

11209

58  
2ej-

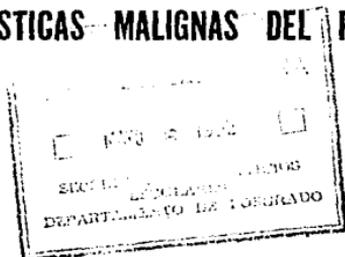


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL  
CENTRO MEDICO "LA RAZA"**

FALLA DE ORIGEN

**NEOPLASIAS QUISTICAS MALIGNAS DEL PANCREAS**



TESIS CON

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO GENERAL**

P R E S E N T A:

**DR. LUIS ANTONIO MENDIVIL MELENDEZ**

A S E S O R

**DR. JESUS ARANDA OSUNA**



*Vol. 2*



DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
MEXICO D.F. C. M. LA RAZA



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	PAGINA
1. INTRODUCCION .....	1
2. ANTECEDENTES HISTORICOS .....	2
3. CONSIDERACIONES PATOLOGICAS .....	4
. CISTADENOMA SEROSO .....	5
. CISTADENOMA Y CISTADENOCARCINOMA MUCINOSO .....	6
. TUMOR QUISTICO PAPILAR .....	7
4. HALLAZGOS CLINICOS .....	8
. FRECUENCIA .....	8
. EDAD .....	8
. SEXO .....	9
. DIMENSION .....	9
. LOCALIZACION .....	9
5. CUADRO CLINICO .....	9
6. DIAGNOSTICO .....	10
7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .....	11
8. HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS .....	12
9. ASOCIACION DE TUMOR QUISTICO CON CARCINOMA DE PAN CREAS .....	13
10. TRATAMIENTO .....	13
11. PRONOSTICO .....	14

I.	OBJETIVO .....	16
II.	MATERIAL Y METODOS .....	16
III.	RESULTADOS .....	16
IV.	DISCUSION .....	21
V.	CONCLUSIONES .....	24
VI.	ANEXOS .....	26
VII.	BIBLIOGRAFIA .....	33

## 1. INTRODUCCION

Las neoplasias malignas del páncreas diferentes al adenocarcinoma son poco frecuentes, representan solo el 5% de los tumores pancreáticos malignos (1).

Las neoplasias malignas aparecen entre el 1 y 19% -X 10%-, mismas que pueden tener comportamiento benigno o maligno (1, 2, 3, 4).

Aunque existen numerosos informes de quistes pancreáticos, la mayor parte versa sobre pseudoquistes, que tal vez constituyen el 90% de todas las lesiones quísticas del páncreas (5, 6).

Las neoplasias quísticas malignas son extremadamente raras, constituyen el 5% de los tumores exócrinos y el 1% de todas las lesiones primarias malignas de la glándula (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9). El tumor quístico maligno representante de este grupo es el cistadenocarcinoma, que deberá distinguirse de otras neoplasias del páncreas, ya que estos tumores quísticos tienen generalmente un curso prolongado y asintomático (4, 8), lo que ofrece la posibilidad de extirpación quirúrgica exitosa y una sobrevida prolongada mayor del 50% (8).

## 2. ANTECEDENTES HISTORICOS

Se acredita a Kaufmann, en 1911, el primer caso auténtico de cistadenocarcinoma papilar de la cola del páncreas reportado en la literatura mundial. Linchstein se considera el pionero en el continente Americano, quién describió en 1934, una paciente de 44 años de edad. En estudio de autopsia en la que se encontró un cistadenocarcinoma papilar de la cola del páncreas, con metástasis hepáticas e invasión peritoneal (7, 10).

Thigpen de 1908 a 1938, documentó 55 quistes pancreáticos malignos registrados en los archivos de la Clínica Mayo, practicando una descripción completa y detallada de este tipo de neoplasias. Bravo, solo confirmó seis casos en una revisión de 37 años. Miller encontró unicamente un carcinoma quístico del páncreas en una casuística de 202 pacientes durante el periodo de 1920 a 1945. En 1951, Mozan publicó una excelente revisión de 49 pacientes con cistadenoma de páncreas obtenidos de la literatura (4). Sawyer en 1952, reportó 29 casos de cistadenocarcinoma en una revisión, adicionando otro (7, 10).

En Inglaterra, Cornes y Azzopardi, reportaron dos casos de cistadenocarcinoma papilar en 8,500 necropsias realizadas en el departamento de patología del Postgraduate Medical

School entre 1935 y 1958. La revisión de la literatura solo aportó 16 casos adecuadamente documentados, excluyendo dos de ellos reportados por Sommers y Meissner en 1954, uno por Rowe en 1956 y otro más por Rosman en 1958 (10).

En 1963, Cullen, ReHine y Dahlin, reportaron 17 pacientes con cistadenocarcinoma de páncreas en la Clínica Mayo; observaron que en siete de los 11 pacientes a quienes se les efectuó excisión completa, presentaron una sobrevida adecuada a largo tiempo. Estos hallazgos son similares a lo reportado por Probststein, Shulman y Ayella (10).

Recientemente Bilton, Johnson y Rask, observaron el lento crecimiento de estos tumores y el éxito obtenido después de la resección completa del cistadenocarcinoma (7, 8).

De 1928 a 1974, se reportaron más de 50 casos de cistadenocarcinoma de páncreas en los registros clínicos y de autopsia de la Clínica Mayo. En 1977, Hodgkinson comunicó 21 casos de cistadenocarcinoma, incluyendo 13 previamente reportados y ocho propios adicionales (7).

Hacia 1987, Warshaw incluyó ocho nuevos casos de cistadenocarcinoma del páncreas, cuyo diagnóstico inicial fué el de pseudoquistes y que por lo tanto condujo a un trata-

miento quirúrgico inadecuado.

### 3. CONSIDERACIONES PATOLOGICAS

Los tumores del páncreas pueden tener su origen tanto en el parénquima exócrino como en los islotes de su porción endócrina (8).

Las neoplasias benignas o malignas de los islotes representan solo el 5% de los tumores del páncreas, en cambio los que surgen de su porción exócrina conforman el 95% de las neoplasias restantes (8).

Las neoplasias quísticas malignas dependen de este último grupo; representan el 1% de todos los tumores malignos del páncreas (1, 3, 7, 8, 9).

Becker ha observado que la mitad de estas lesiones malignas tienen su origen en una neoplasia de comportamiento benigno como lo es el cistadenoma (3, 7, 8, 10).

Los cistadenomas pueden ser de dos tipos: Serosos y mucinosos (7).

## . CISTADENOMA SEROSO

El cistadenoma seroso, también llamado microquístico, es una patología congénita que se origina de las células acinares y que representa del 1 al 2% de todos los tumores no endócrinos del páncreas. Histológicamente se caracteriza por estar recubierto de epitelio cuboideo, sin producción de mucina y con gran contenido en gránulos de glicógeno (5, 11). Inicialmente fué considerada esta neoplasia como de evolución completamente benigna, hoy en día se ha confirmado su comportamiento hacia una degeneración maligna (2, 4, 5, 7, 9, 12, 13). Este hecho lo corroboró Stamm en 1987, quién reportó un cistadenocarcinoma de origen acinar en una mujer de 42 años con una tumoración abdominal de 2 kgs de peso y 25 cms de diametro, encapsulado, multiquístico y con aspecto macroscópico en panal de abejas (2, 7, 8, 9, 12). El estudio por microscopía electrónica reveló la presencia de alto contenido de glicógeno y zimógeno en el interior de las células acinares (11, 12).

El último caso se le atribuye a George en 1989, quién describió un tumor pancreático histológicamente indistinguible de un cistadenoma seroso pero con características de malignidad. Esta posibilidad ha permitido mantener vigente la degeneración maligna en el comportamiento de esta tumoración (2, 11, 12). Los presentes hechos difieren de lo publicado en

la literatura inglesa, quienes en 113 casos no observaron degeneración maligna en este tipo de patología (12).

El carcinoma de células acinares algunas veces se acompaña de síndrome paraneoplásico, manifestado por necrosis grasa superficial de piernas, polialtralgias, eosinofilia y lesiones cutáneas que semejan al eritema nodoso. Este síndrome puede en parte explicar las elevaciones séricas sostenidas de lipasa (11).

#### . CISTADENOMA Y CISTADENOCARCINOMA MUCINOSO

El cistadenoma y cistadenocarcinoma mucinoso -Macroquístico-, benigno o maligno, surgen de epitelio ductal del parénquima exócrino del páncreas (7).

Macroscópicamente los cistadenocarcinomas suelen ser solitarios, uni o multiloculados, generalmente encapsulados grandes y redondeados, rodeados de una pared fibrosa de tejidos pancreático normal (2, 3, 4, 5, 7, 8, 10). A la apertura del mismo se encuentra una distribución multiloculada, con numerosas proliferaciones septadas y que semejan macroscópicamente la imagen de una coliflor (7, 10).

El contenido del quiste generalmente es turbio, espeso y gelatinoso; en ningún otra instancia ha sido reportado como

hemorrágico (2, 7, 10). Se ha encontrado una frecuencia hasta del 10% de calcificaciones internas en las neoplasias quísticas malignas tipo cistadenocarcinoma mucinoso (1, 9, 13).

Este tipo de neoplasias representan el 1% de todas las tumoraciones pancreáticas malignas y el 10% de todas las neoplasias quísticas del parénquima pancreático (1, 3, 7, 9, 10).

#### . TUMOR QUISTICO PAPILAR

Existe una tercera variante de tumor quístico del páncreas llamado tumor quístico papilar. Este ocurre predominantemente en jóvenes del sexo femenino, como una tumoración encapsulada y con gran necrosis central (4, 11).

Histológicamente, se encuentran áreas solidas de células pequeñas con pseudorosetas de tejido endócrino y áreas quísticas de estructuras papilares (11).

Algunos autores discuten el origen de este tumor apartir de células acinares, ya que ocasionalmente se han encontrado gránulos de zimógeno, alfa-1-antitripsina positiva y lipasa libre en las células tumorales (11).

#### 4. HALLAZGOS CLINICOS

##### . FRECUENCIA

Cullen en 1963, reportó una frecuencia del 0.0007% en 2,400,000 admisiones en la Clínica Mayo, contra un 0.001% de cistadenomas serosos en el mismo número de admisiones (10).

Actualmente Hodgkinson reportó una frecuencia doble de cistadenomas serosos al ser comparados con los cistadenocarcinomas del páncreas (7).

##### . EDAD

Habitualmente se presenta entre los 40 y 70 años de edad, con una media que oscila según los diferentes autores entre 48 y 61 años. Es más frecuente en el sexo femenino a los 45 y en el masculino a los 70 años de edad, mostrando disminución importante después de los 80 años (2, 3, 5, 7, 10).

Grosfeld en 1978, reportó un caso en forma aislada en la primera década de la vida. Howard comunicó otro caso individual de resección de un cistadenoma mucinoso en una niña de la segunda década de la vida con una sobrevida prolongada (5, 7).

## . SEXO

Predomina en el sexo femenino en una proporción de 1.6:1 hasta 8:1 en relación con el masculino (2, 5, 7, 10).

## . DIMENSION

El diámetro puede variar desde 1 a 24 cms -X 10 cms.- Slesinger ha descrito neoplasias hasta de 30 cms. Hodgkinson reportó las dimensiones medias de la cabeza del páncreas de 4.9, en el cuerpo de 12.4 y en la cola de 13.6 cms (1, 2, 3, 5, 6, 7, 10).

## . LOCALIZACION

Habitualmente son más comunes en el cuerpo y cola, pero se puede encontrar también en la cabeza del páncreas (2, 4, 5, 7, 8, 10).

## 5. CUADRO CLINICO

Se caracteriza por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y región periumbilical en el 81% de los pacientes, tumor abdominal palpable 76%, pérdida de peso 42%, ictericia y distensión abdominal 28%, náusea y vómito 23%, sangrado digestivo 14%, diarrea 10%, astenia y adinamia 5%; síntomas

y signos que no son específicos de esta patología y que dificultan su diagnóstico en forma precoz (2, 6, 7, 10).

## 6. DIAGNOSTICO

Los exámenes bioquímicos son inespecíficos. Ante la sospecha clínica de la patología, deberá documentarse con estudio simple de abdomen que revela áreas de calcificación periférica a la lesión hasta en el 10% de los pacientes, lo que deberá ser corroborado por USG y TAC. El protocolo de estudio debe incluir SEGD, Urografía Excretora y CPRE, con el objeto de poder situarla anatómicamente. La angiografía es de gran utilidad para precisión diagnóstica, localización y diferenciación de otras neoplasias quísticas del páncreas (2, 5, 6, 13).

Se encuentra una gran vascularidad en la porción sólida del cistadenoma y cistadenocarcinoma, que contrasta con los componentes quísticos de la tumoración, en los cuales la vascularidad se encuentra limitada por efecto extenso de masa y rechazamiento de arterias regionales (2, 5, 9). La determinación de ACE, Ca 19-9 y Alfafetoproteína, no han corroborado utilidad diagnóstica en la actualidad (5, 13).

## 7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial inicial deberá realizarse con pseudoquistes del páncreas, el que se caracteriza por:

. Un perfil bioquímico alterado en forma constante, por elevación de los niveles séricos de amilasa hasta en un 75% de los pacientes (5, 6).

. Representa el 90% de las lesiones quísticas del páncreas (5, 6).

. La CPRE muestra comunicación con el sistema pancreático ductal en más del 60%. El conducto del páncreas puede mostrar deformidad u otra alteración sugestiva de pancreatitis crónica (5, 6).

. La arteriografía muestra vascularidad limitada y efecto extenso de masa por rechazamiento de arterias regionales (2, 5, 9).

. Macroscópicamente suele ser opaco, espeso y adherente a vísceras adyacentes. El resto del tejido pancreático generalmente es indurado e indistinguiblemente anormal (6).

. Su contenido es líquido, gris y opalescente.

Puede contener sangre residual y restos de tejido necrótico (6)

## 8. HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS

. La pared quística varía entre 2 y 15 mm de espesor, con tejido fibroso conectivo periférico e infiltración por leucocitos y linfocitos intramurales (7, 10).

. Recubrimiento mucoso epitelial plegado sobre sí mismo y con múltiples proyecciones papilares al interior del quiste (3, 4, 7, 9).

. Todas las lesiones tienen áreas benignas de epitelio columnar alto -Característicos de cistadenoma mucinoso-, alternando con áreas de franca malignidad (2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12).

. El tejido peripancreático y periférico a la lesión, generalmente es de características normales, aunque en el 28% se encuentran datos histológicos compatibles con pancreatitis crónica (7).

. Existe penetración vascular interna predominante en áreas sólidas de la tumoración, sin evidenciar contenido hemorrágico libre en sus componentes quísticos (7, 10).

. La evidencia de malignidad se apoya en la invasión local, metástasis locorregionales o a distancia, invasión de la pared quística y la diferenciación celular histológica (10).

#### 9. ASOCIACION DE TUMOR QUISTICO CON CARCINOMA DE PANCREAS.

. La tumoración maligna puede desarrollar una pancreatitis crónica, con obstrucción de sus conductos y formación de quistes de retención o pseudoquistes (4).

. Otro mecanismo es a partir de la necrosis tumoral masiva y la formación de una tumoración quística subsecuente (4).

#### 10. TRATAMIENTO

La selección del tratamiento quirúrgico esta determinado por: 1) localización, 2) dimensiones, 3) condiciones locorregionales de la lesión, 4) invasión a estructuras vitales y 5) la presencia o no de metástasis (7). Debido a que su comportamiento biológico no es muy agresivo, el pronóstico esperado es bueno a largo plazo, por lo que la resección quirúrgica uniforme de la lesión es el tratamiento quirúrgico indicado (1, 4).

Cuando se localizan en cuerpo y cola del páncreas, deberán ser tratados mediante pancreatectomía distal. A los tumores de la cabeza del páncreas que pueden ser disecados de la vena porta, se les practicará pancreatectomía total o pancreaticoduodenectomía tipo Whipple (2, 7).

Deben ser excididos y extraídos completamente de la cavidad abdominal, ya que su ruptura puede diseminar células malignas intraperitoneales, motivo por el cual esta totalmente contraindicado tanto el drenaje interno como externo (6, 7).

Las metástasis son más comunes a nivel hepático -50%- , y el resto en las cadenas ganglionares peripancreáticas. El procedimiento quirúrgico paliativo está determinado por la afección de estructuras vecinas -Estómago, intestino, estructuras vasculares-, en donde deberá efectuarse un procedimiento derivativo (4, 5, 7, 10).

Esta indicada la reexploración de la cavidad abdominal -Second Look-, con el objeto de detectar la presencia de neoplasia intrabdominal recidivante (5).

## 11. PRONOSTICO

Después de la resección quirúrgica completa del tumor, se considera que se obtuvo la curación de la neoplasia del

páncreas; se reporta una buena sobrevida a 5 años del 68%  
(2, 7).

## I. OBJETIVO

Conocer la frecuencia, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento específico en pacientes con diagnóstico de tumoración quística maligna del páncreas, ingresados al Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

## II. MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los archivos de informes quirúrgicos e histopatológicos de los departamentos de Cirugía General y Patología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", durante el período comprendido entre el primero de Julio de 1981 al 30 de Junio de 1991.

Se analizaron edad, sexo, antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, trauma abdominal o pancreatitis previa, patología asociada, cuadro clínico, metodología de estudio, tratamiento médico-quirúrgico y reporte histopatológico.

## III. RESULTADOS

En una revisión de 10 años, el diagnóstico macroscópico se integró en siete pacientes, lo que traduce una frecuencia de 0.000047%.

En el mismo período de tiempo se revizaron 146,079 reportes histopatológicos, encontrando dos casos de cistadenoma -0.000013%- , y tres de cistadenocarcinoma mucinoso -0.00002% -, representando una frecuencia global de 0.000034%.

De los siete casos iniciales, cuatro fueron excluidos del estudio: dos por no encontrar el expediente clínico y los otros dos por no existir confirmación histopatológica definitiva; por lo que el universo de trabajo lo conformaron tres pacientes.

Dos fueron del sexo femenino y uno del masculino; por lo que se refiere a la edad, la mínima fue de 33 y la máxima de 45, con una media de 38.6 años.

#### . CASO No. 1

Femenino de 33 años de edad, sin antecedentes de importancia, con cuadro clínico de 2 meses de evolución, caracterizado por aumento de volumen del hipocondrio izquierdo en el postparto tardío.

Fué estudiada en forma conjunta con el servicio de Hematología, donde se le practicó aspiración de médula ósea que mostró ligera hiperplasia de la serie roja. El USG de abdomen fué reportado como quiste hepático calcificado de

39x77 mm; la reacción de Cassoni fue negativa. El estudio tomográfico de abdomen reveló una tumoración quística retroperitoneal, localizada en cuerpo y cola del páncreas, encapsulada y bien delimitada, con dos quistes hepáticos, uno de ellos calcificado.

Los exámenes de laboratorio -BHC, QS, PFH, amilasa sérica y pruebas de coagulación-, fueron reportados dentro de parámetros normales.

La exploración quirúrgica demostró tumoración de 10x15 cms, localizada en cuerpo y cola de páncreas, hipervascular, lisa y de aspecto quístico. Se le practicó pancreatectomía distal.

El reporte histopatológico transoperatorio fué de lesión quística de 15x14x12 cms, de 1 Kg de peso, grisáceo, delimitado, multiloculado y pared con 0.22 mm de espesor, compatible con cistadenoma mucinoso del páncreas y pancreatitis crónica localizada en la cola de la glándula. El diagnóstico fué confirmado en el reporte definitivo.

La evolución postoperatoria es satisfactoria, con un seguimiento actual de 2 años.

Masculino de 45 años, con alcoholismo y tabaquismo ocasional, quien presentó cuadro clínico de 4 meses de evolución, caracterizado por dolor difuso y tumorción abdominal, motivo por el que se practicó colecisteyunooanastomosis en su HGZ. Es enviado al departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", con el diagnóstico de postoperatorio mediato de derivación bilio-digestiva y datos clínicos de abdomen agudo, reintervenido al sexto día, encontrando tumoración quística a nivel de la cola del páncreas, con comunicación libre a cavidad abdominal, tres litros de líquido verde amarillento, abundantes natas de fibrina e integridad de anastomosis previas.

El procedimiento quirúrgico consistió en lavado de cavidad abdominal y drenaje externo de la tumoración; la evolución fue tórpida, con datos de sepsis abdominal y muerte después de 45 días de manejo hospitalario.

Sus exámenes de laboratorio mostraron ligera leucocitosis, anemia e hipalbuminemia. El reporte por biopsia de la pared quística reveló una neoplasia maligna epitelial de la porción exócrina, compatible con cistadenocarcinoma mucinoso de la cola del páncreas.

Masculino de 45 años, con alcoholismo y tabaquismo ocasional, quién presentó cuadro clínico de 4 meses de evolución, caracterizado por dolor difuso y tumoración abdominal, motivo por el que se practicó colecistoyeyunoanastomosis en su HGZ. Es enviado al departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", con el diagnóstico de postoperatorio mediato de derivación bilio-digestiva y datos clínicos de abdomen agudo, reintervenido al sexto día, encontrando tumoración quística a nivel de la cola del páncreas, con comunicación libre a cavidad abdominal, tres litros de líquido verde amarillento, abundantes natas de fibrina e integridad de anastomosis previas.

El procedimiento quirúrgico consistió en lavado de cavidad abdominal y drenaje externo de la tumoración; la evolución fue tórpida, con datos de sepsis abdominal y muerte después de 45 días de manejo hospitalario.

Sus exámenes de laboratorio mostraron ligera transaminasemia e hipoalbuminemia. El reporte por biopsia de la pared quística reveló una neoplasia maligna epitelial de la porción exócrina, compatible con cistadenocarcinoma mucinoso de la cola del páncreas.

. CASO No. 3

Femenino de 38 años, con antecedentes de amigdalectomía en 1977, colecistectomía en 1980 y cuadro clínico de 10 años de evolución, caracterizado por dolor abdominal de moderada intensidad, localizado sobre hipocondrio izquierdo, continuo, fijo e incapacitante, el que disminuye parcialmente a la ingesta de analgésicos. No evidenció datos relevantes a la exploración física. Los exámenes de laboratorio -BCH, QS, Amilasa, ES y coagulación-, fueron normales. El USG reportó colección subhepática anterior mínima. Por TAC se encontró tumoración septada de bordes regulares, localizada en cola de páncreas.

Los hallazgos quirúrgicos fueron los de un quiste de cuerpo y cola del páncreas de 15x8x6 cms, multilobulado, con contenido de aspecto mucinoso en 150 cc. Fué sometido a pancreatectomía distal y omentectomía del 70%. El reporte macroscópico fue un tumor de 11x7x3 cms, liso, multiloculado, septado por trabéculas de tejido blando grisáceo y contenido de material mucoso transparente. El reporte histopatológico documentó un tumor mucinoso del páncreas, histológicamente benigno, compatible con cistadenoma mucinoso.

#### IV. DISCUSION

Las neoplasias quísticas malignas del páncreas son una patología extremadamente rara, representan el 1% de todas las tumoraciones primarias del páncreas. La frecuencia demostrada es del 0.00007%, encontrando esta cifra significativamente menor en nuestro estudio -0.000034%-.

Afecta frecuentemente al sexo femenino en proporción de 2:1 con respecto al masculino; hecho que se demuestra al presentar los resultados de nuestra casuística (2, 5, 7, 10).

El cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal, tumor palpable, pérdida de peso, ictericia, distención abdominal, náusea, vómito, sangrado digestivo, diarrea, astenia y adinamia; siendo predominante en nuestro estudio el aumento de volumen y el dolor abdominal difuso.

La colecistopatía litiásica solamente se observó en una paciente, lo que difiere de lo comunicado por Hodgkinson y Cullen.

El diagnóstico debe documentarse con placa simple de abdomen que presenta calcificaciones en el 10% de los casos, el USG que muestra lesión quística y TAC que permite determinar

el tipo de lesión, la localización anatómica, medir espesor de la pared del quiste, presencia de múltiples lobulaciones, la densidad de su contenido y la afección a órganos vecinos.

Dentro del protocolo de estudio deben incluirse la SEGD, que muestra un defecto de llenado por desplazamiento extrínseco en la cara posterior gástrica y duodenal; urografía excretora que provoca desplazamiento del sistema colector polar superior izquierdo e hidronefrosis secundaria en el 60%; y la arteriografía que demuestra una gran vascularidad en la porción sólida del cistadenoma y cistadenocarcinoma, que contrasta con los componentes quísticos de la tumoración, en los cuales la vascularidad se encuentra limitada por un efecto extenso de masa y rechazamiento de arterias regionales (2, 5, 6, 9).

En nuestra casuística, solamente se emplearon el USG y TAC para establecer el diagnóstico, los cuales no fueron definitivos para la confirmación del preoperatorio, lo que difiere de lo sugerido por diversos autores (2, 5, 6, 13).

Los procedimientos realizados en dos de nuestros pacientes no difieren de lo recomendado por ellos, ya que el tumor se localizó en cuerpo y cola del páncreas; en el otro paciente solo se efectuó drenaje externo, con evolución clínica tórpida, falleciendo en el postoperatorio tardío por

sepsis abdominal. Esto difiere de lo comunicado por otros autores, quienes contraindican este tipo de procedimiento (6,-7).

El diagnóstico macroscopico transoperatorio en todos los casos fue de cistadenocarcinoma mucinoso, el que se corroboró solamente en tres casos por examen histopatológico, ya que en los otros dos se reportó como cistadenoma.

## V. CONCLUSIONES

. Las neoplasias quísticas malignas del páncreas son una patología extremadamente rara en nuestro medio, con una frecuencia de 0.000034% en 146,079 reportes histopatológicos.

. Afecta frecuentemente al sexo femenino en proporción de 2:1 con respecto al masculino.

. La edad media de presentación es a los 38.6 años.

. El cuadro clínico predominante fué el aumento de volumen y dolor abdominal difuso.

. El diagnóstico clínico debiera incluir placa simple de abdomen, SEGD, urografía excretora, USG, TAC y angiografía.

. En el transoperatorio puede sospecharse esta neoplasia por su gran tamaño, componente quístico uni o multilocular, contenido mucinoso viscoso y por los datos histopatológicos del corte congelado.

. Esta indicada la toma de varias biopsias transoperatorias de la pared del quiste, con el objeto de sospechar y/o confirmar el diagnóstico.

. El tratamiento consiste -si es posible-, en resección quirúrgica de la lesión mediante pancreatectomía distal o pancreaticoduodenectomía tipo Whipple; si esto no es factible, deberá realizarse procedimiento paliativo derivativo: Gastroyeyunoanastomosis o biliodigestiva.

. No esta indicada en ninguna instancia su drenaje interno o externo, por existir la posibilidad de diseminación intrabdominal.

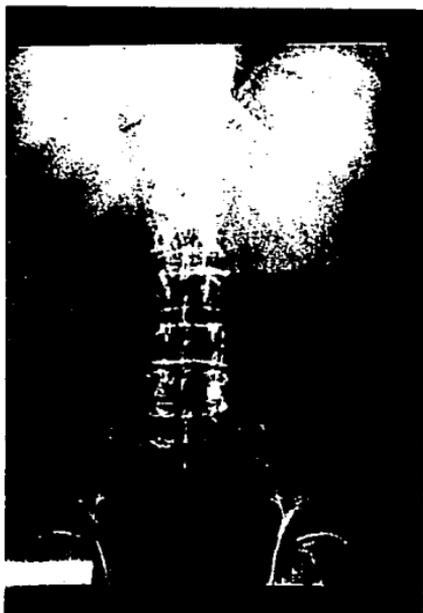
. Después de la resección completa de la neoplasia, la sobrevida a 5 años es del 70%.

. Es aconsejable efectuar una reexploración quirúrgica -Second Look-, con el objeto de detectar metástasis o recidiva en forma temprana.

. El cistadenocarcinoma mucinoso es considerado un cáncer curable del páncreas.

VI. ANEXOS

ANEXO 1



SE OBSERVA LESION DE ALTA DENSIDAD EN HEMIAEDOMEN  
SUPERIOR IZQUIERDO - L2 L3 -, REGULAR Y DE BORDES  
BIEN DEFINIDOS.



DESPLAZAMIENTO ANTEROSUPERIOR DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTOMAGO Y BULBO DUODENAL, CON COMPRESION EXTRINSECA Y SIN EVIDENCIA DE INFILTRACION A ESTRUCTURAS VECINAS.

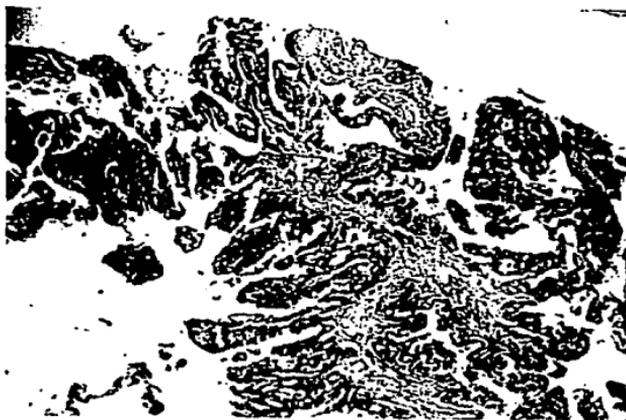
ANEXO 3



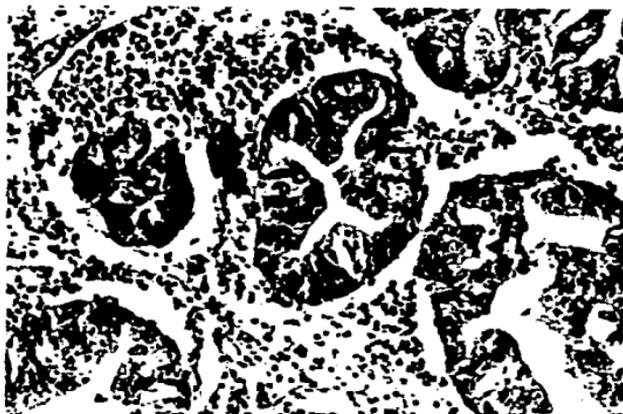
LA ULTRASONOGRAFIA SECTORIAL EN TIEMPO REAL, IDENTIFICA SOBRE EL SITIO ANATOMICO DE LA CABEZA DEL PANCREAS, UNA TUMORACION ANECOICA, DE BORDES REGULARES Y BIEN DEFINIDA, QUE PROVOCA UN MARCADO REFORZAMIENTO POSTERIOR.



CORTE AXIAL A NIVEL DE EPIGASTRIO CON MEDIO DE CONTRASTE, EN EL QUE SE IDENTIFICA COLEDOCO INTRAPANCREATICO CON DIAMETRO DE 8mm. A NIVEL DEL CUERPO DEL PANCREAS SE OBSERVAN IMAGENES HIPODENSAS, LOCULADAS, DE MORFOLOGIA Y CONTORNOS IRREGULARES.



SE IDENTIFICA LESION DE ASPECTO PAPILAR, CON MULTIPLES PROYECCIONES QUE PRESENTAN UN TALLO FIBROCONJUNTIVO VASCULARIZADO, REVESTIDAS POR EPITELIO CUBICO Y COLUMNAR CON ATIPIAS NUCLEARES - 4X -.



SE OBSERVAN CINCO ESTRUCTURAS GLANDULARES, CONSTITUIDAS POR EPITELIO CUBICO CON NUCLEOS GRANDES, QUE PRESENTAN PERDIDA DE LA RELACION NUCLEO CITOPLASMA ASI COMO LA POLARIDAD DEL MISMO, RODEADAS DICHAS GLANDULAS POR INFILTRADO INFLAMATORIO MODERADO DE LINFOCITOS - 10X -.



ACERCAMIENTO DEL REVESTIMIENTO EPITELIAL DE LAS ESTRUCTURAS TUBULARES, EN LAS QUE IDENTIFICAMOS NUCLEOS ATIPICOS, CON NUCLEOLOS PROMINENTES Y ALGUNOS HIPERCROMATICOS, PERDIDA DE LA POLARIDAD Y RODEADOS POR ALGUNOS LINFOCITOS PERIFERICOS - 100X -.

## VII. BIBLIOGRAFIA

1. Sleisenger MH, Fordtran JS. Pancreatic Cystadenoma, Cystadenocarcinoma and Adenocanthoma. Gastrointestinal Disease -Pathophysiology Diagnosis Management- 1989: 1982. Fourth Edition.
2. Kerlin DL, Frey CF, Bodal BI, et al. Cystic Neoplasms of the Pancreas. Surgery, Gynecology & Obstetrics 1987; 165 (6): 475-478.
3. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Neoplastic. Cysts. Pathologic Basis of Disease 1984: 968. Third Edition.
4. Becker WF, Welsh RA, Pratt HS. Cystadenoma and Cystadenocarcinoma of the Pancreas. Ann Surg 1965; 161 (6): 845-862.
5. Howard JM. Neoplasias Quísticas y Quistes Verdaderos del Pancreas. Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica 1989; 3: 711-723.
6. Wharshaw AL, Rutledge PL. Cystic Tumor Mistaken for Pancreatic Pseudocysts. Ann Surg 1987; 205 (4): 393-398.
7. Hodgkinson DJ, ReMine WH, Weiland LH. A Clinicopathologic Study of 21 Cases of Pancreatic Cystadenocarcinoma. Ann Surg 1978; 188 (5): 679-684.
8. De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer of the Pancreas. Cancer - Principles & Practice of Oncology- 1985; 691-739. Second Edition.

9. Bockus B. Cystic Neoplasms, Microcystic Adenoma and Mucinous Cystic Neoplasms. Bockus Gastroenterology 1985; 6: 2923-2924. Fourth Edition.
10. Cullen PK, ReMine WH, Dahlin DC. A Clinicopathologic Study of Cystadenocarcinoma of the Pancreas. Surgery, Gynecology & Obstetrics 1963: 189-193.
11. Stamm B, Burger H, Hollinger A. Acinar Cell Cystadenocarcinoma of the Pancreas. Cancer 1987; 15: 2542-2547.
12. George DH, Murphy F, Michalski R, et al. Serous Cystadenocarcinoma of the Pancreas: A New Entity?. The American Journal of Surgical Pathology 1989; 13 (1): 61-66.
13. Padovani B, Neuveut P, Chanalet S, et al. Microcystic Adenoma of the Pancreas: Report on Four Cases and Review of the Literatura. Gastrointest Radiol 1991; 16: 62-66.