

11209
46
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO "LA RAZA"

**NEOPLASIAS QUISTICAS DEL
PANCREAS**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DR. OSCAR CESAR MONTAÑO SANDOVAL

ASESOR: DR. JESUS ARENAS OSUNA.



IMSS

MEXICO, D. F.

TESTS CON
FALLA DE ORIGEN

27/1/97

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

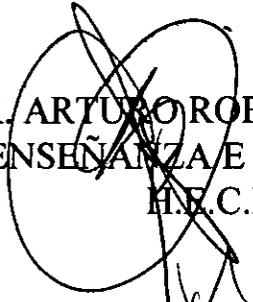
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

NEOPLASIAS QUISTICAS DEL PANCREAS

NUMERO DE REGISTRO PROVISIONAL 986900052

NUMERO DE REGISTRO DEFINITIVO: 986900052


DR. ARTURO ROBLES PÁRAMO.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL
H.E.C.M.R

DR. JOSÉ FENIG RODRÍGUEZ.
JEFE DE CIRUGÍA GENERAL Y PROFESOR DEL
CURSO DE POST
GRADO DE CIRUGÍA GENERAL

DR. JESÚS ARENAS OSUNA.
ASESOR DE TESIS.

COLABORADOR:
DR. GUILLERMO GÓMEZ CAMPOS.
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO
DE ANATOMÍA PATOLÓGICA HECMR



hospital de especialidades

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

A DIOS.

GRACIAS POR PERMITIRME LLEGAR CON FIRME
CONVICCIÓN EN TU
AMOR, FE Y ESPERANZA.

A MIS PADRES.

DR. GUILLERMO MONTAÑO O. Y SRA. MARCELINA
SANDOVAL DE MONTAÑO
(FALLECIDOS), QUE DIOS LOS TENGA EN SU GLORIA,
QUE LOS TENGO EN MI
SER Y SIEMPRE VIVIRÁN CONMIGO, CON TODO MI
AMOR

A MIS HERMANOS.

DR. GUIDO MONTAÑO S., MAESTRA TERESA
MONTAÑO S., DR JOSÉ MONTAÑO S.,
DR MILITILINO MONTAÑO S., P.D. JORGE MONTAÑO S;
NO ES FACIL LLEGAR, SE NECESITA AHINCO, LUCHA,
DESEO, PERO SOBRE TODO APOYO COMO EL QUE HE
RECIBIDO, DURANTE TODO ESTE TIEMPO, AHORA
MAS QUE NUNCA SE ACRECIENTA MI CARIÑO,
ADMIRACION Y RESPETO, GRACIAS POR LO QUE
HEMOS LOGRADO.

A MI ESPOSA.

DRA. ANGELICA VAZQUEZ DE MONTAÑO POR SU
APOYO , COMPAÑÍA Y SER PARTE DE MÍ, CON TODO
MI AMOR.

AL DR. JOSÉ FENIG RODRÍGUEZ
POR SU PREOCUPACIÓN EN LA FORMACIÓN DE
CIRUJANOS Y SER UN GRAN MAESTRO

AL DR. FRANCISCO CAMPOS CAMPOS.
POR SER UN INDIVIDUO INTEGRO, EJEMPLO A
SEGUIR Y SER UN GRAN MAESTRO

AL DR LUIS GALINDO MENDOZA
POR SU APOYO INCONDICIONAL EN MI
FORMACION Y POR SU PREOCUPACION POR EL
CONOCIMIENTO

AL DR. FERNANDO DEL VALLE BAYONA
POR SER UN BUEN MAESTRO E INCENTIVAR MI
SUPERACION

AL DR. FELIX HERNANDEZ REYES.
POR HABERSE PREOCUPADO EN MI FORMACIÓN Y
SER MI MEJOR MAESTRO

A TODOS MIS MAESTROS
QUE HAN PARTICIPADO EN MI FORMACIÓN DESDE
EL PRIMER DIA DE LA ESCUELA HASTA HOY
GRACIAS.

AL DR. JESÚS ARENAS OSUNA.
POR SU RECTITUD, SER UN GRAN MAESTRO
EJEMPLO DE SUPERACION Y LA ELABORACION DE
ESTE TRABAJO.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO
“ LA RAZA “

CIRUGIA GENERAL

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN

DIRECCION: SERIS Y ZAACHILA S/N
COLONIA: LA RAZA
DELEGACION: AZCAPOTZALCO
MEXICO D.F.
TELEFONO 7245900

Neoplasias quísticas del páncreas. Montaña S.O., Arenas O.J., Gomez C.G, Instituto mexicano del seguro social. Cirugía General.

INTRODUCCION: Las neoplasias quísticas del páncreas son un grupo heterogéneo, poco frecuente con una alta tasa de curación bajo procedimiento quirúrgico resectivo.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron de manera retrospectivo expedientes del archivo clínico del Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza, de pacientes con diagnóstico de neoplasia quística del páncreas, tratados en el servicio de Cirugía general, del 1ro. De Julio de 1991, al 31 de Marzo de 1998. Se analizaron frecuencia, edad, sexo, antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, pancreatitis, Diabetes Mellitus, trauma abdominal, patología asociada, cuadro clínico, metodología de estudio, reporte histopatológico y tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS: Se encontró 3 paciente con una frecuencia de 0.000003%. Los 3 casos fueron del sexo femenino, con un promedio de edad de 49.6 años, el signo predominante tumoración abdominal, síntomas predominantes dolor abdominal, náuseas, vómitos, astenia, adinamia; no se relaciona con tabaquismo, alcoholismo, diabetes mellitus, trauma abdominal ni pancreatitis. Tumor promedio de 13 cm. Localizado más frecuentemente en cuerpo y cola pancreática. La metodología de estudio se basó en ultrasonido y tomografía. Se efectuó una cirugía derivativa cistoyeyunoanastomosis y dos resectivas pancreatectomía distal con esplenectomía, en uno de los dos se efectuó más supraadrenectomía izquierda. 3 años después 2 se encuentran asintomáticos y uno se desconoce.

CONCLUSIONES. Las neoplasias quísticas del páncreas son muy poco comunes en nuestro medio, pero hay que tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial de adenocarcinoma ductal, por su alta tasa de curación y sobrevida bajo procedimiento quirúrgico resectivo.

NEOPLASIAS QUISTICAS DEL PANCREAS

INVESTIGADORES.

DR OSCAR CESAR MONTAÑO SANDOVAL
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE CIRUGIA GENERAL
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
LA RAZA

DR JESUS ARENAS OSUNA
CIRUJANO GENERAL DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA

INDICE

RESUMEN.....	1
SUMARY.....	2
INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	3
CONSIDERACIONES PATOLOGICAS.....	7
NEOPLASIA QUISTICA MUCINOSA.....	7
CISTOADENOMA SEROSO.....	8
ECTASIA DUCTAL.....	8
NEOPLASIA SOLIDA Y PAPILAR.....	9
CISTOADENOMA ACINAR.....	9
HALLAZGOS CLINICOS.....	9
CUADRO CLINICO.....	10
INVASION Y METASTASIS.....	11
DIAGNOSTICO.....	11
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	11
HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS.....	11
TRATAMIENTO.....	12
PRONOSTICO.....	12
OBJETIVO.....	13
DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	13
RESULTADOS	13
DISCUSION.....	16
CONCLUSIONES.....	17
ANEXOS.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	32

RESUMEN

Las Neoplasias quísticas del páncreas son neoplasias poco comunes con una alta tasa de curación y sobrevida bajo procedimiento quirúrgico resectivo.

OBJETIVO: Conocer la frecuencia, edad, sexo, antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, diabetes mellitus, pancreatitis, trauma abdominal, metodología de estudio, cuadro clínico, tratamiento quirúrgico y reporte histopatológico, en pacientes con Neoplasia quística del páncreas tratados en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO: Se revisaron los archivos de informes quirúrgicos e histopatológicos en los Departamentos de Cirugía General y Patología durante el periodo comprendido entre el 1ro. De Julio de 1991, al 31 de Marzo de 1998, se analizaron todos los puntos mencionados en el objetivo.

RESULTADOS: Se encontraron 69 lesiones quísticas, 66 pseudoquistes (95.66%) y 3 Neoplasia quísticas (4.34%), el universo de trabajo fue conformado por 3 pacientes. En el mismo periodo de tiempo se analizaron 1,000,000 de reportes histopatológicos, que traduce una frecuencia de 0.000003%, 2 fueron malignos (Cistoadenocarcinoma mucinoso y Neoplasia sólida y papilar) con una frecuencia de 0.000002%, Un caso fue benigno (Cistoadenoma seroso) con una frecuencia de 0.000001%. Los 3 caso fueron en el sexo femenino (100%), con un promedio de edad de 49.6 años, los síntomas predominantes dolor abdominal, nauseas, vómitos, astenia y adinamia en el 66.66%, el signo predominante tumoración abdominal en el 100%. Tumor promedio de 13 cm., localizado mas frecuentemente en cuerpo y cola pancreática en el 66.66%, no se relaciona con alcoholismo, tabaquismo, diabetes mellitus, trauma abdominal, ni pancreatitis. La metodología de estudio se baso en Ultrasonido y tomografía en el 100%. El tratamiento en el tumor de cabeza pancreática (cistoadenoma seroso) fue cistoyeyunoanastomosis; en el tumor localizado en cuerpo y cola (cistoadenocarcinoma mucinoso) fue pancreatectomía distal, esplenectomía y supraadrenectomía izquierda; y en la tumoración de cuerpo pancreático (Neoplasia sólida y papilar) fue pancreatectomía distal con esplenectomía, 3 años después los dos primeros asintomáticos y el tercero se desconoce.

CONCLUSIONES: Las Neoplasias quísticas del páncreas, son poco comunes, pero hay que tener en cuenta en el diagnostico diferentes al adenocarcinoma ductal, por su alta tasa de curación y sobrevida bajo cirugía resectiva.

PALABRAS CLAVE. Páncreas, quiste, tumor, tumoración.

SUMARY

Pancretic Cystic Neoplasms are uncommon neoplasias with rate of cure on surgical serective treatment.

OBJETIVE: To know frequency, age, sex, background of alcoholism, smoking, abdominal trauma, diabetes mellutus, pancreatitis, associated pathology and clinical picture, surgical treatment and histopatological report of patients with pancreatic cystic neoplasms, cared at General Surgical Service in Specialties Hospital of La Raza Medical Center.

GENERAL DESCRIPTION OF THE STUDY: We reviewed the General Surgery and Pathology services files of surgical aand histopathological reports from July 1,1991 to March 31, 1998. We searched all the subjects mentioned in objctive.

RESULTS: We found 69 cystic lesiones, 66 Pseudocystic (95,66%) and 3 cystic neoplasias (4.34%), the works universe was of 3 patients. In the same period of time we reviewed 1,000,000 of histopathological reports with a frequency of 0.000003%. Two cases were malignancies (mucinous cystic adenocarcinoma and solid and papillary neoplasms), with a frequency of 0.000002%, one case was benign (serous cistoadenoma) with a frequency of 0.000001%. The tree cases were on females (100%), mean age 49.6 years. Main syptomos wre abdominal pain, nausea, vomit, asthenia and adynamia in (66,66%), The main sign was a palpable abdominal tumor in 100%. Mean size of tumor was 13 cm. Most frequently in the body and tail of pancreas in 66.66%, without any relationship with alcoholism, smoking, diabetes mellitus, abdominal trauma and pancreatitis. Metodology Study was based on ultrasound an tomography in 100%. Treatment was on head pancreatic tumor (serous cistoadenoma) cistojejunal anastomosis; in body and tail tumors (mucinous cystic adenocarcinoma) was distal pancreatectomy, splenectomy and left supraadrenectomy, and in the body tumor (Solid and papillary neoplasms) wsas distal pancreatectomy with splenectomy. At 3 years of fallowing the first and second asymptomatics and the third unknwed.

CONCLUSIONS: Pancretic cystic neoplasms are very uncommon at our medium, but it should to be considered other diagnosis aside ductal adenocarcinoma, because its high rate of cure with resective surgery.

KEY WORDS: Páncreas, pancreatic cyst, neoplasms, pancreatic neoplasms.

INTRODUCCIÓN

Las Neoplasias Quísticas del Páncreas (N.Q.P.), constituyen un grupo patológicamente heterogéneo de tumores con muchos aspectos clínicos compartidos, son poco comunes, ocupan un lugar importante dentro de la patología quirúrgica del páncreas por su tasa alta de curación.¹

No se conoce su incidencia precisa, pero se cita que constituye cerca del 10% de todas las lesiones quísticas del páncreas, y menos del 1% de las neoplasias pancreáticas.^{1,2,3,4,5,6}

Aunque hay numerosos informes de quistes pancreáticos, la mayoría se refieren a pseudoquistes, que tal vez constituya el 90% de todas las lesiones quísticas.²

Copango y Oertel, brindan una base sólida al diagnóstico diferencial patológica de este grupo heterogéneo de lesiones, que antes se designaba solo como Cistoadenoma y Cistoadenocarcinoma. Dentro de las NQP. están: Cistoadenoma seroso, Neoplasia quística mucinosa (cistoadenoma y cistoadenocarcinoma), Ectasia ductal mucinosa, Tumor quístico papilar, tumor quístico de células insulares, menos frecuentes el cistoadenoma acinar, Teratoma quístico, linfangioma, hemangioma y paraganglioma.^{1,2}

El uso generalizado de la Ultrasonografía (US), y Tomografía (TAC), han contribuido a descubrir numerosos casos en pacientes asintomáticos o sintomáticos leves.^{1,2,8} El diagnóstico diferencial debe de efectuarse principalmente con el pseudoquiste ya que hay un error diagnóstico de un 37% y en los últimos 4 años disminuyó a un 9%.¹

La Cirugía pancreática resectiva es el tratamiento ideal, que brinda una curación y supervivencia de más de 50% a 5 años.^{1,2}

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Se acredita a Kaufmann en 1911, el primer caso auténtico reportado de cistoadenocarcinoma papilar de la cola del páncreas reportado en la literatura mundial. Linchtenstein se considera el pionero en el continente Americano, quien describió en 1934, una paciente de 44 años, en autopsia se le encontró un tumor quístico en la cola pancreática, que correspondió a un cistadenocarcinoma papilar, con metástasis hepática e invasión peritoneal.^{2,7}

Thigpen de 1908 a 1938, documentó 55 quistes malignos registrados en los archivos de la Clínica Mayo, practicando una descripción completa y detallada de este tipo de neoplasias. Bravo y col, solo confirmó 6 casos en una revisión de 37 años. Miller encontró únicamente 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 cistoadenoma de páncreas obtenidos de la literatura. Sawyer en 1952, reportó 30 casos de cistoadenocarcinomas.^{2,7}

En Inglaterra, Comes y Azzopardi reportaron dos casos de cistoadenocarcinoma 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 por Sommers y Meissner en 1954, uno por Rowe en 1956 y otro más por Rosman en 1958.^{2,7}

En 1963 Cullen y col. reportaron 17 pacientes con cistoadenoma de páncreas en la Clínica Mayo; observaron que en 7 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 Probst, Shulman y Ayala.^{2,7}

De 1928 a 1974, se reportaron más de 50 casos de cistoadenocarcinoma de páncreas en los registros clínicos y de autopsia de la Clínica Mayo. En 1977, Hodgkinson comunicó 21 casos de cistoadenocarcinoma, incluyendo 13 previos reportados y 8 propios adicionales.^{2,7}

En 1987 Warsaw incluyó 8 nuevos casos de cistoadenocarcinoma del páncreas, cuyo diagnóstico inicial fue de pseudoquistes que por lo tanto con un tratamiento quirúrgico inadecuado.²

Warsaw y col. en 1990, en el Hospital General de Massachusetts revisaron en un periodo de 12 años 67 pacientes, 49 mujeres y 18 varones, con un promedio de edad de 61 años, de los cuales 18 tuvieron

cistoadenoma seroso, 15 cistoadenoma mucinoso, 27 cistoadenocarcinomas mucinoso, 3 tumores quísticos papilares, 2 tumores quísticos de islotes, y 2 casos de ectasia ductal mucinosa; tumor promedio de 6 cm. (rango de 2 a 16 cm.), el 39% fueron asintomáticos, y 37% fueron catalogados inicialmente como Seudoquistes, afecto a cuerpo y cola pancreática en un 56%.⁹

Fugazzola y col. en 1991, en la Universidad de Verona, revisaron 30 casos, 12 cistoadenomas serosos y 18 tumores quísticos mucinosos. Los cistoadenomas serosos con tamaño promedio de 6.1 cm. (rango 12.5 a 14 cm.) localizados en cabeza 5 casos, cuello 2 casos, cuerpo y cola 2 casos, y cola 3 casos; Los tumores quísticos mucinosos tamaño promedio de 8.5 cm. (rango de 3 a 15.5 cm.), localizados en cabeza en 5 casos, cuerpo un caso, cuerpo y cola 9 casos, cola un caso, todo el páncreas 2 casos. El US y la TAC con diagnóstico correcto de 73%. 10 de 12 cistoadenomas mucinosos se les efectuó cirugía radical, 3 pancreatoduodenectomias, 2 resecciones segmentarias de cuello y 5 pancreatectomias distales con esplenectomía, el resto tumores irresecables por lo que se efectuó cistoyunoanastomosis y al otro cistogastroanastomosis mas derivación biliodigestiva. 13 de los 18 pacientes con tumores quísticos mucinosos se efectuó cirugía radical, 2 pancreatoduodenectomias, una resección segmentaria de cuerpo, una pancreatectomía distal únicamente y 9 con esplenectomía, al resto 5 se les efectuó cirugía derivativa por irresecabilidad.¹⁰

Carlos Fernández del Castillo y col. en 1995 en el Hospital General de Massachusetts revisaron características clínicas en 130 pacientes de los que fueron: Neoplasia quística mucinosa 64 pacientes (49%), edad media 60 años, mujeres 77%, afección a cabeza pancreática 45%, síntomas en un 81%; Cistoadenoma seroso 41 pacientes (31.5%), edad media 63 años, mujeres 78%, afección a cabeza pancreática 51%, síntomas 49%; Tumor quístico papilar 4 pacientes (3%), edad media 45 años, mujeres 75%, afección a cabeza pancreática 25%, síntomas 50%; Ectasia ductal mucinosa 15 pacientes (11.5%), edad media 60 años, mujeres 40%, cabeza pancreática 93%, síntomas 100%; Tumor quístico de células insulares 2 pacientes (1.5%), edad media 60 años, mujeres 50%, cabeza de páncreas 0%, síntomas 50%; 2 linfomas ; Un cáncer sarcomatoide y un páncreas poliquístico.¹

En México solo hay algunos casos reportados:

Carlos Fernández del Castillo y Col. en 1990 en el Instituto Nacional de Nutrición, reportaron 2 casos de Neoplasia sólida y papilar de páncreas, un masculino de 38 años, sintomático, tumor de 6 cm. localizado en cola pancreática, se efectuó pancreatectomía distal con esplenectomía; el segundo caso en una femenina de 23 años de edad, sintomática, tumor de 12 cm localizado en cola pancreática, se efectuó pancreatectomía distal con esplenectomía.¹¹

Mendivil y col. en el Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza IMSS en su trabajo de Tesis revisaron casos de 1981 a 1991, en dicha revisión de 10 años, se diagnosticaron macroscópicamente 7 pacientes lo que traduce una frecuencia de 0.000047%, en el mismo periodo de tiempo se revisaron 146,079 reportes histopatológicos, encontrando 2 casos de cistoadenoma seroso 0.000013%, y 3 de cistoadenoma mucinoso 0.00002%, representando una frecuencia global de 0.000034%. De los 7 casos iniciales 4 fueron excluidos, 2 por no encontrar el expediente clínico y los otros 2 por no tener confirmación histopatológica definitiva. El universo de trabajo fueron 3 pacientes, 2 del sexo femenino, uno del sexo masculino, la edad media fue de 38.6 años (rango 33 a 45 años), los 3 pacientes sintomáticos, tumoración de 13 cm promedio, localizados 2 en cuerpo y cola (66.6%), y uno en cola pancreática (33.3%). Un Cistoadenoma mucinoso, tumor de 15 cm. con afección a cuerpo y cola pancreática, se le efectuó pancreatectomía distal. Un Cistoadenocarcinoma mucinoso, tumor en cola pancreática roto con peritonitis generalizado, se efectuó drenaje externo. Y por ultimo un Cistoadenoma mucinoso, tumor en cuerpo y cola pancreática de 11 cm., se le efectuó pancreatectomía distal mas omentectomia 70%. La frecuencia demostrada es de 0.0007%, encontrando esta cifra significativamente menor en este estudio de 0.000034%.²

Hernandez Sánchez y col. en 1993 en el Hospital Militar de México reportaron 5 casos: 3 casos de adenoma microquístico (cistoadenoma seroso), un tumor quístico papilar, y un cistoadenocarcinoma mucinoso. Primer caso cistoadenoma seroso femenino de 50 años, asintomático, tumoración en cuerpo de 14 cm., se le efectuó pancreatectomía distal, 6 años después permanece asintomática. Segundo caso femenino de 40 años cistoadenoma seroso, sintomática, tumor de 15 cm. en cuerpo y cola pancreática, asintomática 3 años después de la extirpación. Tercer caso cistoadenoma seroso, masculino de 70 años con perforación de divertículo de colon sigmoides perforado PO. de urgencias posteriormente falleció, se efectuó autopsia encontrando tumor en cuerpo de 10 cm.. Cuarto caso tumor sólido, papilar y quístico, femenino de 23 años sintomática, tumoración de 15 cm en cola pancreática, se efectuó pancreatectomía distal, reinterviniendose para esplenectomía por infartos esplénicos. Quinto caso cistoadenocarcinoma acinar mucinoso, masculino de 40 años, sintomático tumoración de 45 cm predominio cabeza pancreática, tumor irreseccable, se efectuó derivación biliodigestiva de tipo Y de Reux mas quimioterapia, 3 años después viva.⁵

Enrique Sampedro y col. en 1994 en el Hospital Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE reporto un caso de cistoadenoma seroso en una mujer de 75 años, sintomática con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial sistémica, cardiopatía e insuficiencia venosa periférica, tumor de 20 cm en cola pancreática que

envolvía bazo, se le efectuó pancreatectomía distal con esplenectomía, falleció a los 2 meses por falla cardíaca.¹²

Miguel González García y col. en el Instituto Nacional de Nutrición salvador Subirán en 1995 reportaron 3 casos. Primero Un cistoadenoma seroso, femenino de 62 años, sintomática, tumor en cuerpo pancreático de 3.5 cm., se efectuó pancreatectomía distal con esplenectomía, 3 meses después asintomática. Segundo caso un Hemartoma multiquístico, masculino de 51 años, sintomático, tumoración en cabeza pancreática se le efectuó pancreatoduodenectomía con resección de la arteria mesenterica superior y anastomosis terminoterminal de la misma. Tercer caso Un coriocarcinoma metastásico, femenino de 36 años, sintomática, tumoración en cabeza pancreática de 2.5 cm. se efectuó pancreatoduodenectomía, reporte de probable tumor de células de los islotes, a los 4 años hay recurrencia a hilio hepático, se efectuó laparotomía exploradora, tumor irreseccable se tomo biopsias, reporte definitivo coriocarcinoma metastasico de útero, se efectuó quimioterapia y radioterapia, un año después sin evidencia de tumor.⁴

CONSIDERACIONES PATOLÓGICAS

Los tumores del páncreas pueden tener tanto origen en el parenquima exócrino como en los islotes endocrinos. Las neoplasias benignas o malignas de los islotes representan 5% de los tumores del páncreas, en cambio la porción exocrina conforman el 95%, las neoplasias quísticas representan mayormente a este último grupo.^{2,3}

Dentro de las neoplasias quísticas del páncreas están: Cistoadenoma seroso, Neoplasia quística mucinosa (cistoadenoma y cistoadenocarcinoma), Ectasia ductal mucinosa, Tumor quístico papilar, Tumor quístico de células insulares y menos frecuentes el cistoadenoma acinar, Teratoma quístico. Linfangioma, hemangioma y Paraganglioma.^{1,2,9}

La Neoplasia quística mas común es la neoplasia quística mucinosa seguida del cistoadenoma seroso.^{1,2,9,10}

Tumores quísticos mucinosos (Cistoadenoma y Cistoadenocarcinoma), es el tumor quístico mas frecuente constituye le 49%, se ha reconocido en general que las neoplasias quísticas mucinosas abarcan un espectro que varia entre lesiones benignas pero potencialmente malignas y carcinomas con conducta muy agresiva. Se ha insistido en la necesidad de obtener muchas muestras de estas lesiones (en ocasiones mas de 50 cortes) con el objeto de asegurarse el diagnostico de benignidad, la edad media es de 54 años, es de origen epitelial ductal, se presenta 80% en mujeres, su tamaño es de 2 a 26 cm., el 60% se encuentra en cuerpo, la mayoría de los pacientes presentan dolor o mal estar abdominal, plenitud postprandial.

nauseas, vómitos y en 14 a 40% diabetes mellitus. La TAC , muestra tumoración encapsulada bien definidas, que contienen uno o mas quistes, los limitrofes o malignos presentan nódulos murales, intraquísticos o sólidos extraquísticos. Macroscópicamente son multiquísticos llenos de material mucoso espeso o liquido hemorrágico, microscópicamente la pared del tumor contiene tres capas histicas bien definidas: Un epitelio interior, una zona media de estroma mesenquimatoso primitivo, densamente celular que parece estroma ovárico, y una capa exterior de tejido hialinizado. Sin embargo esta configuración no se encuentra en todos los quistes. En ocasiones falta la capa exterior o la zona media parece hipocelular o atrofica. La presencia de epitelio es también variable. La morfología del epitelio ofrece la base para el diagnostico de malignidad: Los cistoadenomas mucinosos benignos tienen una sola capa de epitelio, en tanto los limitrofes y malignos manifiestan pseudoestratificación, mitosis, atipias y adenocarcinomas, el 80% son malignos, inmunohistoquímicamente hay positividad para el antígeno carcinoembrionario (ACE) y el antígeno carbohidrato CA19-9. Todos deben tratarse como malignos el tratamiento ideal es resectivo según la localización, se efectuara procedimiento de Whipple, pancreatectomía distal con esplenectomía. Si hay metástasis que son resecables hay que resecarse junto con el tumor. En caso de benignidad tiene buen pronóstico con una sobrevida de 95% a 5 años, en caso de malignidad una sobrevida de 24 a 64% a 5 años.^{1,14}

Cistoadenoma seroso, conocido también como adenoma microquístico, segunda neoplasia quística mas frecuente, predominantemente en mujeres de 78%, la edad media al diagnostico es de 63 años, la tercera parte son asintomáticos, puede haber ictericia, angiograficamente son tumores hipovasculares, microscópicamente son nodulares moderadamente bien circunscritos, múltiples quistes muy pequeños, llenos de liquido claro, con aspecto en panal de abejas, la TAC muestra tumoraciones esponjosas a menudo con calcificaciones centrales en “explosión solar” 50% se encuentran en cabeza pancreática. Microscópicamente multiquistes revestidos de epitelio cuboide o plano dividido en tabiques fibrosos. Las células epiteliales serosas ricas en glucógeno. No se ha observado actividad mitotica, 1% evolucionan a cáncer. Son de origen centroacinares, el tratamiento es resectivo, sea el procedimiento de Whipple para los tumores de la cabeza pancreática o pancreatectomía distal si el tumor esta localizado en cuerpo o cola. Dada la naturaleza benigna de estas neoplasias no es necesario la esplenectomía. Tienen una sobrevida de 85 a 90% a 5 años.^{1,14,15}

Ectasia ductal mucinosa, hay predominio en varones con edad media de 66 años, se caracteriza por dilatación y llenado de los conductos pancreáticos principales, o sus ramas laterales por moco viscoso y denso que originan pancreatitis aguda recurrente . Afecta principalmente la cabeza pancreática con dilatación consecuente y atrofia acinar acompañada de fibrosis, la TAC muestra dilatación del conducto

pancreático principal, o acumulación de quistes pequeños de ramas del conducto, se conoce también como tumor productor de mucina del páncreas, cistoadenoma mucinoso ductal, cistoadenocarcinoma mucinoso ductal, variante ductasica de la neoplasia quística mucinosa y neoplasia intraductal hipersecretora de mucina, abarca también probablemente las lesiones conocidas como neoplasias papilares intraductales, en las cuales el componente mucoso no es predominante. Histologicamente hay epitelio cilíndrico hiperplásico del conducto, que es el causante de la hipersecreción de moco, esta distribuido en proyecciones papilares y puede observarse o no tumoraciones granulosas, papilares o vellosas que se proyectan hacia la luz del conducto. El epitelio puede tener un aspecto normal, atipia ligera o grave o albergar carcinoma in situ o infiltrativo.^{1,13,15,16}

Neoplasias sólidas y papilares, conocido también como: Neoplasia quística papilar, tumor sólido o papilar, neoplasia epitelial sólida y papilar, y tumor de Frantz. Afecta principalmente a negros, mujeres 94.6%, promedio de edad 25 años,, tumores de 9 cm. promedio (rango de 2.5- 17 cm., afecta a cola pancreática en un 53.5%, inicialmente son asintomaticos y posteriormente los síntomas son vagos como malestar abdominal, sensación de plenitud, náuseas, no hay generalmente anorexia ni pérdida de peso. En la TAC muestra tumoración bien encapsulada redondas lobuladas sólidas y quísticas hay calcificaciones en un 30 a 35%, microscópicamente son tumores bien encapsulados, multiloculados, quísticos y sólidos, con hemorragia y necrosis, sus cavidades lleno de coágulo o líquido xantocromico, microscópicamente patrón epitelial sólido y papilar, entre las variantes células eosinófilas y uniformes pequeñas que forman estructuras microquísticas papilares y sólidas con hemorragia y necrosis extensas. El tratamiento es resectivo dependiendo la localización tales como pancreatectomía distal, pancreatectomía distal mas esplenectomía, Whipple, no se recomienda pancreatectomias muy radicales, pronostico bueno con una sobrevida de 80 a 90 %.^{13,14,15}

Cistoadenoma de células acinares, se presenta en pacientes jóvenes, generalmente al diagnostico hay metástasis oculto, predominantemente en cabeza pancreática, tumor de aspecto gris y firme, con estroma fibroso, las células acinares largos y poliedricos con núcleo basal y abundantes gránulos apicales citoplasmáticos, citoplasma eosinofílico, en microscopia electrónica pueden observarse algunos gránulos zimógenos, la mortalidad de estos tumores es alta.¹

HALLAZGOS CLINICOS

Frecuencia

No se conoce la incidencia precisa, Zinner en 1995 cita que constituye 10 % de las lesiones quísticas y 1% de las neoplasias pancreáticas.

Cullen y col. en 1963, encontraron 17 casos de cistoadenocarcinomas en 2, 400000 admisiones en la Clínica Mayo con una frecuencia de 0.0007%, también encontraron 44 cistoadenomas con una frecuencia de 0.018%, una frecuencia total de neoplasias quísticas de 0.0025. ^{1,2,7}

Edad

Habitualmente se presenta entre los 23 y 70 años, con una media que oscila según los diferentes autores entre 48 y 61 años. ^{1,2}

Dentro de las neoplasias quísticas, la neoplasia sólida y papilar de páncreas es el grupo de presentación de menor edad con un promedio de 25 años. ^{13,14,15}

Sexo

Es mas frecuente en el sexo femenino con una relación de 1.6:1 hasta 8:1 en relación con el hombre. ^{1,2,13,14,15}

Dimensión

El diámetro promedio es de 12 cm., puede variar desde 1 a 30 cm, tienden a ser mas pequeños en cabeza y mas grandes en cola pancreática. Hodgkinson reporto dimensiones medias en cabeza de 4,9 cm., en cuerpo 12.4 cm., cola de 13,6 cm.. ^{1,2,13,14,15}

Localización

Mayormente se localizan en cuerpo y cola pancreática, pero se puede encontrar también en cabeza pancreática . ^{1,2,13,14,15}

CUADRO CLINICO

El cuadro clínico es inespecifico, y en ocasiones inicialmente asintomáticos, que dificultan su diagnostico en forma temprana.

Se caracteriza por dolor abdominal en epigastrio mesogastrio e hipocondrio izquierdo en un 81%, tumor abdominal palpable 76%, perdida de peso 42%, ictericia y distensión abdominal 28%, nauseas y vómitos 23%, sangrado de tubo digestivo 14%, diarrea 10%, astenia y adinamia 5%, la hiporexia se presenta en ocasiones., la hiporexia y la perdida de peso no es regla general como en otras neoplasias de mayor grado de malignidad. ^{1,2,13,14,15}

INVASION Y METASTASIS

Hay reportes de invasión a duodeno, bazo, hilio hepático, colon estomago, omento, mesenterio, tejido subcutáneo, vena porta, vena y arteria mesenterica superior; metástasis principalmente a hígado, ganglios peripancreaticos (hepáticos, gástricos izquierdos, esplénicos, retropancreaticos, celiacos y mesentericos), omento y peritoneo parietal. ^{1,2,15,16,17.}

DIAGNOSTICO

Los Exámenes bioquímicos son inespecíficos, ante la sospecha clínica patológica, deberá documentarse con US, TAC., el protocolo de estudio debe de incluir S.E.G.D., Urografia escretora (U.E.), C.P.R.E, Resonancia Magnética y Arteriografia, nos servirán para la localización y diferenciación de otras neoplasias quísticas. ^{1,2,13,14,15}

Las caracteristicas bioquímicas y radiológicas lo comentamos previamente en consideraciones patológicas, por patología especifica. ^{1,2,13,15,17,18,19}

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnostico diferencial deberá realizarse principalmente con Seudoquiste pancreático, ya que es la lesión quística mas frecuente que ocupa el 90%, dentro de sus antecedentes generalmente hay alcoholismo, traumatismo, pancreatitis, hay un perfil alterado en forma constante con amilasa serica elevado hasta en un 75%, La CPRE muestra comunicación con el sistema pancreático ductal en mas de 60%, el conducto puede mostrar deformidad u otra alteración característica de pancreatitis crónica, la arteriografia muestra vascularidad limitada y efecto extenso de masa por rechazamiento de arterias regionales. Macroscópicamente suele ser opaco, adherido a órganos adyacentes, el resto del tejido pancreático generalmente es endurecido de caracteristicas anormales, su contenido es liquido, gris y opalescente, puede contener sangre residual o restos de tejido necrotico. ^{1,2}

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS

La pared quística varía entre 2 y 15 mm. de espesor con tejido fibroso conectivo periférico e infiltración por leucocitos intramurales, recubrimiento mucoso epitelial plegado sobre sí mismo y con múltiples proyecciones papilares al interior del quiste. Las características histopatológicas individuales de las neoplasias quísticas, se mencionan previamente en las consideraciones patológicas por patología específica.^{1,2,13,15,17,18,19}

TRATAMIENTO

La selección del tratamiento quirúrgico se determina por la localización, dimensiones, consideraciones locorreionales de la lesión, invasión a estructuras vitales y la presencia o no de metástasis.²

El tratamiento es resectivo, si el tumor se encuentra en cabeza pancreática se recomienda procedimiento de Whipple, si el tumor se encuentra en cuerpo y cola, pancreatectomía distal con o sin esplenectomía, en el cistoadenoma seroso no se recomienda esplenectomía por su alta benignidad; la pancreatectomía total no ha superado en resultados la pancreatoduodenectomía con o sin preservación del píloro. En caso de que hay metástasis y es resecable, se efectúa exeresis de la misma y pancreatectomía, en caso de que la tumoración es irresecable se recomienda cirugía derivativa tales como cistoyayunoanastomosis, biliodigestiva o ambos, y si es factible tumorectomía.^{1,2,15,16,17.}

Se analizó también anteriormente, en consideraciones patológicas por patología específica.

PRONOSTICO

Después de la resección quirúrgica completa, se considera que se obtuvo la curación de la neoplasia del páncreas, se reporta una supervivencia general a 5 años de 68%.^{1,2}

Tienen mejor pronóstico el cistoadenoma seroso y la neoplasia sólida y papilar, y peor pronóstico el cistoadenocarcinoma mucinoso y el cistoadenoma acinar. Pero en general el pronóstico es muy bueno.

^{1,2,15,16}

OBJETIVO

Conocer la frecuencia, edad, sexo, cuadro clínico, antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, trauma abdominal, diabetes mellitus, pancreatitis, patología asociada, cuadro clínico, metodología de estudio, tratamiento quirúrgico y reporte histopatológico, en pacientes con diagnóstico de neoplasia quística del páncreas, tratados en el servicio de Cirugía general del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se revisaron los archivos de informes quirúrgicos e histopatológicos de los departamentos de Cirugía General y Patología del Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza", durante el periodo comprendido entre el 1ero de Julio de 1991 al 28 de febrero de 1998.

Se analizaron todos los puntos mencionados en el objetivo.

RESULTADOS

En una revisión de 6 años y 8 meses, se encontraron 69 pacientes con lesiones quísticas, 66 pacientes con pseudoquistes (95.65%), y 3 neoplasias quísticas (4.34%), (Tabla 1), inicialmente el diagnóstico macroscópico de neoplasia quística se integro en 5 pacientes, el diagnóstico definitivo histopatológico solo fue en 3 pacientes, por lo que se excluyeron 2 que fueron un liposarcoma retroperitoneal y una pancreatitis crónica agudizada, por lo que el universo de trabajo lo conformaron solo 3 pacientes.

En el mismo periodo de tiempo se revisaron 1,000,000 de reportes histopatológicos, lo que traduce una frecuencia de 0.000003 %; Dos fueron malignos 66.66% (Cistoadenocarcinoma mucinoso y Neoplasia sólida y papilar) con una frecuencia de 0.000002, un benigno 33.33% (Cistoadenoma seroso) con una frecuencia de 0.000001 %.

Los 3 casos fueron en el sexo femenino (100%), con un promedio de edad de 49.6 años (Rango de 26 a 75), (tabla 4), los síntomas fueron: Dolor abdominal, náuseas, vómitos, astenia y adinamia en un 66.66%, diarrea, hiporexia, distensión y mal estar abdominal en un 33.33%; Signos: tumoración abdominal palpable en el 100% (tabla 3).

El tamaño del tumor medio fue de 13 cm. (rango de 5 a 19 cm.), localización en cabeza pancreática 33,33%, cuerpo 33,33%, cuerpo y cola 33,33%, siendo predominante en cuerpo pancreático en 66.66% aunque en uno de los casos también estaba en cola pancreática como se menciona previamente (tabla 4).

Dentro los antecedentes alcoholismo 0 %, tabaquismo 33.33%, Diabetes Mellitus, pancreatitis y traumatismo 0 %, patología asociada colelitiasis y valvulopatía degenerativa mitral y aortica 33.33% (tabla 2).

Amilasa sérica normal en el 66.66%, sin reporte 33.33%, dentro del estudio diagnóstico se utilizó el US y TAC en el 100%, reportando en un el 66.66% tumoración quística y 33.33% tumoración mixta en ambos estudios (tabla 2).

El tratamiento en el cistoadenoma seroso localizado en cabeza pancreática, fue cistoyeyunoanastomosis mas colecistectomía; en el cistoadenocarcinoma mucinoso tumoración en cuerpo y cola, fue pancreatectomía distal, esplenectomía mas supraadrenectomía izquierda; y en la neoplasia sólida y papilar localizado en cuerpo fue pancreatectomía distal del 80% con esplenectomía (tabla 2).

Caso 1

Femenino de 75 años con antecedentes de Hipertensión arterial sistémica (HTAS) y valvulopatía degenerativa mitral y aortica , cuadro clínico de 2 años de evolución caracterizado por dolor abdominal en epigastrio tipo sordo, evacuaciones diarreicas con remisiones y exacerbaciones, negando ictericia, pérdida de peso, astenia, adinamia e hiporexia. A la exploración en buenas condiciones generales signos vitales dentro de límites normales, pulmonar con murmullo vesicular, cardiacos con soplo sistólico en foco mitral y aortico, abdomen blando depresible se palpa tumoración en epigastrio de 15 cm., doloroso, móvil, bien delimitado, peristaltismo presente, sin datos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio BHC, QS, ES, PFH, Amilasa serica, pruebas de coagulación dentro de parámetros normales. US. imagen quística de 22mm. en topografía pancreática mas litiasis vesicular, TAC imagen quística en cabeza pancreática de 8 cm, se integra diagnóstico preoperatorio de quiste pancreático, se efectúa laparotomía exploradora, hallazgos tumoración quística de cabeza de 15 cm., mas litiasis vesicular, reporte histopatológico transoperatorio de cistoadenoma mucinoso, se efectúa cistoyeyunoanastomosis en Y de Reux retrocolico mas colecistectomía. Reporte histopatológico definitivo de biopsia de pared de quiste, cistoadenoma seroso. tres años después viva asintomática.

Caso 2

Femenino de 26 años con antecedente familiar de Carcinoma broncogenico (padre), cuadro clínico de 6 meses de evolución con dolor abdominal opresivo que posteriormente se torna punzante en hipocondrio izquierdo irradiado a flanco izquierdo y región lumbar, se asocia astenia , adinamia, nauseas, hiporexia, distensión abdominal , aumento de volumen en hemiabdomen izquierdo (tumoración), niega pérdida de

peso. A la exploración física en buenas condiciones generales con signos vitales dentro de parámetros normales, pulmonar con murmullo vesicular, cardiacos rítmicos con buena intensidad, abdomen blando depresible se palpa tumoración de 20 cm. en hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo y mesogastrio, bien delimitado, móvil, doloroso. Laboratorio BHC, QS, ES, Amilasa serica, pruebas de coagulación dentro de límites normales. US tumoración quística en cuerpo y cola pancreática de 20X17X14 cm. zona hipocóica de paredes bien definidas, probable cistoadenoma, TAC tumoración quística del páncreas en cuerpo y cola, que abarca hasta fosa iliaca izquierda con desplazamiento de riñón izquierdo y asas, compatible con probable cistoadenoma, CPRE conducto de Wirsung sin comunicación a quiste, UE desplazamiento de riñón izquierdo, sistema pielocolector sin afección. Se integra diagnóstico preoperatorio de probable cistoadenocarcinoma, se efectúa laparotomía exploradora, hallazgos tumoración quística y sólida de cuerpo y cola pancreática de 30X25 cm adherido a bazo y suprarrenal izquierda, se integra diagnóstico transoperatorio macroscópico de cistoadenoma mucinoso, se efectúa pancreatectomía distal, esplenectomía mas supraadrenectomía izquierda. Reporte histopatológico definitivo macroscópicamente tumoración de 19X17X5cm., al corte se observa pared de 0,6cm. y contiene material de aspecto mucoso, chocolataado que esta adherida a la pared interna, que es lisa en general con una zona de aspecto multilobulado que mide 12X10, quistes pequeños de 0.5cm. y otros de 3 cm., microscópicamente cistoadenocarcinoma mucinoso, bazo y glándula suprarrenal izquierda histologicamente normales. tres años después asintomática.

Caso 3

Femenino de 48 años con historia familiar de adenocarcinoma gástrico (abuela paterno), antecedentes de tabaquismo, alérgica ala penicilina, ácido acetil salicílico, apendicectomía, amigdelectomía, histerectomía por miomatosis, hemitiroidectomía por proceso benigno, cuadro clínico 3 años de evolución con síntomas vagos caracterizado por rubicundez facial, diaforesis, nauseas, emesis ocasionales con remisiones espontaneas, durante el ultimo mes antes de acudir a consulta presencia de tumoración abdominal, niega perdida de peso e hiporexia. A la exploración física en buenas condiciones generales con signos vitales dentro de parámetros normales, pulmonar con murmullo vesicular, cardiacos rítmicos con buena intensidad, abdomen blando con tumoración palpable en epigastrio bien delimitado, poco móvil, levemente doloroso. Laboratorio BHC, QS, ES, PFH y pruebas de coagulación dentro de límites normales amilasa sérica sin reporte. SEG D muestra incremento leve de la arcada duodenal y defecto de llenado de la segunda porción duodenal (Fig. 1). El US presenta tumoración mixta, de predominio sólido de 6X4X5 cm. en cuerpo pancreático (Fig. 2). En la TAC se observa tumoración en cabeza y cuerpo de 5X4 cm. con contornos nítidos heterogénea, con zonas hipodensas y trabeculaciones en su interior, ganglios negativos y

metástasis negativo (Fig. 3a,3b,3c), CPRE estenosis del conducto de Wirsung en cuerpo trayecto de 4cm. de longitud de aspecto tumoral (Fig. 4). Se integra diagnóstico preoperatorio de cistoadenoma, se efectúa laparotomía exploradora revelando tumoración en cuerpo pancreático proximal a cabeza de 6X4cm. bordes irregulares bien delimitado, cabeza libre de lesión. no invasión a estructuras adyacentes ni metástasis., diagnóstico transoperatorio macroscópico probable cistoadenoma mucinoso. Se efectuó pancreatemia distal 80% con esplenectomía. reporte patológico definitivo, macroscópicamente tumor de 5X5 cm. Bien delimitado, de consistencia quística con superficie lisa y nodular, presenta una cavidad hemorrágica y áreas de aspecto necrótico (Fig. 5), microscópicamente neoplasia sólida y papilar de páncreas de bajo grado de malignidad, tinción de hematoxilina y eosina, células pequeñas con citoplasma eosinofílico, algunas de ellas con material hialino, de aspecto globular (Fig. 6^a), con patrón papilar (Fig. 6b), con cavidades recubiertas con células neoplásicas contenido en su interior de numerosos eritrocitos (Fig. 6c), borde quirúrgico libre de malignidad, bazo macroscópica e histológicamente normal, fue dada de alta a los 9 días, actualmente se desconoce sobrevida ya que paciente no acudio a citas subsecuentes.

DISCUSION

Las neoplasias quísticas del páncreas constituyen el 10% de las lesiones quísticas; en nuestro estudio encontramos ligeramente menor 4.34%. La frecuencia demostrada es de 0.0025%, siendo malignos 0.0007%, y benignos 0.018%; en nuestro estudio fue menor de 0.000003%, malignos 0.000002%, benignos 0.000001%.

Afecta predominantemente al sexo femenino en proporción de 1.6-8:1 con relación al masculino, hecho que se demuestra en nuestra casuística los 3 casos fueron femeninos.

El cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal, tumor palpable, pérdida de peso ictericia, distensión abdominal, náuseas, vómitos, hemorragia de tubo digestivo, diarrea, astenia y adinamia; en nuestro estudio los síntomas predominantes fueron dolor abdominal, náuseas, vómitos, astenia y adinamia en el 66.66%; y el signo predominante tumoración abdominal palpable en el 100%.

La colecistopatía litiasica se observo solo en un caso 33.33%, lo que difiere lo comentado con Cullen, que no hay asociación directa con dicha patología.

Al igual que en la literatura, en nuestro estudio no hay antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, pancreatitis, y trauma abdominal.

El diagnóstico debe de documentarse con SEG,UE, US, TAC, CPRE, Angiografía, Resonancia Magnética, Biopsia por punción percutánea con aguja fina; en nuestra casuística solamente se emplearon US en el 100%, TAC 100%, CPRE 66.66%, SEG 33.33%, y UE 33.33%. Los cuales no fueron definitivos para la confirmación preoperatoria, lo que difiere lo sugerido por diversos autores.

El diagnóstico transoperatorio macroscópico fue: Cistoadenoma mucinoso, definitivo histopatológico cistoadenoma seroso; Cistoadenocarcinoma mucinoso, definitivo histopatológico cistoadenocarcinoma mucinoso; Cistoadenoma definitivo histopatológico neoplasia sólida y papilar de páncreas..

El tratamiento realizado , en el primer caso cistoadenoma seroso en cabeza pancreática, fue citoyunoanastomosis, la literatura recomienda procedimientos resectivos, como el procedimiento de whipple , pero hay que tomar en cuenta las condiciones del paciente, en este caso en particular era cardiopata con un alto riesgo de mortalidad transoperatoria para cirugía radical, por lo que se optó el procedimiento comentado, con buenos resultados, ya que actualmente se encuentra asintomática 3 años después; el segundo caso, cistoadenocarcinoma mucinoso en cuerpo y cola pancreática, se efectuó pancreatectomía distal, esplenectomía y supraadrenectomía izquierda, en la literatura no hay reportes de afección de la glándula suprarrenal, ni procedimiento agregado, por lo que agregar la supraadrenectomía izquierda, a la pancreatectomía distal con esplenectomía , es incrementar la morbimortalidad, también en este caso se obtuvo buenos resultados 3 años después asintomático; el tercer caso neoplasia sólida y papilar en cuerpo pancreático, se realizó pancreatectomía distal con esplenectomía, la literatura recomienda pancreatectomía distal con o sin esplenectomía ya que es una neoplasia de bajo grado de malignidad, por lo que el tratamiento concuerda con lo comentado.

CONCLUSIONES

Las neoplasias quísticas del páncreas, en nuestro medio son extremadamente raras con una frecuencia de 0.000003% en 1,000,000 de reportes histopatológicos, benignos 0.000001%, malignos 0.000002%.

Afecta predominantemente al sexo femenino de 3:0 con relación al masculino.

La edad media de presentación es de 49.6 años.

En el cuadro clínico el signo predominante es tumoración palpable abdominal 100%, síntomas predominantes, dolor abdominal, náuseas, vómitos, astenia y adinamia en el 66.66%.

El diagnóstico clínico deberá incluir SEG, UE, US, TAC, CPRE, Angiografía, Resonancia magnética, y biopsia precutánea por punción con aguja fina.

En el transoperatorio puede sospecharse esta neoplasia, de componente quístico, sólido quístico, uni o multilocular, constituido por líquido mucoso, viscoso, seroso, hemático, y por datos histopatológicos transoperatorios por corte de congelación.

El Tratamiento es predominantemente resectivo, tales como pancreatectomía distal con o sin esplenectomía, pancreatoduodenectomía con o sin preservación del píloro, pancreatectomía total, si no es posible la resección deberá efectuarse procedimiento derivativo como gastroyeyunoanastomosis, biliodigestiva o ambos.

No está indicado en las neoplasias malignas el drenaje interno o externo por existir la posibilidad de diseminación intraabdominal.

Después de la resección completa la supervivencia a 5 años es de 70%.

Las neoplasias quísticas malignas se consideran curables si su diagnóstico es temprano.

ANEXOS



Fig. 1. SEG. Leve incremento de la arcada duodenal y defecto de llenado de la segunda porción duodenal.



Fig.2. US. Tumoración pancreática mixta, de aspecto quístico y sólido

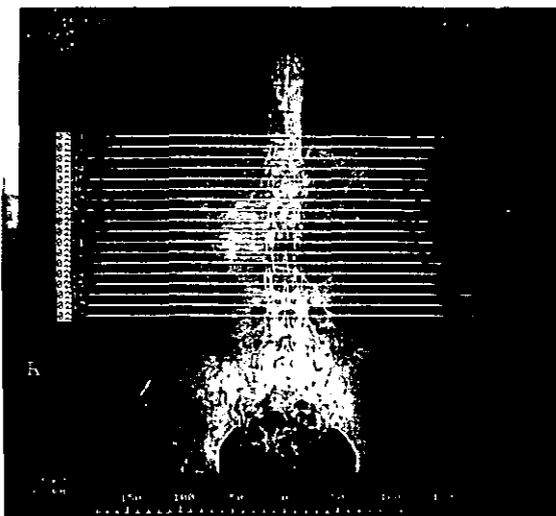


Fig. 3a. TAC panorámica.



Fig. 3b. TAC. Tumoración pancreática irregular, con contornos nítidos.

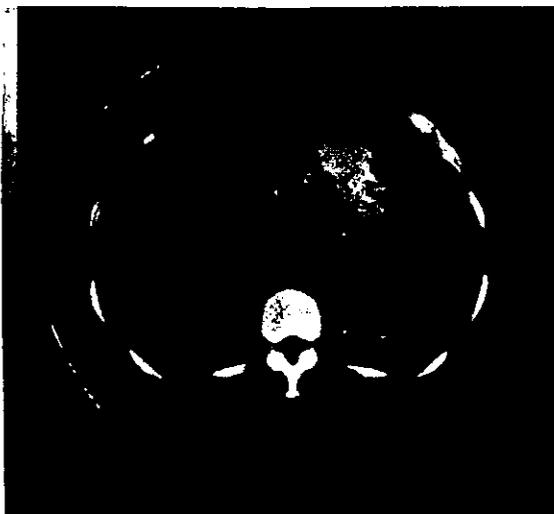


Fig. 3c. TAC. Tumoración pancreática con zonas densas e hipodensas.



Fig. 4. CPRE. Estenosis del conducto de Wirsung en cuerpo de 4 cm.



Fig. 5. Apariencia macroscópica, tumor de 5X5cm., bien delimitado de aspecto quístico.

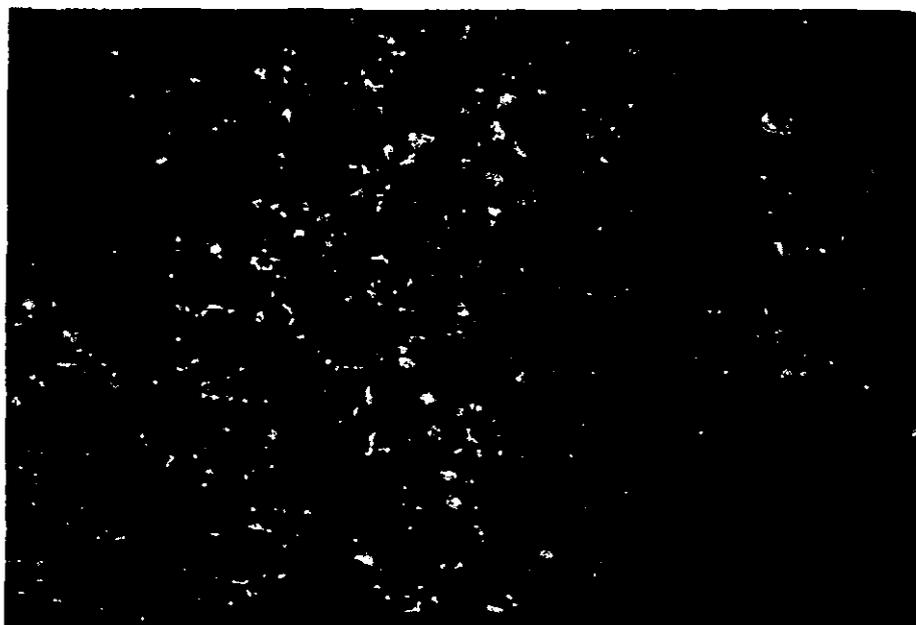


Fig. 6a. Apariencia microscópica. Tinción de hematoxilina y eosina, células pequeñas con citoplasma eosinofilo, algunas de ellas con material hialino de aspecto globular.

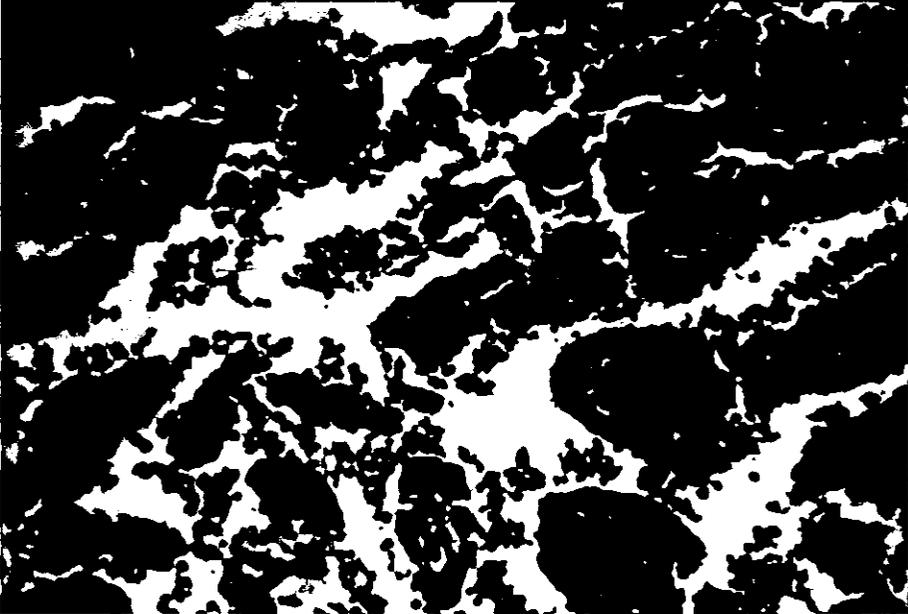


Fig. 6b. Tinción de hematoxilina y eosina, patrón papilar con presencia de células de las mismas características que la anterior.

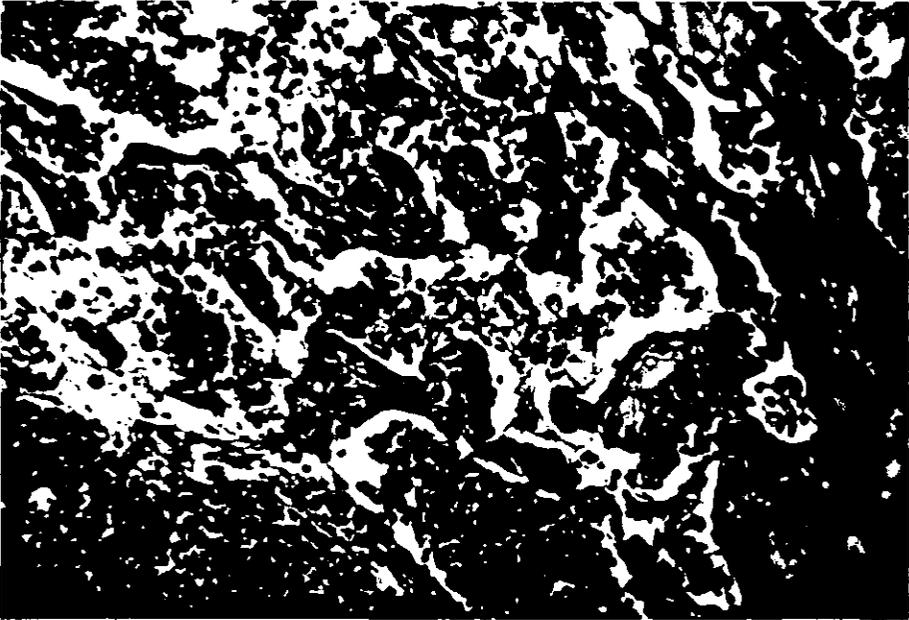


Fig. 6c. Tinción de hematoxilina y eosina, cavidades recubiertas por células neoplásicas contenido en su interior numerosos eritrocitos.

ESTA TESIS
SALIR DE LA
NO DEBE
BIBLIOTECA

	Numero	Porcentaje	Hombre	Mujer
LESIONES QUISTICAS	69	100	38	31
SEUDOQUISTES	66	95.65	38	28
NEOPLASIAS QUISTICAS	3	4.34	0	3

Tabla 1. Lesiones quísticas total que se encontraron.

TIPO	Alcoholismo	Tabaquismo	D.M.	Pancreatitis	Trauma abd.	Patol.Asoc .
C.A.S.	Negativo	Negativo	No	Negativo	Negativo	Cardiopatía, CCL.
C.A.CA.M.	Negativo	Negativo	No	Negativo	Negativo	Ninguno
N.S.P.	Negativo	Positivo	No	Negativo	Negativo	Ninguno

Tabla 2. Neoplasias quísticas antecedentes; Abreviaturas: C.A.S. Cistoadenoma seroso, C.A.CA.M. Cistoadenocarcinoma mucinoso, N.S.P. Neoplasia sólida y papilar, D.M. Diabetes Mellitus, CCL. colecistitis crónica litiasica.

SINTOMAS Y SIGNOS	C.C.S.	C.A.C.A.M.	N.S.P.	No.	%
DOLOR ABDOMINAL	+	+	-	2	66.66
TUMOR ABDOMINAL	+	+	+	3	100
PERDIDA DE PESO	-	-	-	0	0
ICTERICIA	-	-	-	0	0
NAUSEAS Y VOMITOS	-	+	+	2	66.66
HEMORRAGIA DE T.D.	-	-	-	0	0
DIARREA	+	-	-	1	33.33
ASTENIA Y ADINAMIA	-	+	+	2	66.66
HIPOREXIA	-	+	-	1	33.33
DISTENSION	-	+	-	1	33.33
MAL ESTAR ABDOMINAL	-	-	+	1	33.33

Tabla 3. Síntomas y signos. Abreviaturas: C.A.S. Cistoadenoma seroso, C.A.C.A.M. Cistoadenocarcinoma mucinoso, N.S.P. Neoplasia sólida y papilar

**ESTA TESIS
SALIR DE LA
NO DEBE
BIBLIOTECA**

	Numero	Porcentaje	Hombre	Mujer
LESIONES QUISTICAS	69	100	38	31
SEUDOQUISTES	66	95.65	38	28
NEOPLASIAS QUISTICAS	3	4.34	0	3

Tabla 1. Lesiones quísticas total que se encontraron.

TIPO	Alcoholismo	Tabaquismo	D.M.	Pancreatitis	Trauma abd.	Patol.Asoc .
C.A.S.	Negativo	Negativo	No	Negativo	Negativo	Cardiopatía, CCL.
C.A.CA.M.	Negativo	Negativo	No	Negativo	Negativo	Ninguno
N.S.P.	Negativo	Positivo	No	Negativo	Negativo	Ninguno

Tabla 2. Neoplasias quísticas antecedentes; Abreviaturas: C.A.S. Cistoadenoma seroso, C.A.CA.M. Cistoadenocarcinoma mucinoso, N.S.P. Neoplasia sólida y papilar, D.M. Diabetes Mellitus, CCL. colecistitis crónica litiasica.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández del Castillo C. y Warshaw AL. Tumores quísticos del páncreas. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1995: 973-987.
2. Mendivil MLA y Arenas OJ. Tesis Neoplasia quística maligna del páncreas IMSS: 1992.
3. De Vita VT, Helman S, Rosenberg SA. Cáncer of the Páncreas. Cáncer- Principles & Practice of Oncology 1985; 691-739.
4. González GM, Aldrete JS. Neoplasia quísticas del páncreas; informe de tres casos de difícil diagnóstico. Rev Invest Clin 1995;47: 43-48.
5. Hernandez SR, Silva OJ, Rodríguez JP, et al. Tumores pancreáticos poco frecuentes: Experiencia de 10 años. Cir Ciruj 1993; 60: 11-19.
6. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Neoplastic Cysts. Patología Básica of Disease. 1995: 1000-1004. 5ta Edition.
7. Cullen K, Remine W. A. Clinicopathological Study of cystoadenocarcinoma of the pancreas. Surgery. Gynecology 1963, Agosto: 189-195.
8. Padoni B, Neuveut P, et al. Microcystic adenoma of de Páncreas: Reporte on Four Cases and Review of the Literature. Gastrointest Radiol 1991;16:62-66.
9. Warshaw AL, Compton CC. Cystic Tumors of the Pancreas, New clinical, Radiologic, and Patologic Observations in 67 Patients. Ann Surg 1990;212(4):432-444.
10. Fugazzola C, Procacci C, Bergamo AI, et al Cystic Tumors of the Pancreas: Evolution by Ultrasonography and Computed Tomography. Gastrointes radiol 1991;16:53-61.
11. Fernández del Castillo C, Reyes E, Muñoz L, Campusano M. Papillary cystic neoplasm of the páncreas. Two cases treated by surgery. Rev Inv Clin 1990;42:216-221.
12. Sampedro CE, Albarran CR, et al. Tumor quístico de la cola del páncreas en una enferma cardiopata. Paracelso 1994;4(2):51-53.

13. Cubilla AL, Fitzgerald PJ. Classification of Pancreatic Cancer (Nonendocrine). Mayo Clin Proc 1979;54:449-458.
14. Howard JM. Neoplasias Quísticas y Quistes Verdaderos del Páncreas. Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica 1989;711-725.
15. George DH, Murphy F, et al. Serous Cystadenocarcinoma of the Pancreas: A New Entity?. The American Journal Of Surgical Pathology 1989;13(1):61-66.
16. Adsay VN, Adair CF, et al. Intraductal Oncocytic Papillary Neoplasms of the Pancreas. The American Journal of Surgical Pathology 1996;20(8):980-994.
17. Zinner M. Neoplasias Sólidas y Papilares del Páncreas. Surg Clin North Am 1995;75(5):989-995.
18. Buetow PC, Buck JL, Pantograg Brown C, et al. Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas: Imaging pathologic correlation on 56 cases. Radiology 1996;199:707-711.
19. Sanfey H, Mendelson G, Cameron JL. Solid and papillary neoplasm of the pancreas: A potentially curable surgical lesion. Ann Surg 1993; 197:272-275.