



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIERREZ "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TUMORES QUÍSTICOS DE PÁNCREAS. REVISIÓN DE CASOS DURANTE UNA DÉCADA EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA

DRA. GABRIELA FERIA FERIA

ASESORES

DR. TEODORO ROMERO HERNÁNDEZ
DRA. ROCÍO RAMÍREZ ACEVES



MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

I. TÍTULO.....	1
II. AUTORES.....	1
III. SERVICIO.....	1
IV. ANTECEDENTES.....	1
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	4
VI. HIPÓTESIS.....	4
VII. OBJETIVOS.....	4
VIII. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS:.....	5
IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	5
X. RECURSOS PARA EL ESTUDIO.....	5
XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	5
XII. ANEXOS.....	7
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	6
XIV RESULTADOS.....	7
XV CONCLUSIONES.....	9



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“ DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIERREZ “
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

I. TÍTULO:

Tumores quísticos de Páncreas. Revisión de casos durante una década en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades.

II. AUTORES:

Dra. Gabriela Fera Fera, residente del 4to año de la especialidad de Cirugía General.
Dr. Teodoro Romero Hernández, médico adscrito al servicio de Gastrocirugía H. Especialidades, CMN SXXI.
Dra. Rocío Ramírez Aceves, médico adscrito al servicio de Anatomía Patológica H. Especialidades, CMN SXXI.

III. SERVICIO:

Servicio de Gastrocirugía, H. Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

IV. ANTECEDENTES:

Tumores quísticos del páncreas.

Las neoplasias quísticas del páncreas son lesiones poco frecuentes que constituyen el 10% del total de las lesiones quísticas pancreáticas y el 1% de los tumores pancreáticos (1,2,3).

Hacia el año 2000 según el Dr. Fernández del Castillo en una revisión, las lesiones quísticas del páncreas suponían el 25% del volumen de la cirugía pancreática (4). Estos tienen una gran variedad por lo que han sido clasificadas dividiéndose en 5 grupos según su etiología, las lesiones neoplásicas del primer grupo son las que nos interesan en esta ocasión (2).

En una revisión en el año 2000, el Dr. Fernández del Castillo, encontró que el 25 % de toda la cirugía pancreática consisten en tumores quísticos del páncreas

TABLA 1. Clasificación de las lesiones quísticas del páncreas

Neoplásicas

- Cistadenoma seroso
- Neoplasias quísticas mucinosas
- Neoplasia intraductal papilar mucinosa
- Neoplasia papilar sólida y quística (tumor de Frantz)
- Tumores neuroendocrinos quísticos
- Adenocarcinoma coloide
- Quistes epiteliales solitarios verdaderos
- Quistes epiteliales solitarios linfopiteliales
- Quistes epiteliales múltiples
- Linfoma pancreático
- Metástasis pancreáticas
- Linfangioma

Seudoquistes

- Postinflamatorios
- Postrumáticos
- Asociados a necrosis tumoral

De retención

Pancreatitis crónica
Cáncer de páncreas
Áscaris
Clonorchis sinensis

Congénitos

Fibrosis quística
Enfermedad poliquística
Duplicación intestinal
Quistes coledocianos intrapancreáticos

Parasitarios

Equinococcus
Amebianos
Cisticercosis

Cistoadenomas serosos

Constituyen el 90% de las lesiones quísticas neoplásicas del páncreas y en orden de frecuencia le siguen las neoplasias quísticas mucinosas, las neoplasias intraductales papilares mucinosas y las neoplasias quísticas solidopapilares. (1,3,5,6)

Es un tumor benigno originado de las células centroacinares pancreáticas, afecta principalmente a las mujeres (65-85 años) con edad promedio de 65 años, son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental(1,3,7), en algunas ocasiones se puede presentar con síntomas inespecíficos como malestar epigástrico o masa abdominal (7).

Los cistadenomas serosos se localizan en cuerpo y cola, son multilobulados y multiloculados (<2 cms de diámetro cada uno y más de 6 quistes), formando una apariencia típica “en panal de abejas” o “esponja”. (1,3,7,8), con calcificaciones centrales. Los quistes están separados por septos fibrosos que dan lugar a una cicatriz central en forma de estrella en 10-35% casos. (1,8,9)

Su apariencia en las imágenes de TAC o RMN depende de la cantidad de tejido estromal que lo constituya, es decir, el componente sólido; sin embargo el diagnóstico de las lesiones quísticas del páncreas se realiza mediante el estudio histopatológico.

Están conformados por una capa de células cuboideas ricas en glucógeno, PAS (+) en la superficie del quiste, el estroma es fibroso y muy vascularizado, siendo vistas ocasionalmente calcificaciones. (1) Tiene 3 variantes tumorales:

- a) Cistadenoma seroso clásico o microquístico (60%)
- b) Oligoquístico o macroquístico (30%)
Afecta ambos sexos por igual, la edad promedio de presentación son los 65 años y afectan principalmente la cabeza pancreática.
- c) Asociado a la Enfermedad de Von Hippel-Lindau (10%)
Afecta ambos sexos, los 42 años son la edad promedio de presentación y afectan en forma difusa toda la glándula pancreática. (1) Las neoplasias endocrinas múltiples se presentan asociadas a la Enfermedad de Von Hippel-Lindau en 5-10% de los pacientes y pueden ser múltiples aunque la mayoría no son funcionales. (36)

Solo el 10% tiene degeneración maligna (1) por lo que si el tumor es asintomático debe permanecer en vigilancia quedando indicada la cirugía al volverse sintomática o si es imposible el diagnóstico diferencial con otras formas tumorales. (1,7)

Neoplasias quísticas mucinosas

Se presentan en mujeres con edad promedio de 53 años en el 84% de los casos, con un rango de edad entre los 18 y 82 años. Sus síntomas de presentación son vagos e inespecíficos, destacando el dolor abdominal, masa tumoral, pérdida de peso. (1)

Son tumores grandes, de más de 5 cms de diámetro, localizado en 75% de los casos en cuerpo y cola, no comunican con el conducto pancreático principal (1,3), multiloculares, bordes bien definidos y superficie lisa, los quistes son menos de 6 y de más de 2 cms de diámetro cada uno, rellenos de mucina, en su interior hay septos y proyecciones papilares y ocasionalmente calcificaciones periféricas “cascara de huevo” (1,2). La superficie interna de los quistes tiene un epitelio de células columnares productoras de mucina, con un estroma semejante al ovárico.

Histológicamente tiene 3 variantes:

- a) Cistadenoma mucinoso (65%)
- b) N. quísticas mucinosas proliferativas no invasivas (30%)
Presenta diferentes grados de displasia e incluso carcinoma in situ
- c) Cistadenocarcinoma mucinoso invasivo (5%)
Tumor maligno de mal pronóstico, con origen en una neoplasia quística mucinosa benigna.

El manejo de estas lesiones es quirúrgico debido a su potencial maligno, recomendándose la pancreatomecтомía distal o procedimiento de Whipple, aunque en algunos casos se pueden realizar enucleaciones en aquellas lesiones de características benignas (1). En el caso de la 3ra variedad por sus características malignas se reportan tasas de supervivencia a 5 años del 50-72% (6), aunque es mejor pronóstico que en el adenocarcinoma ductal clásico. (1,3,5,6,10-13)

Neoplasia intraductal papilar mucinosa (NIPM)

Es un tipo de tumor caracterizado por la proliferación de células mucinosas en forma de papilas a nivel ductal con hiperproducción de moco (1, 13,14). Constituyen el 2-7% de los tumores pancreáticos en general, afectan con mayor frecuencia a hombres alrededor de los 68 años (40-80 años), con datos clínicos sugestivos de pancreatitis crónica clásica en ausencia de factores etiológicos predisponentes para esta, siendo secundarias a la obstrucción distal por moco (1,13,15), solo el 10-20% se diagnostican de forma incidental. Se encuentran más frecuentemente localizados en la cabeza del páncreas y proceso uncinado aunque puede tener afección difusa.

Macroscópicamente tiene 3 tipos:

- a) Afección al conducto pancreático principal (75%) o tipo intestinal (34)
Puede afectar en forma difusa o segmentaria, generalmente se localiza en la cabeza y se observa dilatación retrograda por la obstrucción por moco, el 67-100% es de características malignas.
- b) Afección a ramas secundarias o tipo gástrico (34)
Puede ser de características macro o microquísticas, es más frecuente en el proceso uncinado, afecta pacientes jóvenes y no se observa dilatación del Wirsung y su imagen característica es en racimo de uvas. Solo el 0-47% son malignos.
- c) Mixto
La cual solamente se puede diferenciar de la neoplasia mucinosa quística al no encontrar estroma tipo ovárico, característico de esta neoplasia. (35)

La CPRE permite identificar las características típicas del tumor, con la siguiente triada:

- a) dilatación quística del conducto pancreático
- b) mucina intraductal o intraquística
- c) papila abombada por donde sale moco abundante (1,16-19)

El USG endoscópico y la colangio resonancia magnética permiten una mejor descripción del sistema ductal pancreático con mínima invasividad, además el USG endoscópico y la CPRE tienen la ventaja de poder tomar biopsias durante el procedimiento. (1)

Microscópicamente estas lesiones se caracterizan por la proliferación intraductal de papilas constituidas de células productoras de moco que dan lugar a la dilatación quística del sistema ductal. Existen dos tipos, el ducto ectásico que se caracteriza por conductos muy dilatados, llenos de mucina densa, con un epitelio plano con papilas microscópicas, y es de carácter benigno; y el veloso papilar el cual tiene importantes proyecciones papilares y escaso material mucoso, frecuentemente de naturaleza maligna. En el parénquima circundante se observan datos típicos de pancreatitis crónica.

Según el grado de displasia epitelial se clasifican de la siguiente forma:

- a) adenoma intraductal papilar mucinoso sin atipia
- b) neoplasia intraductal papilar mucinosa borderline, con un grado moderado de displasia
- c) neoplasia intraductal papilar mucinosa con carcinoma in situ
- d) adenocarcinoma infiltrante asociado a NIPM

El 30-60% de las NIPM son malignas en el momento del diagnóstico (1,20-22). El manejo es quirúrgico ya que tiene potencial curativo. Para decidir entre un procedimiento de Whipple o pancreatomecтомía total depende de los siguientes aspectos:

- a) morbilidad asociada a la pancreatomecтомía total
- b) posibilidad de recurrencia tumoral, al existir páncreas remanente en caso de pancreatomecтомía distal.
- c) Las características del paciente como la edad y condición médica general.
- d) Potencial de malignidad.

Existen criterios anatómicos predictivos de malignidad (13, 23,24):

- a) NIPM con afección al conducto principal el cual sea > 10 mm de diámetro

- b) NIPM con afección a conductos secundarios > 4 cms de diámetro con septos irregulares o la presencia de nódulos murales >1 cms de diámetro

La variedad con afección al conducto pancreático principal tiene una prevalencia de cáncer de 57-92%, en contraste con la variante con afección a las ramas secundarias de 6 a 42% (35)

La pancreatomectomía total está indicada para pacientes en que exista displasia o carcinoma in situ en el borde de sección durante el transoperatorio, además deben ser pacientes jóvenes y se completa por la alta recidiva reportada. (15,25)

El grado de malignidad es el principal factor de riesgo de recurrencia tumoral (1), en tumores invasivos la recidiva alcanza hasta el 70% en forma de metástasis hepáticas volviéndose una enfermedad generalizada. (1,25)

El seguimiento de los pacientes con pancreatomectomía total es con TAC en presencia de síntomas, a los pacientes de pancreatomectomía distal se recomienda seguimiento con CPRE y USG endoscópico. (1)

Neoplasia quística solido-papilar o tumor de Frantz

Tumor muy raro, se habían descrito aproximadamente 500 casos hasta el 2000 desde su primera descripción en 1959, constituye del 2-5% de las neoplasias malignas del páncreas(36), 93% de los casos afecta a mujeres jóvenes (8-60 años) con edad media de 26 años, generalmente son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental, en algunas ocasiones se presentan con dolor abdominal intenso secundario a hemorragias intraquísticas, suelen ser grandes entre 3 y 18 cms de diámetro (1). El 64% se localiza en cuerpo y cola.

Por TAC son masas grandes, bien definidas, con capsula gruesa muy vascularizada, el componente quístico es hiperdenso con áreas de hemorragia (26,27). Son blandos y bien delimitados, con degeneración hemorrágica quística en el interior.

Macroscópicamente están bien circunscritos y parcialmente encapsulados, en las zonas solidas son rojos y de consistencia blanda, friable y hemorrágica, alterna con degeneraciones quísticas, simulando pseudoquistes (36). Histológicamente existen áreas solidas alternadas con pseudoquistes y estructuras pseudopapilares y hemorrágicas, existen pseudorosetas de estructuras microvasculares acompañadas de estroma mixoide o hialinado, las células eosinofílicas PAS (+) o "espumosas" presenta inmunohistoquímica mixta mesenquimal, endócrina y epitelial. (1,)

El tratamiento de elección es la pancreatomectomía distal, ya que es de bajo potencial de malignidad y posterior a la cirugía se reportan largas supervivencias (1, 28,30).

Otros tumores quísticos

Tumores quísticos neuroendocrinos. Son del 3-5% de los tumores quísticos del páncreas (1,31). En tercio de los tumores de los islotes son quísticos, afectan cuerpo y cola, y pacientes entre 50-63 años; un tercio de estos son funcionales, generalmente insulinomas o gastrinomas y solo un tercio son malignos (32). Clínicamente se presentan con dolor abdominal y masa tumoral, y en caso de tumores funcionales se asocian a síntomas de la hiperproducción hormonal correspondiente. (32, 33)

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- a) ¿Cuál es la incidencia de los tumores quísticos de páncreas en el Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social?

VI. HIPÓTESIS:

La incidencia de los tumores quísticos de páncreas del Hospital de Especialidades por ser una unidad de tercer nivel debe ser similar a la reportada en otros centros hospitalarios internacionales del mismo nivel de atención.

VII. OBJETIVOS:

- Conocer la incidencia de estos tumores en nuestro hospital.
- Conocer la frecuencia de cada una de las variantes de estos tumores
- Conocer la frecuencia de tumores quísticos del páncreas en pacientes operados por patología pancreática

VIII. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS:

1. **Diseño del estudio:** este es un estudio longitudinal, descriptivo, retrospectivo y observacional.
2. **Universo de trabajo:** pacientes con tumores quísticos del páncreas, que fueron diagnosticados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en el periodo comprendido entre enero de 1997 y mayo de 2008.
3. **Descripción de las variables:** No existe manipulación de variables.
4. **Selección de la muestra:**
 - a) **Tamaño de la muestra:** se estudiarán los registros de anatomía patológica de todos los pacientes con tumores quísticos pancreáticos encontrados en el periodo de enero de 1997 y mayo 2008.
 - b) **Criterios de selección:**
 - i. pacientes diagnosticados con alguna de las variantes histológicas de los tumores quísticos de páncreas en nuestro hospital
5. **Procedimientos:**

Se recopila información de los registros de patología de pacientes diagnosticados con tumor quístico del páncreas en cualquiera de sus variedades que han sido diagnosticados y tratados en nuestra unidad, dentro del periodo contenido del 1ro de Enero de 1997 a 31 de Mayo 2008; actividades a cargo de la Dra. Gabriela Fera Fera.

6. Análisis estadístico:

Se determina la incidencia de los tumores quísticos del páncreas con la siguiente formula:

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{número de casos nuevos}}{\text{suma de todos los periodos libres de la enfermedad durante el periodo definido en el estudio (tiempo-persona)}}$$

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

No amerita tener condiciones éticas en especial, más que conservar el secreto profesional, ya que solo se hará una revisión de registros del servicio de Patología de la unidad.

X. RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Recursos humanos: Dra. Gabriela Fera Fera R4CG, Dr. Teodoro Romero Hernández Médico adscrito al servicio de Gastrocirugía del H especialidades CMN SXXI, Dra. Roció Ramírez Aceves Médico adscrito al servicio de Anatomía Patológica del H Especialidades CMN SXXI.

Recursos materiales: libretas de registro de piezas quirúrgicas del hospital y resultados definitivos de las mismas

Recursos Financieros: no se requieren.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

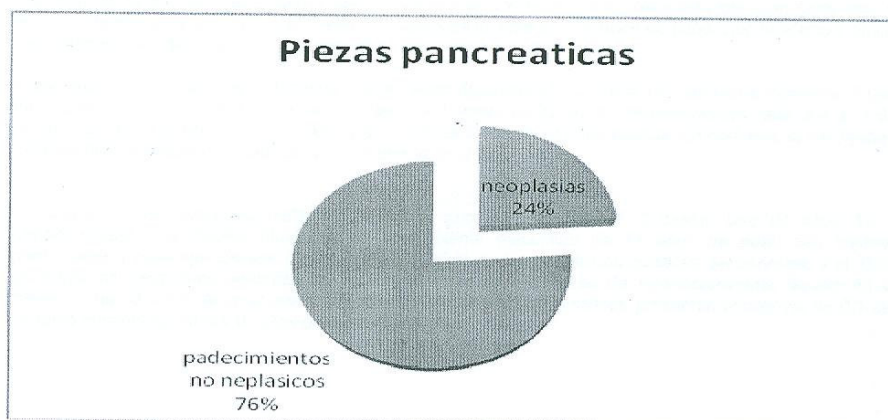
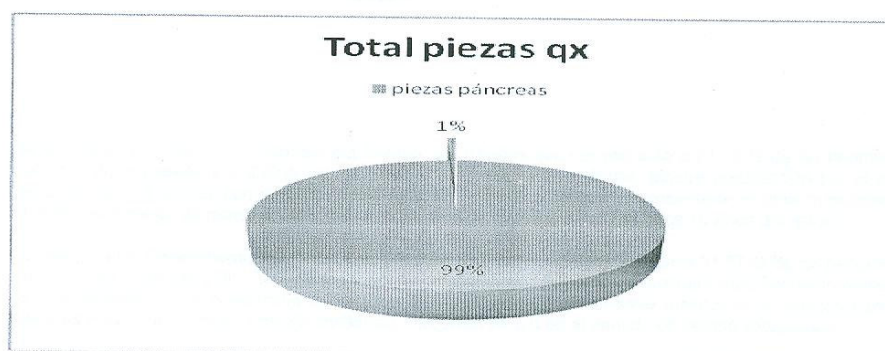
Mayo 2008: Se realizara revisión de las fuentes de información, se recolectaran datos y se organizarían.

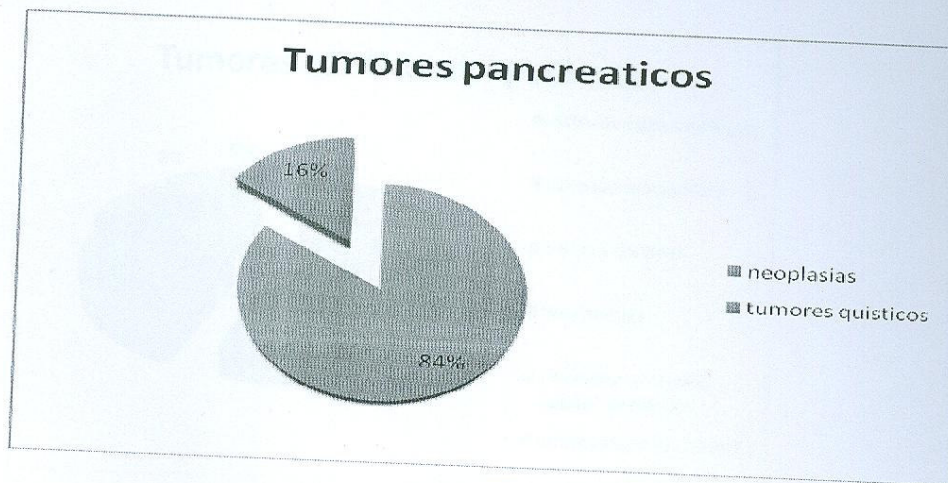
Junio 2008: se realizara el análisis de datos, se presentaran resultados, se presentara a comité y de ser aceptada se concluirán los trámites pertinentes.



RESULTADOS

Se reportaron un total de 62 388 piezas quirúrgicas en el periodo comprendido entre Enero 1997 y Mayo 2008 de estas 434 contenían tejido pancreático, entre biopsias, pancreatectomías distales y productos de procedimientos de Whipple; de estas piezas se encontraron 103 con algún tipo de neoplasia pancreática correspondiente al 23.73% de las piezas quirúrgicas pancreáticas encontradas en el periodo antes mencionado en el hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI Del Instituto Mexicano del Seguro Social.





Se encontraron 4 Casos de Cistadenoma Seroso en 10 años que corresponde a 21.05 % de las neoplasias quísticas del páncreas y a 0.92% del total de los Tumores Pancreáticos. Mostró predilección por el sexo femenino (3 de 4 casos), con rango de edad de 30-69 años, el caso que se presenta en el sexo masculino se clasificó en el rango de mayores de 70 años. Con tasa de incidencia de 0.4 en los 10 años del estudio.

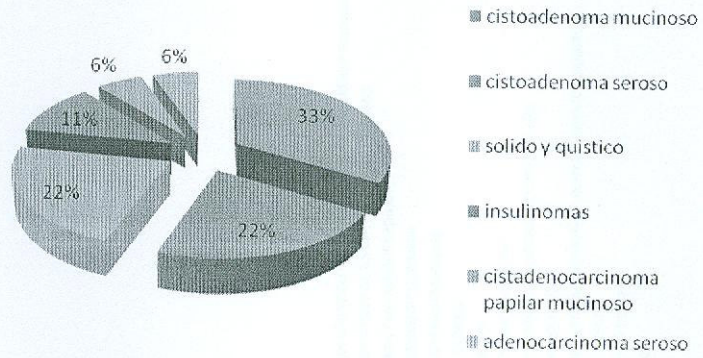
En cuanto a los Cistadenomas Mucinosos se reportan 6 casos que corresponden al 31.57 % de las neoplasias quísticas del páncreas y al 1.38% de los tumores pancreáticos. También se encontró más frecuentemente en el sexo femenino, con predominio de edades de 40-49 años, y en el sexo masculino se presentó en un paciente mayor de 70 años. Tasa de incidencia calculada en 0.6 en el periodo de tiempo establecido.

El Tumor papilar solidoquistico se encontró en 4 casos de 19 tumores quísticos del páncreas (21.05 %), en cuanto a las neoplasias pancreáticas fue equivalente al 0.92%, todos en pacientes del sexo femenino, con este tipo de tumor se encontró la paciente más joven de la serie con 20 años de edad. Con incidencia similar a los Cistadenomas serosos.

Como sabemos los tumores endocrinos pueden tener degeneración quística, de estos se encontraron 2 casos de Insulinomas, uno en una mujer de 71 años y un hombre de 32 años, representando cada uno el 5.26% de las neoplasias quísticas del páncreas y el 0.23% de los tumores pancreáticos. En conjunto, la incidencia de tumores neuroendocrinos quísticos tiene incidencia de 0.2.

En cuanto a las versiones malignas de estos tumores se reportan 2 casos, uno de ellos fue un Cistadenocarcinoma Papilar Mucinoso en un paciente masculino de 77 años de edad con implantes peritoneales y base apendicular, corresponde al 5.26 % de las neoplasias quísticas del páncreas y al 0.23% de todas las neoplasias pancreáticas. Además se encontró un caso de Adenocarcinoma Seroso en una paciente de 53 años. Al igual que los tumores neuroendocrinos quísticos presentan incidencia de 0.1 cada variante encontrada en los 10 años de la revisión.

Tumores quísticos del páncreas



CONCLUSIONES

Del total de 62 388 piezas quirúrgicas recibidas en el departamento de Anatomía Patológica de la UMAE H. Especialidades CMN SXXI en el periodo comprendido entre el 1ro de enero de 1997 y el 31 de mayo de 2008, el 0.6956% corresponde a patología pancreática (434 piezas), de todas la patología pancreática quirúrgica se encontraron 103 piezas (25.75%) de diversas neoplasias que involucraron páncreas, de las cuales 19 casos fueron tumores quísticos de páncreas (18.44%), 17 benignos (89.47%) y 2 variantes malignas (10.52%), de las primeras se encontraron 2 casos derivados de tumores neuroendocrinos que sufrieron degeneración quística.

La variante que se presentó con mayor incidencia de los tumores quísticos del páncreas fue el Cistadenoma mucinoso con incidencia de 0.6 en 10 años, seguido por el Cistadenoma seroso y el tumor solido quístico del páncreas ambos con incidencia de 0.4 cada uno en el mismo periodo de tiempo, en tercer lugar se encuentran las variantes quísticas de los tumores neuroendocrinos (insulinomas) con incidencia de 0.2 y finalmente la incidencia de las variantes malignas 0.1 para carcinoma papilar mucinoso y el adenocarcinoma seroso con la misma incidencia.

Podemos concluir que las neoplasias quísticas del páncreas representan un porcentaje bajo de la patología quirúrgica de esta glándula, ya que correspondieron al 18.44% de las neoplasias pancreáticas, que de las primeras la variedad histológica más frecuente en nuestro hospital es el Cistadenoma mucinoso con 6 casos y el Cistadenoma seroso se presentó en 4 pacientes, contrario a lo que esperaríamos al compararlo con la literatura mundial. Otra variante común de este tipo de tumores es el tumor solido quístico de Frantz que representa 3.88% en esta serie y corresponde a lo reportado en la literatura mundial con frecuencia entre el 2% y 5% de las neoplasias pancreáticas en general. Como era esperado las variantes malignas de estos tumores fueron aun más raras representando en esta serie el 1.94% lo cual es menor en comparación con la literatura que nos refiere un 2-7% de frecuencia de neoplasias malignas quísticas del páncreas.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. FERNÁNDEZ DEL CASTILLO TUMORES QUÍSTICOS DEL PÁNCREAS: REVISIÓN DE LA LITERATURA. CIR ESP 2003;73(5):297-308
2. FERNANDEZ DEL CASTILLO C, WARCHAW AL. CYSTIC NEOPLASM OF THE PANCREAS. PANCREATOLOGY 2001;1:641-7.
3. SARR MG, KENDRIK ML, NAGORNET DM THOMBSO GB, FARLEY DR, FARNELL MB. CYSTIC NEOPLASM OF THE PANCREAS. BENIGN TO MALIGNANT EPITHELIAL NEOPLASM. SURG CLIN NORTH AM 2001;3:497-509.
4. BALCOM JH, RATHER DW, WARSABW AL, CHANG Y, FERNANDEZ DEL CASTILLO C. TEN YEAR EXPERIENCE WITH 733 PANCREATIC RESECTIONS: CHANGING INDICATIONS, OLDER PATIENTS AND DECREASING LENGTH OF HOSPITALIZATIONS. ARCH SURG 2001;136:391-8.
5. FERNÁNDEZ DEL CASTILLO C, WARSHAW AL. CYSTIC TUMORS OF THE PANCREAS. SURG CLIN NORTH AM 1995;75:1001-6.
6. LE BORGNE J, DE CALAN L, PARTENSKY, Y LA ASOCIACIÓN FRANCESA DE CIRUGÍA. CYSTOADENOMAS AND CYSTOADENOCARCINOMAS OF THE PANCREAS: A MULTIINSTITUTIONAL RETROSPECTIVE STUDY. ANN SURG 1999;230:152-61.
7. 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.
8. CEM BALCI N, SEMELCA RC. RADIOLOGIC FEATURES OF CYSTIC, ENDOCRINE AND OTHER PANCREATIC NEOPLASMS. EUR J RADIOL 2001;38:113-9.
9. 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.
10. YEO TP, HRUBRAN RH, LEACH SD, WILENTZ RE, SOHN TA, KERN SE, ET AL. PANCREATIC CANCER. CURR PROBL CANCER 2002;26(4).
11. SARR MG, CARPENTER HA, PRABHAKAR LP. CLINICAL AND PATHOLOGIC CORRELATION OF 84 MUCINOUS CYSTIC NEOPLASMS OF THE PANCREAS: CAN ONE RELIABLY DIFFERENTIATE BENIGN FROM MALIGNANT (OR PREMALIGNANT) NEOPLASMS? ANN SURG 2000;231:205-12.
12. WILENTZ RE, ALBORES-SAAVEDRA J, ZAHURAK M. PATHOLOGIC EXAMINATION ACCURATELY PREDICTS PROGNOSIS IN MUCINOUS CYSTIC NEOPLASMS OF THE PANCREAS. AM J SURG PATHOL 1999;23:1320-7.
13. YEO CJ. INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASMS OF THE PANCREAS. ADV SURG 2002;36:15-38.
14. CHARI ST. INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASM. CURR TREAT OPT GASTROENTEROL 2002; 5:339-44.
15. RIVERA JA, FERNÁNDEZ-DEL CASTILLO C, PINS M, COMPTON CC, LEWANDROWSKY KB, RATTNER DW, ET AL. PANCREATIC MUCINOUS DUCTAL ECTASIA AND INTRADUCTAL PAPILLARY NEOPLASMS. A SINGLE MALIGNANT CLINICOPATHOLOGIC ENTITY. ANN SURG 1997;225:637-46.
16. OHASHI KM, MARUYAMA M. FOUR CASES OF MUCIN PRODUCING CANCER OF THE PANCREAS ON SPECIFIC FINDINGS OF THE PAPILLA OF VATER. PROG DIG ENDOSC 1982;20:348-51.
17. UEHARA H, NAKAIZUMI A, LISHI H, TATSUTA M, KITAMURA T, OKUDA S, ET AL. CYTOLOGIC EXAMINATION OF PANCREATIC JUICE FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF BENIGN AND MALIGNANT MUCIN-PRODUCING TUMORS OF THE PANCREAS. CANCER 1994;74:826-33.
18. ITAI Y, KOBUKO T, ATOMI Y, KURODA A, ET AL. MUCIN-HYPERSECRETING CARCINOMA OF THE PANCREAS. RADIOLOGY 1987;165:51-5.
19. TRAVERSO LW. SURGICAL TREATMENT OF INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASM OF THE PANCREAS. THE AGGRESSIVE APPROACH. J GASTROINTEST SURG 2002;6:662-3.
20. SOHN TA, YEO CJ, CAMERON JL, IACOBUZIO, DONAHUE CA, HRUBAN RH, LILLEMORE KD. INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASMS OF THE PANCREAS: AN INCREASINGLY RECOGNIZED CLINICOPATHOLOGIC ENTITY. ANN SURG 2001;243:313-22.
21. GIGOT JF, DEPREZ P, SEMPOUX C, DESCAMPS C, METAIRIE S, GLINEUR D, ET AL. SURGICAL MANAGEMENT OF INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS TUMORS OF THE PANCREAS. THE ROLE OF ROUTINE FROZEN SECTION OF THE SURGICAL MARGIN, INTRAOPERATIVE ENDOSCOPIC STAGED BIOPSIES OF THE WIRUNG DUCT, AND PANCREATICOGASTRIC ANASTOMOSIS. ARCH SURG 2001;136:1256-62.
22. PAYE F, ET AL. INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS TUMORS OF THE PANCREAS: DIAGNOSIS, TREATMENT ET PROGNOSTIC. ANN CHIR 1999;53:598-604.
23. BERNARD P, SCOAZEC JY, JOUBERT M, KAHN X, LE BORGNE J, BERGER F, ET AL. INTRADUCTAL PAPILLARY-MUCINOUS TUMORS OF THE PANCREAS. PREDICTIVE CRITERIA OF MALIGNANCY ACCORDING TO PATHOLOGICAL EXAMINATION OF 53 CASES. ARCH SURG 2002;137:1274-8.
24. KUBO H, CHIIJIWA Y, AKAHOSHI K, HARADA N, SUMI T, TAKASHIMA M, ET AL. INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS TUMORS OF THE PANCREAS: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN BENIGN AND MALIGNANT TUMORS BY ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY. AM J GASTROENTEROL 2001;96:1429-34.
25. CHARI S, YADAV D, SMYRK TC, DIMAGNO EP, MILLER LJ, RAIMONDO M, ET AL. STUDY OF RECURRENCE AFTER SURGICAL RESECTION OF INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASM OF THE PANCREAS. GASTROENTEROLOGY 2002;123:1500-7.
26. BUETOW PC, BUCK JL, PANTONGRAG-BROWN L, BECK KG, ROS PR, ADAIR CF. SOLID AND PAPILLARY EPITHELIAL NEOPLASM OF THE PANCREAS: IMAGING PATHOLOGY CORRELATION ON 56 CASES. RADIOLOGY 1996;199:707-11.
27. SAVCI G, KILICTURGAY S, SIVRI Z, PARLAK M, TUNCEL E. SOLID AND PAPILLARY EPITHELIAL NEOPLASM OF THE PANCREAS: CT AND MR FINDINGS. EUR RADIOL 1996;6:86-8.
28. LAM KY, LO CY, FAN ST. PANCREATIC SOLID-CYSTIC-PAPILLARY TUMOR: CLINICOPATHOLOGIC FEATURES IN EIGHT PATIENTS FROM HONG-KONG AND REVIEW OF THE LITERATURE. WORLD J SURG 1999;23:1045-50.
29. KAUFMAN SL, REDDICK RL, STIEGEL M, WILD RE, THOMAS ZG JR. PAPILLARY CYSTIC NEOPLASM OF THE PANCREAS: A CURABLE PANCREATIC TUMOR. WORLD J SURG 1986;10:851-9.
30. MAO C, GUVENDI M, DOMENICO DR, KIM K, THONFORD NR, HOWARD JM. PAPILLARY CYSTIC AND SOLID TUMORS OF THE PANCREAS: A PANCREATIC EMBRYONIC TUMOR? STUDIES OF THREE CASES AND CUMULATIVE REVIEW THE WORLD'S LITERATURE. SURGERY 1995;118:821-828.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES CON PATOLOGIA QUIRURGICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL
GASTROECIRUGIA-ANATOMIA PATOLOGICA
1997-2008

FOLIO	EDAD	SEXO	NOMBRE	AFILIACION
257	80	F	CRUZ MARTINEZ VIRGINIA	0655 38 0828
323	80	F	RIOS VDA REYES GUADALUPE	5363 18 1067
327	33	F	OLVERA CAMPOS MARIA	0390 73 3126
494	62	F	LAVALLE AGUERA YOLANDA	6286 40 0127
614	42	F	GAONA PANIAGUA DIANA	539 64 0448
671	39	M	TAJONAK OCTAVIO MORALES	0789 71 1458
962	57	M	MENDOZA VERA EVARISTO	0667 50 2245
968	81	M	RAMIREZ GOMEZ ANTONIO	0158 27 0556
1108	42	M	TABLONES VELAZQUEZ ESTANISLAO	0155 32 2981
1189	63	F	SANCHEZ MARQUEZ MA ANGELA	0167 45 2049
1264	63	F	PEREZ MERCADO MA TERESA	6888 70 0632
1533	62	F	RODRIGUEZ MUÑON MA LUISA	0164 45 9119
1555	64	M	ESQUIVEL GONZALEZ EDMUNDO	0659 43 0671
1760	39	M	CIELO MELENDEZ RUBEN	4887 69 9734

QUIRURGICA DE PANCREAS
IAL SIGLO XXI

DIAGNOSTICO

2008

SEGMENTO YEYUNO INFLTRAC EXTENSA X ADENOCARCINOMA POCO DIF CON EXTENSION A PANCREAS Y GANGLIO MESENTERICO

ADENOCARCINOMA MOD DIF CONDUCTOS PANCREATICOS DE 3.5 CM, INFLTRAC A DUODENO

CISTADENOMA MUCINOSO DE PANCREAS, PANCREATITIS CRONICA

ADENOCARCINOMA MOD DIF PANCREAS CON PANCREATITIS CRONICA

TUMOR PAPILAR SOLIDO QUISTICO (TUMOR FRANTZ-GRUBER)

RL: ADENOCARCINOMA MOD DIF PANCREATITIS CRONICA

YEY/VESC "PB PANCREAS" VER DESCRIPCION

BAAF TUMOR PANCREAT: ADENOCARCINOMA DUCTAL MOD-POCO DIF

PSEUDOQUISTE PANCREAT INFLAM CRON GRANULOMATOSA TIPO CPO EXTRAÑO

DUOD, PANCREAS SUBTOTAL Y YEYUNO VER DESCRIPCION

ADENOCARCINOMA DUCTAL MOD DIF CAB PANCREAS, EXTENSION MURAL, PERMEACION VASC Y PERINEURAL

CAB PANCREAS: PANCREATITIS AGUDA Y CRONICA

WHIPPLE: ADENOCARCINOMA DUCTAL MOD DIF VER DESCRIPCION

4TA PORCION DUODENO VER DESCRIPCION