

11209
80
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO LA RAZA

XI
FALLA DE ORIGEN

TUMORES QUISTICOS DE PANCREAS
REVISION DE 10 AÑOS



TESIS DE POSTGRADO

ho...tal...idades
D...S.ION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
PARA OBTENER

EL TITULO EN

LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DR. JORGE EDUARDO MENDOZA MEZQUITA

ASESOR: DR. JESUS ARENAS OZUNA



IMSS

MEXICO, D. F.

FACULTAD DE MEDICINA
MAR. 15 1995
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO EAC

1995



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.

A MIS PADRES:

Por su apoyo incondicional durante toda mi formación.

A MI ESPOSA:

Por su cariño y comprensión como compañera de un médico.

A MIS HERMANOS:

Por su confianza que siempre ha sido fuente de inspiración.

A MI FAMILIA:

Por el optimismo que han sembrado en mi vida.

A Ernesto, Carlos y Rigoberto:

Por su amistad en los momentos difíciles.

A MIS MAESTROS:

Por haberme mostrado el camino que siempre he buscado.

Quiero agradecer en forma especial a:

Dr. Jesús Arenas Ozuna.

Por el valioso apoyo y tiempo que me brindó.

Ing. Ignacio Fayad Minaburo.

Por su paciente y desinteresada ayuda.

INDICE

Antecedentes científicos	2
Material y métodos	6
Resultados	8
Discusión	12
Conclusiones	19
Bibliografía	21
Tablas	25
Gráficas	29

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Las neoplasias quísticas de páncreas son raras y representan del 9 al 10% de las lesiones quísticas y el 1% de las lesiones malignas (1, 2). Esta entidad patológica ha sido diagnosticada en forma más frecuente con los avances tecnológicos en estudios de imagenología, como son la Tomografía axial computada (T.A.C.) y la Ultrasonografía (U.S.G.). En múltiples ocasiones es confundida con los pseudoquistes pancreáticos que son colecciones de secreción pancreática recubiertos de una pared fibrosa cuyo origen es inflamatorio o traumático y hasta en un 40% se resuelve espontáneamente.

A principios del siglo XIX las neoplasias quísticas fueron descritas y clasificadas por primera ocasión, a partir de ello han sido estudiadas recibiendo múltiples términos y clasificaciones. Actualmente tenemos el adenoma microquístico que es un tumor nodular e irregular separado del parénquima pancreático normal por una cápsula fibrosa de espesor variable que rodea los espacios quísticos teniendo como

característica presentar líquido claro y poco espeso como contenido. Los tumores quísticos mucinosos pueden ser uni o multiloculares y en múltiples ocasiones se pueden observar en ellos que en la pared fibrosa hay vasos así como calcificaciones y su contenido es líquido mucoso turbio y de color marrón. Las neoplasias sólidas con epitelio papilar o tumor quístico papilar, suelen estar constituidas por grandes masas multilobuladas y en cuya superficie se puede observar un tejido homogéneo carnoso separado por zonas hemorrágicas. Las neoplasias quísticas neuroendocrinas son muy parecidas macroscópicamente a los pseudoquistes pero histológicamente presentan el patrón característico de las tumoraciones neuroendocrinas. Los quistes de retención asociados con adenocarcinoma son poco frecuentes y tienen su origen en la retención de secreciones presentando una cobertura epitelial similar a la del conducto pancreático, y macroscópicamente es muy difícil hacer la diferenciación con un pseudoquiste, pero el antecedente de pancreatitis o traumatismo previo pueden ayudar.

Las manifestaciones de estos tumores son muy similares a las del pseudoquiste, por lo que en múltiples ocasiones éstos pacientes son sometidos a procedimientos erróneos a partir de un diagnóstico erróneo. La presencia de un quiste

pancreático en un paciente sin antecedentes de pancreatitis fundamenta la posibilidad de que se trate de una neoplasia quística .Su síntoma principal en términos generales es el dolor abdominal superior que aparece en más de la mitad de los pacientes , siendo la pérdida de peso, ictericia, dispepsia y hemorragia menos frecuentes, y en un grupo menor la detección de la tumoración es en forma accidental en un chequeo por otro motivo.Los niveles de amilasa sérica son un factor importante para diferenciarlos de los pseudoquistes, dado que en los primeros suele estar normal la amilasa en tanto que en los segundos está elevada en un 50% al 75% de los casos (3,4).

Los métodos de diagnóstico por imagen que son más útiles son la T.A.C. (5,6,) y el U.S.G. (7,8), siendo las radiografías simples o contrastadas poco útiles y otros estudios como la angiografía y la C.P.R.E. complementarias.

El diagnóstico de certeza se debe realizar al tomar una biopsia transoperatoria de tipo incisional (9, 10) dado que sin la biopsia casi el 80% de las lesiones se les puede dar un diagnóstico erróneo durante la exploración.

El tratamiento de las neoplasias quísticas de páncreas está enfocado a su elevado potencial maligno, y por lo tanto deben de ser tratadas en forma agresiva (4, 8, 11, 12, 13). El drenaje interno o externo así como la biopsia son inadecuadas y se asocian a un elevado porcentaje de progresión local de la lesión y también a invasión hacia el hilio hepático y estructuras contiguas (14). La resección completa es el tratamiento de elección de las neoplasias sólidas y papilares y aún en presencia de metástasis a estructuras vecinas se puede obtener un excelente resultado con la resección adecuada.

MATERIAL Y METODOS

Los tumores quísticos del páncreas son una entidad rara por lo que se requiere un conocimiento preciso del tema y el pensar en este diagnóstico ante la menor sospecha, para esto es necesario contar con datos como son la frecuencia de esta patología en el sitio en donde se desarrollan los tratamientos, un protocolo diagnóstico adecuado a los recursos que se poseen, un seguimiento de estos pacientes para detectar posibles errores en su manejo y en lo subsecuente mejorar su tratamiento. En el H.E.C.M.R. no se contaba con estadísticas que aportaran estos datos por lo que se procedió a realizar una revisión retrospectiva de los últimos 10 años y los resultados obtenidos compararlos con los de la literatura mundial. Los objetivos del trabajo fueron 5 :

- 1.- Determinar la frecuencia, así como la edad, sexo, y factores asociados con los que se presenta de manera preponderante los tumores quísticos de páncreas en el H.E.C.M.R.

2.-Determinar cual es el protocolo diagnóstico para los pacientes con tumores quísticos de páncreas en el H.E.C.M.R..

3.-Determinar cual es el manejo que se les está dando a los pacientes con tumoración quística de páncreas en el H.E.C.M.R..

4.-Determinar cual es el pronóstico de los pacientes con tumor quístico de páncreas tratados en el H.E.C.M.R..

El estudio se realizó mediante la revisión de el archivo del departamento de anatomía patológica y cirugía general durante los últimos 10 años para determinar los números de filiación y los nombres de los pacientes con diagnóstico de tumor quístico de páncreas. Al incluir a estos pacientes se tomaron del expediente clínico las siguientes variables: sexo, edad, antecedentes de importancia, cuadro clínico, tratamiento, y seguimiento pos operatorio así como el diagnóstico histopatológico y no se incluyeron los casos de los cuales no se pudo recopilar el expediente clínico.

RESULTADOS

Durante un periodo de 10 años (1983-1993) se encontró que han sido diagnosticados 11 casos de tumores quísticos de páncreas, de acuerdo a los archivos del departamento de anatomía patológica y cirugía general del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza (H.E.C.M.R.). De ellos se logró recopilar el expediente en 7 casos , y de éstos se obtuvo la siguiente información:

Por lo que se refiere al sexo 4 fueron femeninos y 3 masculinos, con un rango de edad de 29 a 45 años y una media de 34.5 años (TABLA 1). Estos pacientes presentaban antecedentes de importancia como son: tabaquismo con 3 casos (42.8%) así como alcoholismo en el mismo porcentaje. Durante el protocolo diagnóstico se detectaron 2 pacientes con quistes hepáticos siendo la localización de ambos en el lóbulo derecho . Otros 2 pacientes (28.6%) presentaron el antecedente de apendicectomía y 2 más el de embarazo . Con frecuencia de 1 se observó hepatitis no activa (14.28%) y colecistectomía por litiasis vesicular (TABLA 2).

El cuadro clínico que presentaron estos pacientes tuvo una duración que fluctuó entre los 2 meses y los 10 años (TABALA 3), siendo el síntoma pivote el dolor abdominal que se presentó en los 7 casos (100%) así como la masa abdominal palpable, pero que se detectó en forma posterior (rango de 3 meses a 8 años), le siguió la sintomatología ácido péptica con 6 casos (85.7%) y posteriormente náuseas, vómito, y plenitud postprandial con 5 casos (71.4%). La fiebre y pérdida de peso se presentaron en un caso (14.3%) (TABLA 4). La localización de la masa abdominal en el hipocondrio izquierdo fué de 2 casos (28.6%), mesogastrio 3 casos (42.8%), 1 caso en hipocondrio derecho y 1 en epigastrio (TABLA 1).

El protocolo diagnóstico que se utilizó en cada caso fué muy similar. En el 100 % de los casos se les realizó una historia clínica completa incluyendo una exploración física meticulosa , también a todos ellos se les tomaron radiografías simples de abdomen y tórax. A todos se les tomaron exámenes de laboratorio básicos para el diagnóstico de su patología. La tomografía axial computarizada se utilizó en 7 casos (100%). El ultrasonido abdominal se efectuó en 6 casos (85.7%). La biopsia pre operatoria se tomó en 2

casos (28.6%) y no fué reportada hasta posterior a la intervención quirúrgica . La angiografía no se llevo a cabo en ningún paciente. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica tampoco tuvo lugar en ninguno (GRAFICA 1).

Al 100 % de los pacientes se les dió tratamiento quirúrgico , en 5 casos (71.4%) se les realizó pancreatctomia distal , en uno se complementó con omentectomia y en otro con esplenectomia en virtud de estar comprometidos por su cercania con el tumor. En 2 (28.6%) se les realizó drenaje interno, a uno de éstos se le intervino en otra unidad presentando evolución tórpida por ruptura del quiste, ameritando su traslado a nuestro hospital en donde se le practicó drenaje externo (TABLA 3).

A 2 pacientes (28.6%) se les realizó biopsia transoperatoria. Anatómicamente las tumoraciones se encontraron en cuerpo y cola de páncreas en 5 casos (71.4%), y en 2 casos (28.6%) en la cola (TABLA 3). El contenido del quistes fluctuó entre 360cc y 3528 cc con una media de 1618 cc (TABLA 3). De ellos se detectó que 6 eran septados y 1 no septado (GRAFICA 2).

Las complicaciones se presentaron en un paciente que fué intervenido en otra unidad , con ruptura del quiste y sepsis abdominal provocando su muerte en el posoperatorio mediato.

Los otros pacientes no presentaron complicaciones de importancia. El diagnóstico histopatológico final fué de cistoadenoma mucinoso en 5 casos (71.4%) y cistoadenocarcinoma en 2 casos (28.6%), siendo de los segundos el caso que presentó complicación y muerte. El seguimiento varió entre los 8 meses y los 3 años, sin recidiva en ninguno de los 6 que viven, no se ha continuado su seguimiento por alta del servicio de cirugía general del H.E.C.M.R. a una unidad periférica del IMSS.

DISCUSION

Los tumores quísticos de páncreas como ya se ha mencionado son una patología rara a nivel mundial y en nuestro medio no es la excepción pues tener 11 casos en 10 años en un hospital de concentración como es La Raza lo avala. Ante esta situación la experiencia del servicio que es la evaluada en este trabajo se vuelve muy importante, ya que difícilmente se pueda hablar de experiencia personal. Durante los comentarios que haremos a continuación se realizaran comparaciones con lo que se practica a nivel mundial, pero necesitaríamos más casos en nuestro hospital para poder extrapolar en forma más veraz.

La edad de presentación más frecuente de estos tumores se reporta entre la tercera y cuarta década de la vida, lo cual hemos observado en nuestro trabajo con una vida media de 34.5 años. El sexo que presenta en forma más frecuente estos tumores es el femenino con una relación de 8 a 1. Nuestra serie es muy pequeña pero no se observó esto sino únicamente una muy discreta predisposición de cuatro a tres femeninos- masculinos. Habitualmente estos tumores son de un crecimiento muy lento, e incluso muchos casos se reportan con

síntomas de varios años previos a la exploración quirúrgica. Nosotros obtuvimos de los interrogatorios que los síntomas habían tenido una duración promedio de 5.08 años previos a la detección de la tumoración, sin embargo 4 de nuestros casos presentaron evolución menor al año y un caso tuvo una duración de 10 años. Esto nos llama la atención dado que el tumor que se encontró en cada cirugía tenía una tamaño considerable y dudamos que este crecimiento haya sido rápido, más bien nos orienta a pensar en dos posibilidades: 1) Que el interrogatorio de la historia clínica no sea adecuado y 2) Que los pacientes por su muy bajo nivel socioeconómico no detecten estos datos considerándolos como cotidianos dada su muy lenta aparición.

Las enfermedades asociadas se han descrito desde tiempo atrás en la literatura mundial, Soloway (15) reporta una alta frecuencia de alteraciones metabólicas en su revisión de 30 casos. Estas anomalías incluyen esterilidad, obesidad, alteraciones tiroideas, así como hipertensión, sin embargo en nuestra serie no se observó esto. Hodgkinson (11) en otra serie de 45 casos reporta su asociación con litiasis vesicular, así como con el antecedente de colecistectomía, úlcera duodenal y gástrica. En nuestros pacientes se observó tabaquismo y alcoholismo en 3 casos (42.8%), quiste

hepático, apendicectomía y embarazo en 2 pacientes cada una (28.6%), pero pensamos que estas patologías son muy frecuentes (excepto quiste hepático) en la edad en que se encontraron nuestros pacientes, no creemos que exista una relación directa entre ellas y la patología que nos atañe. Cabe mencionar que las tumoraciones hepáticas se detectaron en forma fortuita y no se profundizó más en su estudio.

Los síntomas y signos que presentaron estos pacientes son vagos e inespecíficos, pero hay dos parámetros importantes que son el dolor abdominal y la presentación de masa abdominal palpable. Otros datos como enfermedad ácido péptica, náuseas y vómito son mucho menos significativos, la fiebre y pérdida de peso se presentaron en un paciente y cuyo diagnóstico a la postre fué maligno, explicándose por ello estos dos datos. Ninguno de nuestros pacientes presentó obstrucción del tubo digestivo ni de las vías biliares explicándose esto por la situación anatómica del tumor a diferencia de lo publicado por otros autores (16,17,18) quienes observan la presencia de ictericia y obstrucción duodenal.

La literatura mundial describe en términos generales que en el protocolo diagnóstico para tumores quísticos de páncreas la historia clínica detallada así como la tomografía axial computada (19) y el ultrasonido de abdomen (20) juegan un papel primordial y complementario entre sí para llegar al diagnóstico, por tener una alta sensibilidad (T.A.C. y U.S.G.) que se completa con la especificidad de una buena semiología. En el trabajo se observó que la historia clínica se realizó en todos los pacientes aunque como ya se han comentado nos queda la duda de su veracidad en algunos aspectos. La TAC se realizó en los 7 pacientes (100%) , el USG en 6 (85.7%) y con base en estos resultados se realizó el diagnóstico y el plan quirúrgico. Otros estudios complementarios como es la angiografía que puede aportarnos datos muy valiosos para realizar un diagnóstico diferencial con pseudo quiste (hipervascularidad del quiste vs. vascularidad disminuida en el pseudo quiste) o para planear la cirugía en forma más precisa determinando si están involucradas otras estructuras, hecho que no se realizó en nuestro estudio. La C.P.R.E. es otro estudio de gran utilidad que se recomienda ya que puede darnos en forma rápida y veraz si existe comunicación del quiste hacia el conducto pancreático, o bien si hay obstrucción del tubo gastrointestinal (duodeno) o vías biliares. En nuestra casuística este estudio no se efectuó debido a que la

situación del tumor fué predominantemente en cuerpo y cola de páncreas. Estamos de acuerdo en evitar estudios que en forma anticipada se determine que no aportaran datos por lo que la Urografia excretora, serie esófago-gastro-duodenal, y colon por enema deben ser analizados en cada caso para valuar su utilidad y por lo tanto si se realizan o no.

Los cistoadenomas no tiene un sitio anatómico de predilección en el páncreas e incluso se han observado algunos casos en el proceso uncinado (21). En nuestra casuística su sitio de aparición como el del cistoadenocarcinoma fué la parte distal del páncreas, siendo 5 casos de cuerpo y cola, y 2 de la cola únicamente. Esta situación hace que el abordaje quirúrgico y la cirugía sean mucho menos dificultosos en relación a los observados en la cabeza del páncreas en otras series. Estos tumores por lo general están adheridos a otras estructuras pero es posible encontrar el plano de clivaje, por lo que se explica que dos de nuestros pacientes hayan ameritado resección de estructuras vecinas. Dentro de sus características tomográficas y macroscópicas se observó que 6 encontraban tabicados y el otro no, y no se observo en ningún caso la presencia de calcificaciones que son datos importantes para efectuar el diagnóstico diferencial con el pseudoquistes. Su

tamaño fué considerable, y esto nos llama la atención nuevamente con relación a los 4 casos en que se reporto evolución menor al año, teniendo como explicación las dos teorías antes mencionadas.

El tratamiento quirúrgico esta determinado por el tamaño del tumor, su situación, relación con estructuras vecinas, aumento de la vascularidad y las condiciones del paciente. Todos estos datos son recabados en forma preoperatoria mediante un adecuado protocolo diagnóstico. Los cistoadenomas del páncreas se consideran como premalignos por lo que el tratamiento debe de ser agresivo y dada la situación de los tumores en nuestro estudio estamos de acuerdo con la pancreatctomia distal y la valoración en forma individual de la resección de alguna estructura vecina que este involucrada. En la literatura mundial no se recomienda efectuar el drenaje interno de estas tumoraciones, en nuestra serie este procedimiento se realizó en 2 ocasiones y consideramos que esto se debió a una confusión con una patología benigna del tipo del pseudoquistes. Un paciente de estos evolucionó aparentemente bien, desconocemos las complicaciones tardías que se pueden presentar en este tipo de patología en virtud de no contar con un seguimiento adecuado. El otro presentó como complicación de la ruptura

del quiste sepsis abdominal motivo por el cual fue atendido en la unidad realizandosele únicamente drenaje externo, condicionandole una larga estancia intrahospitalaria y al final su deceso.

CONCLUSIONES

1.-Es una patología sumamente rara a nivel mundial y en nuestro medio.

2.-El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de una masa abdominal palpable y dolor abdominal, sin antecedentes de traumatismo o pancreatitis.

3.-El protocolo de estudio debe comprender:

- a) U.S.G.
- b) T.A.C.
- c) Angiografía
- d) C.P.R.E.

4.-El tratamiento quirúrgico deberá ser agresivo y dependerá de la localización anatómica del tumor:

- a) Cola: pancreatemia distal.
- b) Cuerpo y cola: Pancreatemia distal.
- c) Cuerpo: Procedimiento de Whipple.
- d) Cabeza y Cuerpo: Procedimiento de Whipple.
- e) Cabeza: Procedimiento de Whipple.

Estas son únicamente sugerencias quirúrgicas ya que deberá individualizarse de acuerdo a las estructuras vecinas involucradas.

5.-Sugerimos efectuar biopsia incisional de la tumoración en el transoperatorio de forma rutinaria.

6.-No se deben realizar drenajes internos en esta patología.

7.-El seguimiento mínimo deberá ser de 5 años con control ultrasonográfico y/o tomográfico para poder evaluar el resultado del tratamiento cada 6 meses .

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Friedman, M.D. et al: Cystic Neoplasm of the pancreas. Radiological-Pathological correlation. Radiology 149: 45-50, October 1983.
- 2.-Friedman, M.D., L.I. Linchteinstejn. J. E.: Solid and Papillary epithelial neoplasm of the pancreas. Radiology 154: 333-337, 1985.
- 3.-Warshaw, A.L., and Rattner, D.W.: Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocysts: Clinical and Chemical criteria. Ann Surg; 202: 720, 1985.
- 4.-Warshaw, A.L.; and Rutledge, P.L.: Cystic tumors mistaken for pancreatic pseudocysts. Ann Surg.: 205: 393, 1987.
- 5.-Kaufman, S.L.; Redick, R.L.: Papillary Cystic neoplasm of the pancreas: A curble pancreatic tumor. World J. Surg.; 10: 851, 1986.

6.-Eckhauser F. E. ; Cheung, P.S., et al: Nonfunctioning malignant neuroendocrine tumors of the pancreas.

Surgery 100: 978, 1986.

7.-Thompson, N.W., Eckhauser, et al: Cystic neuroendocrine neoplasm of the pancreas and liver.

Ann Surg., 199: 158, 1984.

8.-Warren, K.W., Athanassiades, S., et al: Surgical treatment of pancreatic Cysts.

Ann Surg., 163: 886, 1966.

9.-Warren, K.W. and Badosa F.: Individualization in the treatment of the pancreatic cysts.

Am. Surg., 39: 55, 1973.

10.-Barbee, C., Demellio, F., and Grage, T.: Cystadenoma and Cystadenocarcinoma of the pancreas.

J. Surg. Oncol., 8: 1, 1976.

11.-Hodgkinson, D.J., Remine W. H., et al: Pancreatic Cystadenoma: a clinicopathologic study of 45 cases.

Arch. Surg., 113: 512, 1978.

12.-Remine, S.G., Frey, D., Rossi R. L., et al: Cystic neoplasm of the pancreas.

Arch. Surg., 122: 443, 1987.

13.-Hyde, G.L., Davis, J. B. et al: Mucinous Cystic neoplasm of the pancreas with latent malignancy.

Am. Surg., 50: 225, 1984.

14.-Christopher M.P. et al: The Spectrum of serus cystadenoma of the pancreas.

Ann. Surg. Feb. 1992.

15.-Yamaguchi, K. and Enjoji M.: Cystic neoplasm of the pancreas.

Gastroenterology, 92: 1934-43, 1987.

16.-Talamini, M. D., Pitt M.D. et al: Spectrum of the Cystic Tumors of the pancreas.

Am. Journal of Surg., 163, 117-124, 1992.

17.-Bergmann L. M. D., Russell J. M.D., et al: Cystadenoma of the pancreas.

Am. Surgeon, January 1992.

18.-Johnson D., Stephens D., et al: Cystic pancreatic tumors:
CT and sonographic assessment.

AJR: 151, December, 1988.

19.-Soloway H. B.: Constitutional abnormalities associated
with pancreatic cystadenomas.

Cancer 18: 1297-1300, 1965.

20.-Rustomjee P. F.: Cystadenoma at the uncinatè process of
the pancreas.

Ceylan Med J. 13: 95-99, 1968.

21.-Swanson G. E.: A case of cystadenoma of the pancreas
studied by selective angiography.

Radiology 81: 592-595, 1963.

TABLA 1

No. CASOS	EDAD (años)	SEXO	SIGNOS Y SINTOMAS	LOCALIZACION	METODO DIAGNOSTICO
1	33	FEMENINO	DOLOR Y MASA ABD.	HIPOCONDRIO IZQ.	U.S.G. Y T.A.C.
2	45	MASCULINO	DOLOR Y MASA ABD.	HIPOCONDRIO DER.	T.A.C.
3	38	FEMENINO	DOLOR Y MASA ABD.	HIPOCONDRIO IZQ.	U.S.G. Y T.A.C.
4	36	FEMENINO	DOLOR Y MASA ABD.	EPIGASTRIO	U.S.G. Y T.A.C.
5	30	FEMENINO	DOLOR Y MASA ABD.	MESOGASTRIO	U.S.G., T.A.C. Y PUNCION
6	28	MASCULINO	DOLOR Y MASA ABD.	MESOGASTRIO	U.S.G. Y T.A.C.
7	29	MASCULINO	DOLOR Y MASA ABD.	MESOGASTRIO	U.S.G. Y T.A.C.

ENFERMEDADES ASOCIADAS

TUMORES QUISTICOS DE PANCREAS

TABLA 2

	No.	PORCENTAJE
ALCOHOLISMO	3	42.8%
TABAQUISMO	3	42.8%
QUISTE HEPATICO	2	28.6%
APENDICECTOMIA	2	28.6%
EMBARAZO	2	28.6%
COLECISTECTOMIA	1	14.28%
HEPATITIS	1	14.28%

TABLA 3

No. CASOS	TIEMPO DE EVOLUCIO	TAMAÑO (Cms)	SITUACION	PROCEDIMIENTO QX.
1	2 MESES	15 X 14 X 12	CUERPO Y COLA	PANCREATECTOMIA DISTAL
2	4 MESES	18 X 14 X 14	COLA	CISTOYEUUNOSTOMIA - DRENAJE EXTERNO
3	10 AÑOS	15 X 8 X 6	CUERPO Y COLA	PANCREATECTOMIA DISTAL + OMENTECTOMIA
4	6 MESES	15 X 10 X 8	CUERPO Y COLA	DRENAJE INTERNO
5	8 MESES	10 X 13 X 8	CUERPO Y COLA	PANCREATECTOMIA DISTAL
6	2 AÑOS	20 X 9 X 10	COLA	PANCREATECTOMIA DISTAL + ESPLENECTOMIA
7	4 AÑOS	10 X 6 X 6	COLA	PANCREATECTOMIA DISTAL + ESPLENECTOMIA

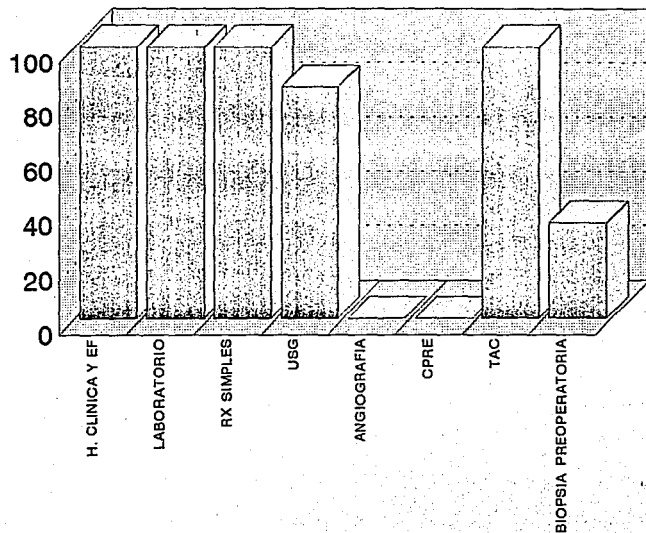
PRESENTACION DE CUADRO CLINICO

TUMORES QUISTICOS DE PANCREAS

TABLA 4

SINTOMA/SIGNO	No.	PORCENTAJE
DOLOR ABDOMINAL	7	100%
MASA ABDOMINAL	7	100%
SX ACIDOPEPTICA	6	85.7%
NAUSEAS	5	71.4%
VOMITO	5	71.4%
PLENITUD POSPRANDIAL	5	71.4%
FIEBRE	1	14.28%
PERDIDA DE PESO	1	14.28%

PROTOCOLO DIAGNOSTICO TUMORES QUISTICOS DE PANCREAS



GRAFICA 1

H.E.C.M.R. 1983-1993

CARACTERISTICAS TOMOGRAFICAS

TUMORES QUISTICOS DE PANCREAS

GRAFICA 2

