

Cistoadenoma de la cabeza del páncreas

Dres. Néstor C. Campos Pierri, Daniel Olivera, Luis Bergalli,
Jaime Luksenburg y Jorge Pradines

Los autores presentan un caso de cistoadenoma de la cabeza del páncreas en una mujer de 36 años tratada mediante duodenopancreatectomía cefálica con buena evolución postoperatoria. Se insiste en la necesidad del estudio histológico de todo el tumor para establecer el diagnóstico definitivo.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Pancreatic neoplasms.

La relativa poca frecuencia de esta afección, y por ende la duda en cuanto a la táctica quirúrgica que debe adoptar el cirujano al encontrarse con esta tumoración pancreática, nos llevó a traer este nuevo caso al seno de la Sociedad de Cirugía.

Esta afección fue descrita por Malcolm en 1906 (citado en 13) y su incidencia es relativamente rara, así en 1942 Brunckwing reúne en un total de 50 casos de la literatura (citado en 9). En 1962 (15) se llega a 100 el número de casos publicados. Becker en 1965 (3) cree que el total es de 164. En Argentina el 1968, hay un total de 14 casos publicados pero el total sería de 19 (18).

Francillon en 1969 llega a 170 casos (8).

Lewis y Dormandy a 251 en 1971 (13). Didolkan en 1975 (6) afirma que llegarían a 300 los casos descritos en la literatura mundial.

En nuestro medio, diferentes autores se han referido a los quistes del páncreas, como del Campo en 1931 (5); Piquinela en 1958 (16); Mañana y Gilardoni en 1962 (14) que tratan un quiste simple.

Pero recién en 1958 (9) González Leprat y C. M. Sanguinetti reportan el primer caso en nuestro medio, según nuestra revisión bibliográfica.

Albo, Piovano, Cardozo en 1973 (2) publican el primer caso localizado en la cabeza del páncreas tratado por duodenopancreatectomía cefálica. Albo tuvo otro caso, según comunicación personal, pero localizado en la cola del páncreas.

A efectos de la ubicación de este proceso nosológico veremos la clasificación de Howard y Jordan (citado en 18) de los quistes pancreáticos:

*Clinica Quirúrgica "B" (Prof. J. Pradines).
Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".
Montevideo.*

Quistes verdaderos:

congénitos:

- únicos o múltiples
- simples asociados a quistes de otros órganos
- enfermedad fibroquistica
- quistes desmoides

adquiridos:

- de retención
- parasitarios
- neoplásicos:
 - cistoadenoma
 - cistoadenocarcinoma

Seudoquistes:

- post-inflamatorios (secuela de la pancreatitis)
- post-traumáticos: accidentales, quirúrgicos
- idiopáticos

Kuceland (12), define al cistoadenoma, como un quiste neoplásico benigno encapsulado derivado frecuentemente del epitelio ductal. Se lo conoce con otros nombres como cistoadenoma multilocular, cistoadenoma papilar, quiste proliferativo.

Si tomamos todos los procesos quísticos pancreáticos, el cistoadenoma tiene una incidencia del 10 % entre ellos (13), siendo el más frecuente el pseudoquiste.

OBSERVACION CLINICA

Registro 108.275 del Hospital de Clínicas.

Paciente de 36 años del sexo femenino, con antecedentes de dispepsia intrincada de 12 años de evolución, de cólico nefrítico litiasico de hace 9 meses expulsando cálculo de oxalato de calcio. Ingresa a la Clínica por dolor en epigastrio y la existencia de una tumoración en el hipocondrio derecho.

Su *enfermedad actual* comienza hace aproximadamente 1 mes con dolores intermitentes en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho y ocasionalmente al izquierdo y fosa lumbar derecha. Es brusco de mediana intensidad, que calma espontáneamente. No tiene carácter francamente cólico ni clara relación con las ingestas. No náuseas, ni vómitos. Aerofagia y plenitud postprandial. No fiebre. Tránsito urinario e intestinal normal. Adelgazamiento de un kilo en el mes.

A la palpación se percibe una tumoración de unos 6 por 8 cms., redondeada, en el sector interno del hi-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 13 de julio de 1977.

Asistentes de Clínica Quirúrgica, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Profesor de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Pedro Campbell 1404, Montevideo. (Dr. N. Campos).

pocondrio derecho, y en profundidad. Móvil en sentido vertical al final de la inspiración. Se desplaza algo transversalmente llegando a la línea media en el decúbito lateral izquierdo. De sensibilidad moderada, superficie aparente como irregular. Sonora por delante a la percusión.

No se palpa hígado ni bazo. Fosas lumbares indoloras.

Los estudios radiológicos de esofagogastroduodeno, colecistografía y colon por enema son informados como normales.

Sin diagnóstico preciso se interviene el 31 de enero de 1977.

Incisión paramediana derecha supraumbilical. A la exploración grueso tumor multilobulado que ocupa toda la cabeza pancreática, redondeado de unos 8 cms. de diámetro, libre de todos los planos posteriores. Fácilmente móvil sin evidencia de infiltración de órganos vecinos, ni al mesocolon. No hay evidencias de adenopatías metastáticas, resto del páncreas normal. El duodeno ha sido rotado por la tumoración estando la primera y la mitad de la segunda porción en situación y desde ese punto se incurva hacia arriba y atrás transitando por la pared posterior del hiato de Winslow, por detrás del pedículo hepático hasta el ángulo duodenoeyunal que está en posición normal (Fig. 1). Destacamos colédoco fino, vesícula normal y la unión cístico coledociana alta.

Debido a su íntima relación sin planos de clivaje y a que no se podía descartar la posibilidad de que fuera un proceso maligno se realiza duodenopancreatectomía cefálica.

La reconstrucción del tránsito digestivo (Fig. 2) se realiza con una pancreatoyeyunostomía término terminal invaginante a doble plano de lino. Colecistoyeyunostomía término lateral en dos planos, esto debido a que el colédoco era muy fino y la unión cístico coledociana era alta. Por último una anastomosis gastroyeyunal precólica oral parcial teniendo el asa aferente unos 45 cms. de la anastomosis biliar.

El informe anatómopatológico de la pieza de exéresis evidencia un nódulo de unos 5 cms. de diámetro en la proximidad de la carúncula mayor, que exteriormente se presenta multilobulado liso, renitente que viene incluido en el páncreas. Al corte se presenta con una zona central fibrosa de la que irradian

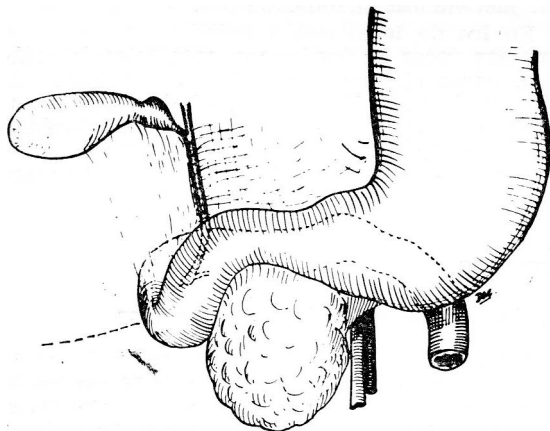


FIG. 1.—Esquema de los hallazgos operatorios.

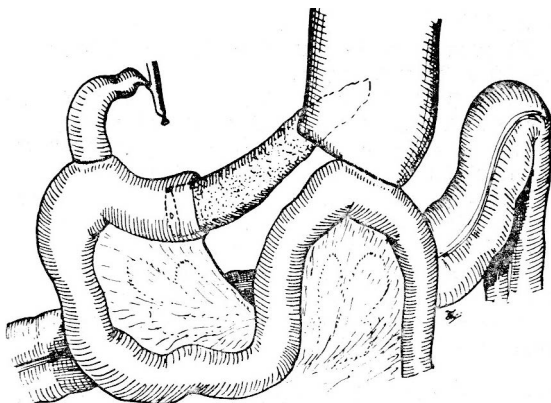


FIG. 2.—Forma de reconstrucción después de la duodenopancreatectomía cefálica.

ejes conjuntivos que tabican múltiples cavidades de dimensiones muy variables con un contenido líquido incoloro a amarillento. No compromete al duodeno y desplaza al Wirsung sin interesarlo.

A la microscopía se observa una proliferación epitelial, que tapiza cavidades de variado tamaño, constituida por una capa de células cúbicas y núcleos hipercromáticos sin mitosis. El estroma fibroescleroso se condensa en su porción central donde se encuentra hialinizado. No hay cápsula. El parénquima pancreático vecino ha sido desplazado y presenta dilatación de los canaliculos con atrofia del páncreas exócrino, sustituido por tejido fibroso que engloba islotes de Langerhans. En suma: cistoadenoma de páncreas.

La evolución postoperatoria inmediata fue sin incidentes a no ser pequeño íleo funcional que cedió rápidamente.

Se realizó alimentación progresiva vía oral.

Posteriormente fue seguida por gastroenterólogo, con un postoperatorio a los 6 meses, bueno.

DISCUSION

Es una afección, el cistoadenoma de páncreas, que se puede ver en cualquier edad pero con un máximo de incidencia en la 5ª y 6ª década (3, 4, 6).

Se ve en mujeres en el 96 % de los casos, con una relación mujer-hombre de 9 a 1 (3, 4, 9).

Más de la mitad de los casos tienen un tamaño de alrededor de 10 cms. o más (3), pero pueden alcanzar 24 cms. o más (6). Pueden pediculizarse (15). Predominan en el sector distal del páncreas, sólo alrededor del 20 % asientan en la cabeza (3, 6, 8, 15). En raras ocasiones pueden tomar todo el páncreas (13).

Desde el punto de vista clínico no hay elementos seguros para hacer el diagnóstico de cistoadenoma de páncreas. Podemos llegar a plantear que es un proceso quístico pancreático por la compresión que dicha tumoración produce sobre estructuras vecinas.

A destacar que no hay antecedentes ni de pancreatitis aguda ni de traumatismos (6, 13).

En el 40 % de los casos son asintomáticos (16).

El promedio de duración de los síntomas es de 18 a 24 meses (3).

El 75 % de los pacientes tienen dispepsia (3), con sensación de plenitud epigástrica (6).

El dolor en epigastrio se ve en el 85 % (9) y en el 50 % en hipocondrio derecho.

Pueden verse, aunque es más rara, úlceras, trombosis venosa esplénica con várices gástricas altas y hemorragia digestiva.

Sólo en un 18 % se ha reportado ictericia (4). Diabetes en el 8 %.

Asociado a afección de las vías biliares y esteatorrea han sido citados (9).

La tumoración está presente en el 85 % de los casos (3), con casos descritos de más de 13 años de evolución. Habitualmente ésta es reconocida por el propio paciente. Localizada en el hipocondrio izquierdo o epigastrio, firme, no dclorosa, redondeada, ocasionalmente nodular. En más de la mitad de los casos móvil, sobre todo los de cola pancreática (15).

Desde el punto de vista de la radiología, pueden verse gases que rodean la tumoración. Calcificaciones se ven en el 10 % de los casos (3, 6, 11) es llamado signo de Mondor y Gauget (18).

En el 68 % se ve desplazamiento o compresión del estómago y en un 20 % del duodeno (3). Pueden verse desplazamientos en el colon por enema y en la urografía de excreción (17). En algunos casos puede estar indicada la esplenoprotografía, así como en nuestro medio estudios inmunológicos para hidatidosis.

La angiografía selectiva y panorámica evidencia su vascularización característica (6), pero además da una idea de la distribución arterial para el acto operatorio (2). Muestra una hipervascularización no homogénea (4) desplazamiento de los vasos que rodean al proceso. Puede estar presente oclusión venosa. Un elemento de malignidad puede ser la irregularidad y que se encuentren trancas las arterias involucradas (1, 4). Esta vascularización radiológica puede ser explicada por la alta vascularización de los quistes papilares; pero el diagnóstico angiográfico entre benigno y maligno puede ser difícil o imposible (1).

Dentro de los tumores pancreáticos se realizará el scanning (17).

Lewis los clasifica de acuerdo a su anatomía patológica en: a) quistes de epitelio cúbico bajo, pequeña cantidad de mucus intracístico, no tienen tendencia a la malignización; b) cistadenoma papilar, son considerados como premalignos, pero demoran hasta 10 años en hacerlo (13).

Los cambios malignos se ven sobre todo en los de tipo papilar, pero raramente si no hay proyecciones papilares (4, 6).

El cistadenoma es en particular multilobular, este elemento es de valor para distinguirlos de los pseudoquistes y de los quistes solitarios del páncreas (9), si son profundos son microquisticos (13).

Los cistoadenomas no comunican con los canales pancreáticos por lo que se los debe diferenciar de los quistes de retención que sí lo hacen (6).

Como se han visto procesos malignos en áreas con epitelio columnar por lo que se piensa el probable origen del cistoadenocarcinoma sea a partir de ellos (3). Este es un tumor de bajo grado de malignidad (19) dando metástasis tardíamente.

En cuanto al diagnóstico intraoperatorio, se debe pensar en cistoadenoma ante una tumoración pancreática, sobre todo de cuerpo y cola. De aspecto quístico en un paciente sin historia de pancreatitis, alcoholismo, ni trauma y además si no hay adenopatías ni metástasis (6).

La punción citológica extemporánea sirve en los carcinomas de páncreas siempre que el material sea representativo y con una interpretación correcta (7).

La biopsia extemporánea puede ser útil (6), pero vale cuando es claramente positiva (10).

Se los puede confundir con linfangiomas o hemangiomas (4).

La diferenciación entre: pseudoquistes, quistes por retención, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma no se puede a veces diferenciar si no es por la histología (4).

De ser posible, el tratamiento, siempre debe ser la resección (6, 9).

Debido a la multiloculación los procedimientos de drenaje, no son efectivos como tratamiento y sólo complican la resección ulterior (6).

Por otro lado, el potencial evolutivo no se puede predecir fehacientemente por la histología (8) y tener un potencial maligno (2, 3). Pero además en el acto operatorio es difícil diferenciar entre un proceso benigno o maligno, la certeza total requiere el estudio total del proceso quístico (10, 13).

La resección puede ser más fácilmente realizable ya que hay pocas adherencias a las estructuras adyacentes (3).

La mayoría de los cistoadenomas tienen topografía distal, siendo la pancreatectomía distal justamente la indicada (6).

En los de localización cefálica, es necesario muchas veces la duodenopancreatectomía cefálica, como el caso que presentamos. Pero como son tumores de lento crecimiento, hay autores (6) que dicen que en alguna oportunidad no se deben correr riesgos innecesarios. Globalmente la resección tiene un 2,8 % de mortalidad (3).

RESUME

Cystoadenome de la tete du pancreas

Les auteurs présentent un cas de cystoadénome de la tête du pancréas chez une femme de 36 ans traitée au moyen d'une duodéno-pancréatectomie céphalique, dont l'évolution post-opératoire est bonne. Ils insistent sur la nécessité de l'étude histologique de toute la tumeur afin d'établir le diagnostic définitif.

SUMMARY

Cephalic cystoadenoma of the pancreas

A 36-year-old woman had a cephalic cystoadenoma of the pancreas and was treated by cephalic duodeno-pancreatotomy with good postoperative evolution. Histological study of any tumor is considered essential for the purpose of a definitive diagnosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABRAMS RM, BERANBAUM ER, BERANBAUM SL, NGO NL. Angiographic studies of benign and malignamant cystadenoma of the pancreas. *Radiology*, 89: 1028, 1967.
2. ALBO M, PIOVANO S, CARDOZO T. Cistoadenoma del páncreas. *Cir Urug*, 43: 384, 1973.
3. BECKER WF, WELSH RA, PRATT HS. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. *Ann Surg*, 161: 845, 1965.
4. CAREY LC. The pancreas. S. Louis. Mosby. 1973.
5. DEL CAMPO, R. Quiste del páncreas, fistula pancreática. *Bol Soc Cir Urug*, 2: 209, 1931.
6. DIDOLKAR MS, MALHOTRA Y, HOLYOKE ED, ELIAS EG. Cystadenoma of the pancreas. *Surg Gynecol Obstet*, 140: 925, 1975.
7. FORSGREN L, ORELL S. Aspiration cytology in carcinoma of the pancreas. *Surgery*, 73: 38, 1973.
8. FRANCHILLON J, VIGNAL J, DE ROUSSARD JP et LESBROC F. A propos d'un cas de cystadénoma du páncreas. *Lyon Chir*, 65: 436, 1969.
9. GONZALEZ LEPRAT JA, SANGUINETTI CM. Cistoadenoma de páncreas. *An Fac Med Montevideo*, 43: 177, 1958.
10. GREZZI R. Procesos quísticos. En: Tácticas y técnicas en la cirugía del páncreas. *Cir Urug*, 41: 30, 1971.
11. HAUKOHL RE, MELAMED A. Cystadenoma of the pancreas. A report of two cases showing calcification. *Am J Roentg*, 63: 234, 1950.
12. KNEELAND FRANTZ V. Tumors of the pancreas. Atlas of tumor pathology. Sect. VII. Fasc 27 y 28. EE.UU. Armed Forces Inst. of Pathol. 1959.
13. LEWIS A, DORMANDY J. Cystadenoma of the pancreas. A report of two cases. *Br J Surg*, 58: 420, 1971.
14. MAÑANA J, GILARDONI F. Quiste verdadero del páncreas cefálico. *Bol Soc Cir Urug*, 33: 42, 1962.
15. PIPER CE, RENINE WH, PRIESTLEY JT. Pancreatic Cystadenomata. *JAMA*, 180: 642, 1962.
16. PIQUINELA JA. Quiste recidivado del páncreas. Pancreatotomía del cuerpo y cola. *Bol Soc Cir Urug*, 29: 28, 1958.
17. SCO TT, YOUNG M. Cystadenoma of the pancreas. *Med J Austr*, 1: 468, 1971.
18. TRINCA S. Cistoadenoma pancreático. *Prensa Méd Argent*, 58: 1339, 1971.
19. WARREN K, ATHANASSIADES S, FREDERICK P, KUNE G. Surgical treatment of pancreatic cysts. Review of 183 cases. *Ann Surg*, 163: 886, 1966.

DISCUSION

DR. BERMÚDEZ.—Estoy completamente de acuerdo con la conducta adoptada por los comunicantes. Quiero insistir solamente en un punto: la dificultad que existe en hacer el diagnóstico entre benigno y maligno; aun en aquellos casos en que se presentan como un cistoadenoma pero con cavidad única y lisa que parece un quiste sin ninguna complicación y sin ningún elemento de malignidad.

Tuve oportunidad de operar un quiste muy grande con esas características que tomaba cola y cuerpo pancreático adherente al mesocolon. Fue extirpada prácticamente en su totalidad y como hubo un accidente hemorrágico fue necesario dejar un pequeño fragmento que no pasaba de 3 cms adherido a la pared posterior. El anatómo-patólogo estudió toda esa pieza menos esos 3 cms. La enferma tuvo al año una reproducción que operada resultó un tumor maligno y el informe anterior de todo el resto era benigno.

Por eso lo que se ha dicho del diagnóstico diferencial es exacto. La biopsia sólo sirve cuando es positiva. El caso nuestro prueba que no se puede dejar ni 1 cm. Por eso no cabe la extirpación parcial, salvo en casos excepcionales de mucha gravedad en tumores de la cabeza por ejemplo donde una duodenopancreatotomía puede resultar de acuerdo al terreno, al estado del tumor, al estado de la enferma. Una operación excesiva si se considera que no se trata de un proceso maligno y no se puede correr el riesgo de una derivación bilio-digestiva.

DR. VALLS.—Tuve oportunidad de ver la observación del Dr. Albo. También traté un caso similar al que presentó el Dr. Perdomo que tenía una poliquistosis. Los anatómo-patólogos no se animaron a decir que fuera un cistoadenoma, dijeron que era una poliquistosis del cuerpo de páncreas. Ese enfermo fue operado por los dolores intolerables que tenía en epigastrio y motivó que le hiciéramos la resección. Después de la resección el enfermo se curó.

DR. CAMPOS.—El problema que plantea el Dr. Bermúdez es real. En la literatura que hemos revisado hay un caso muy similar al que refiere, en el cual hubo una recidiva en un sector que había quedado sin ser resecado. De ahí que hay que estudiar completamente toda la pieza.

Con respecto al montaje bilio-digestivo de esta enferma, el problema que tenía era que tenía un códoco demasiado fino. Ello justifica el temor de que quedara con una estenosis a nivel de la sutura códoco-yeyunal y de ahí que se usó la vesícula. La ventaja que tenía este caso era que tenía la desembocadura del cóstico alta y amplia.