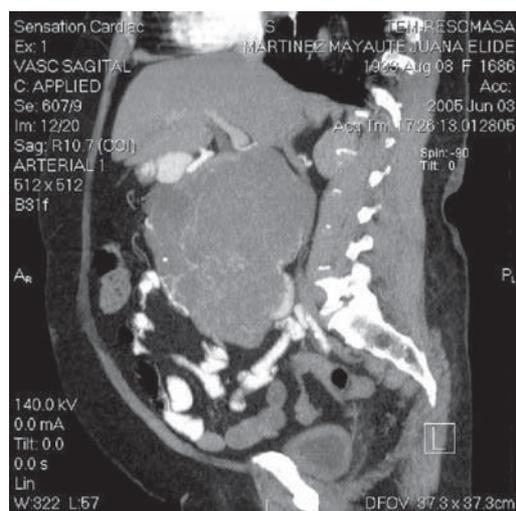


Figura 6: Se evidencia gran tumoración que llega hasta la pelvis.

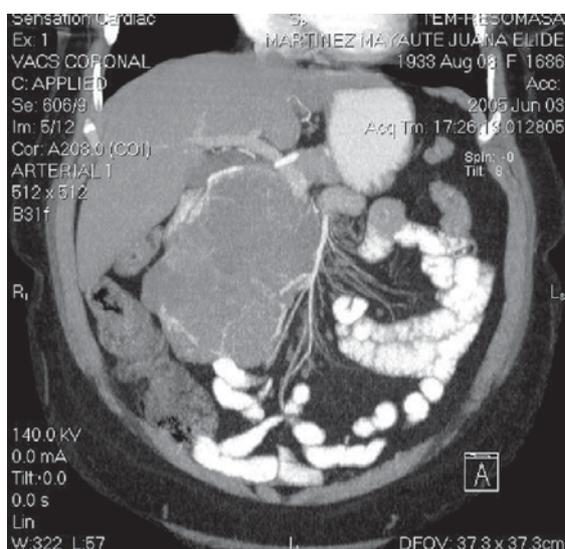


Figura 7: Tumoración de 17cm que desplaza parcialmente la arteria mesentérica superior.



Figura 8: Pieza operatoria

DISCUSIÓN

Los cistoadenomas serosos mayores de 15 cm. son infrecuentes, siendo el tamaño promedio de 4 cm. de diámetro, Bassi en un estudio de 100 casos reporta un diámetro promedio de 3.7cm con un rango que van desde 1 hasta los 10 cm. Por otro lado Tseng y Fernández del Castillo describen en una serie de 106 casos un quiste de 17 cm. diámetro con una promedio de 4.9cm. (12,13)

Los cistoadenomas seroso cuando son sintomáticos presentan un cuadro clínico inespecífico y engañoso de larga evolución siendo generalmente de mas de un año previo al diagnostico. El síntoma principal es el dolor, que ocurre en aproximadamente el 25% de los casos el cual se irradia a los flancos sugiriendo una posible etiología pancreática.

La resección del cistoadenoma seroso generalmente se lleva a cabo cuando el paciente presenta síntomas, cuando se presentan tumores de gran tamaño o en el caso que no se pueda diferenciar un SCA de las otras variedades de tumores quísticos. Algunos autores recomiendan la resección en todos los casos de tumores quísticos del páncreas, sin embargo otros recomiendan un abordaje más selectivo.

Nosotros creemos que en el caso de los cistoadenomas serosos asintomático, dada su naturaleza benigna todavía nos permiten en casos escogidos, brindarle al paciente un tratamiento conservador, pero esto solo es posible cuando se tiene un alto grado de certeza diagnóstica, y nunca se debe de efectuar cuando tenemos una imagen radiológica de una lesión quística única, ya que en estos casos no se puede diferenciar un cistoadenoma seroso de otro tipo de quiste pancreático. Afortunadamente en la mayoría de los casos se presenta la "clásica" imagen microquística de panel de abeja pero algunas veces las múltiples trabeculas de los micro quistes pueden dar una imagen de aspecto sólido en la ecografía o en la tomografía lo que puede poner en duda el diagnóstico.

Las nuevas técnicas tanto en tomografía (Tomografía Espiral Multicorte) así como el advenimiento de la resonancia magnética, han mejorado el diagnóstico de los SCA, esto nos ha permitido disminuir el número de pacientes sometidos a cirugía, la cual hoy en día se limita al 70% de los casos.

Existe varias descripciones en la literatura sobre lesiones quísticas gigantes de páncreas, algunos llaman así a los quistes o pseudoquistes de mas de 10 cm. en su diámetro mayor. Warsaw en su artículo "The effect of size of giant pancreatic pseudocysts on the outcome of internal drainage procedures" cataloga a los pseudoquistes gigantes como lesiones de 15cm en su diámetro mayor. (14,15,16)

En el caso de los cistoadenomas serosos no existe ninguna descripción en la literatura americana en la cual clasifique el cistoadenoma seroso por su tamaño.

En los casos de cistoadenomas serosos gigantes el tratamiento generalmente es la resección quirúrgica, ya en estos casos los tumores suelen comprimir algunas estructuras como el duodeno, vías biliares, o el conducto pancreático

produciendo síntomas. En la actualidad el problema con los SCA gigantes de páncreas radica en la dificultad para la resección por que, aunque son tumores benignos pueden infiltrar en algunos casos otras estructuras lo que dificulta muchas veces su resección, además al producir una neovascularización importante no solo del área tumoral si no de las estructuras contiguas hacen mas laboriosa la cirugía.

En esta serie de casos se presenta dos SCA de 16cm en promedio uno de 15cm en cola de páncreas y otro de 17cm en cabeza los cuales fueron resecados efectuando en el primer caso una pancreatomeclectomía corporo caudal mas esplenectomía y en el segundo una duodenopancreatomeclectomía clásica. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones ni mortalidad sin embargo en el segundo caso la cirugía (whipple) tuvo una duración de 11 horas y se utilizaron 3 unidades de sangre en el acto operatorio ya el tumor presentaba una neovascularización importante. (Fig. 1-3).

CONCLUSIÓN

Los tumores quísticos gigantes no representan un problema en el diagnóstico si no en el tipo de tratamiento ya que este tipo de tumores generalmente presenta sintomatología florida de acuerdo al tamaño por lo que el tratamiento quirúrgico es necesario.

Este tipo de tumores generalmente plantea un problema en el momento de la resección sobre todo cuando se encuentran localizados en la cabeza del páncreas en los cuales la cirugía puede ser muy compleja.

CORRESPONDENCIA.

Dr. Javier Targarona Modena
Hospital Edgardo Rebagliati Martins
Clínica Anglo Americana
Lima Perú
Tel. 98116568 – 7123000 Anexo 441
Email: jtargaronam@viabcp.com

BIBLIOGRAFÍA

1. GEORGE DH, MURPHY F, MICHALSKI R, et al. Serous cystadenoma of the pancreas: a new entity? *Am. J. Surg. Pathol.* 1989;13:61–66
2. KAMEI K, FUNABIKI T, OCHIAI M, et al. Multifocal pancreatic serous cystoadenoma with atypical cells and focal perineural invasion. *Int. J. Pancreatol.* 1991;10:161–172
3. YOSHIMI N, SUGIE S, TANAKA T, et al. A rare case of cystadenocarcinoma of the pancreas. *Cancer* 1992;69:2449–2453
4. ABEH, KUBOTAK, MORI M, et al. Serous cystadenoma of the pancreas with invasive growth: benign or malignant? *Am. J. Gastroenterol.* 1998; 93:1963–1966
5. WIDMAIER U, MATTFELD T, SIECH M, et al. Serous cystadenocarcinoma of the pancreas. *Int. J. Pancreatol.* 1996;20:135–138
6. ISHIKAWA T, NAKAO A, NOMATO S. Immunohistochemical and molecular biological studies of serous cystadenoma of the pancreas. *Pancreas* 1998;16:40–44
7. ERIGUCHI N, AOYAGI S, NAKAYAMA T. Serous cystadenoma of the pancreas with liver metastasis. *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* 1998;5:467– 470
8. OHTA T, NAKAKAWA T, ITOH H. A case of serous cystoadenoma of the pancreas with focal malignant changes. *Int. J. Pancreatol.* 1993;14:283– 289
9. FORMENTINI A, BIRK D, SIECH M, et al. Serous cystadenocarcinoma of the pancreas and serous cystadenoma associated with ductal pancreaticadenocarcinoma. *HPB Surg.* 2000;2:41–45
10. BASSI C, FALCONI M, PEDERZOLI P. Non adenocarcinoma of the pancreas: cystic tumors. In Schein M and Wise L, editors, *Controversies in Surgery*, vol. 4, Heidelberg, Springer-Verlag, 2001:130–139
11. LE BORGNE J. Cystic tumors of the pancreas. *Br. J. Surg.* 1998;85:577– 579
12. CLAUDIO BASSI, M.D., ROBERTO SALVIA, M.D., ENRICO MOLINARI, M.D., CARLO BIASUTTI, M.D., MASSIMO FALCONI, M.D., PAOLO PEDERZOLI, M.D. Management of 100 Consecutive Cases of Pancreatic Serous Cystadenoma: Wait for Symptoms and See at Imaging or Vice Versa? *World J. Surg.* 27, 319–323, 2003.
13. JENNIFER F. TSENG, MD, ANDREW L. WARSHAW, MD, DUSHYANT V. SAHANI, MD, GREGORY Y. LAUWERS, MD, DAVID W. RATTNER, MD, AND CARLOS FERNANDEZ-DEL CASTILLO, MD Serous Cystadenoma of the Pancreas Tumor Growth Rates and Recommendations for Treatment. *Ann Surg* 242 (3) 2005
14. THE EFFECT OF SIZE OF GIANT PANCREATIC PSEUDOCYSTS ON THE OUTCOME OF INTERNAL DRAINAGE PROCEDURES. *SURG GYNECOL OBS-TET.* 1991 Sep;173(3):171-4.
15. GIANT SOLID CYSTIC TUMOR OF THE PANCREAS WITH A FIBROUS SEPTUM CAUSED BY EXTRACAPSULAR GROWTH IN MIDDLE-AGED WOMAN: REPORT OF A CASE. *SURG TODAY.* 1999;29(11):1172-6.
16. THE SIZE OF PANCREATIC PSEUDOCYST DOES NOT INFLUENCE THE OUTCOME OF INVASIVE TREATMENTS. *DIG LIVER DIS.* 2004 FEB;36(2):135-40.
17. FERNANDEZ DEL CASTILLO C, TARGARONA J, THAYER S, RATTNER D, BRUGGE W, WARSHAW A. Incidental pancreatic cyst, Clinicopathologic characteristic and comparison with symptomatic patients. *Arch Surg* 138(4) 2003.