

Caso Clínico

Neoplasia quística mucinosa de páncreas asociada a cistoadenoma seroso ovárico bilateral. Una presentación poco frecuente. **Mucinous cystic neoplasm of the pancreas associated with bilateral serous ovarian cystadenoma. A rare presentation.**

Víctor Samuel Mora Muñoz¹, Lino Enríque Ramírez Sosa¹, Rosa Arlette Medina Simental², Magdalena Santamaría Sandoval³, Luis Antonio Pérez Agüero³

¹ Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México. México.

² Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste, Monterrey, Nuevo León. México.

³ Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México. México.

RESUMEN

Introducción: Las neoplasias mucinosas de páncreas ocupan el segundo lugar en frecuencia en la categoría de lesiones quísticas pancreáticas. Su potencial maligno se relaciona directamente con el tamaño del tumor. Histológicamente, se caracterizan por estroma de tipo ovárico y epitelio columnar productor de mucina. El estudio radiológico de elección es la resonancia magnética, ya que permite una adecuada caracterización de las lesiones. El tratamiento se basa en la resección, ya que el pronóstico es favorable si la pieza quirúrgica se acompaña de bordes libres de enfermedad.

Caso clínico: Paciente femenino de la 6ª década de la vida, que acude a valoración por cirugía general por cuadro de 1 año de evolución de distensión y dolor abdominal progresivo y saciedad temprana. Se le realiza tomografía computada abdominopélvica en la que se encuentra lesión quística de páncreas y ovario derecho. Se realiza pancreatectomía distal y salpingooforectomía derecha, con adecuada evolución postoperatoria. **Conclusiones:** La resección quirúrgica es el tratamiento de elección de las neoplasias mucinosas de páncreas. La tomografía computarizada continúa siendo un método diagnóstico confiable para normar la conducta terapéutica. Por estos motivos se decidió dicho abordaje terapéutico para el paciente, con adecuada evolución y sin evidencia de complicaciones ni recidiva.

Palabras Clave: Neoplasias pancreáticas, Cistoadenoma, Pancreatectomía.

SUMMARY

Introduction: Pancreatic cystic mucinous neoplasms are the second most frequent tumor in the cystic pancreatic lesions category. Malignancy is proportional to the tumor's size. The histopathology diagnosis is based on the presence of ovarian-like stroma and mucin producing columnar epithelium. Magnetic resonance imaging is preferred for the evaluation of these lesions because it allows better visualization of the tumor's characteristics. The treatment is based in surgical resection of the tumor, because of the favorable prognosis of complete resection.

Clinical Case: 57-year-old female, who seeks medical evaluation because of abdominal pain, distension and early sense of fullness in the last 12 months. Abdominopelvic computerized tomography showed a pancreatic cystic lesion and a cystic lesion in the right ovary. The patient is scheduled for a distal pancreatectomy and right salpingectomy with oophorectomy, which is done with favorable postoperative outcome.

Conclusions: Surgical resection is the treatment of choice for pancreatic cystic mucinous neoplasm. Computerized tomography continues to be a reliable diagnostic modality to determine the best treatment course. For these reasons, we took the decision to take such treatment modality, with a favorable outcome and with no evidence of postoperative complications.

Key Words: Pancreatic neoplasms, Cystadenoma, Pancreatectomy.

Autor de correspondencia: Lino Enrique Ramírez Sosa, correo electrónico: lers_123@hotmail.com

Fecha de Recepción: 3 de mayo de 2020

Fecha de Aceptación: 28 de julio de 2020

Introducción

Las neoplasias mucinosas de páncreas ocupan el segundo lugar en frecuencia en la categoría de lesiones quísticas pancreáticas. Se presenta predominantemente en mujeres perimenopáusicas con predominio de sexo 20:1. Se localizan en la cola del páncreas en un 90% de los casos. Pueden llegar a medir de 1.5-35 cm y tienen un porcentaje de malignidad del 17.5%, el cual se relaciona directamente con el tamaño. Se caracterizan histopatológicamente por un estroma de tipo ovárico (el cual es necesario para el diagnóstico) y un epitelio columnar glandular productor de mucina. (1)

Radiológicamente, se observan una lesión quística uniloculada (80%) o multiloculada (20%) con paredes gruesas, irregulares y proyecciones de la misma hacia dentro de la lesión. (2) La resonancia magnética es el estudio de elección para lesiones quísticas de páncreas (3), elimina la necesidad de contraste y es capaz de evaluar el compromiso ductal. (4)

El tratamiento es la pancreatomectomía distal, el cual es curativo si se acompaña de bordes quirúrgicos negativos. (5) La supervivencia en lesiones invasoras es de aproximadamente 25% a 5 años y en lesiones no resecables, se asemeja a la de los adenocarcinomas de páncreas no resecables. (6)

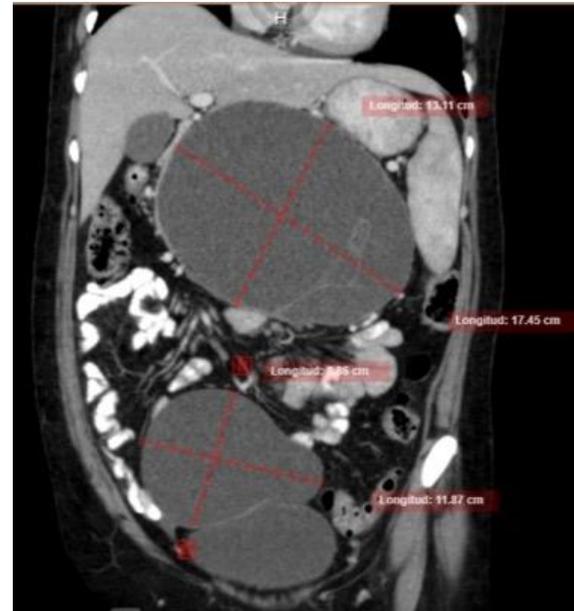
Caso Clínico

Paciente femenino de 57 años. Con antecedentes de hipertensión arterial de 15 años de diagnóstico en tratamiento con losartán.

Acude a consulta refiriendo cuadro de 1 año de evolución caracterizado por distensión abdominal progresiva, saciedad temprana, dolor abdominal tipo cólico intermitente intensidad 3/10, que cede con analgésicos tipo AINE. A la exploración física se encuentra abdomen globoso a expensas de masa palpable de predominio epimesogástrico de 10x12 cm de diámetro, que se desplaza caudalmente con la inspiración forzada. Peristalsis presente normoactiva. Sin presencia de dolor a la palpación, ni datos de irritación peritoneal. Se realiza ultrasonido abdominal el cual describe lesión quística dependiente de páncreas con

dimensiones de 152mm x 128mm x 159 mm y un volumen aproximado de 1639 ml. Se ingresa a hospitalización para realizar protocolo de estudio con tomografía computarizada abdominopélvica con contraste intravenoso (Figura 1). Se observa lesión quística dependiente de páncreas, con medidas de 167mm x 127mm en corte transversal y 131mm x 174mm en corte coronal, así como lesión quística dependiente de ovario derecho de 118 mm x 88 mm.

Figura 1. Tomografía de abdomen con contraste intravenoso Corte coronal en fase arterial. Se observa lesión quística de 167mm x 127 mm dependiente de cuerpo y cola de páncreas, así como lesión quística dependiente de ovario derecho con dimensiones de 118 mm x 88mm



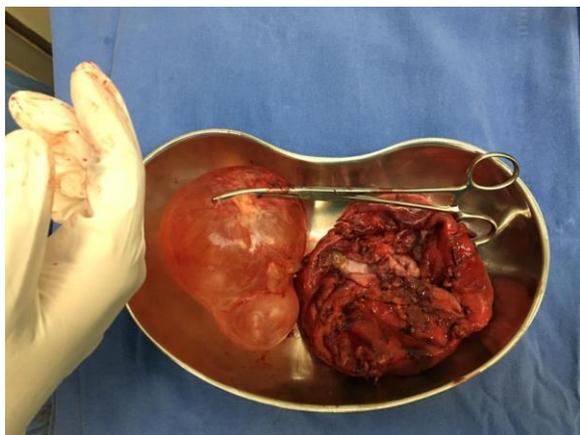
Se solicitan estudios de laboratorio prequirúrgicos y marcadores tumorales con los siguientes resultados: Leucocitos 3.7 mm³, neutrófilos 42%, hemoglobina 11.4 g/dL, plaquetas 130.000 mm³, glucosa 92 mg/dL, creatinina sérica 0.78 mg/dL, alfafetoproteína 1.23, antígeno carcinoembrionario 1.28 ng/ml, CA-125 31.7 U/ml, CA-19.9 63.3 U/ml.

Con el protocolo prequirúrgico completo se realiza laparotomía en línea media supra e infraumbilical con los hallazgos de: Quiste ovárico derecho de 10x8 cm con contenido líquido de aspecto seroso, quiste ovárico izquierdo de 3x2 cm, y tumor quístico de páncreas de aproximadamente 18 cm x 15 cm,

multilobulado, de pared irregular con calcificaciones puntiformes difusas, contenido líquido mucinoso, con pared posteroinferior adherida a pared anterior de la vena porta el cual se drena para facilitar su separación de la porta (figura 2). Se realiza pancreatometomía distal con preservación esplénica, resección de tumor quístico de páncreas, salpingooforectomía derecha y resección de quiste ovárico izquierdo. Finaliza procedimiento quirúrgico sin complicaciones transoperatorias reportándose un sangrado de 250 ml.

Al observar adecuada evolución posoperatoria se indica deambulación, y se inicia dieta líquida a las 48 horas con progresión de la misma, tolerando dieta completa al cuarto día postoperatorio. Sin datos de complicaciones posoperatorias mediatas se egresa a domicilio al sexto día postquirúrgico sin complicaciones. Se obtiene reporte de estudio histopatológico, el cual describe cistoadenoma seroso de ovario izquierdo y derecho. Neoplasia quística mucinosa de páncreas negativa a malignidad con bordes quirúrgicos libres de lesión. Se da seguimiento en cita de control a los 15 días del egreso con adecuada evolución y sin evidencia de complicaciones.

Figura 2. Piezas quirúrgicas, la izquierda: lesión quística dependiente de ovario derecho. A la derecha: lesión quística dependiente de páncreas.



Discusión

Las neoplasias mucinosas de páncreas comprenden aproximadamente el 2.5% de los tumores pancreáticos exócrinos. Una de las

teorías acerca de su localización se debe a la proximidad de la cola del páncreas y las gónadas femeninas durante la vida embriológica, (7) lo que podría explicar el predominio de sexo de la patología. El uso del ultrasonido endoscópico provee ventajas al protocolo de estudio en cuanto a que ayuda a definir las características de la pared tumoral y permite realizar un examen citológico del contenido por aspiración con aguja fina, sobre todo en pacientes sin lesiones de riesgo, pero que tampoco cumplen criterios de cistoadenoma seroso. (4) Aunado a esto, la citología tiene una especificidad mayor o igual al 96% para diagnosticar malignidad, lo que permite realizar un plan de tratamiento preoperatorio. (4) Asimismo, se ha propuesto a el antígeno carcinoembrionario medido en el líquido del quiste, como un biomarcador con un valor predictivo positivo de 94% para diagnosticar cistoadenomas y cistoadenocarcinomas mucinosos, con un valor de corte de 192 ng/ml. (8) Se recomienda la resección de lesiones quística de páncreas mayores a 3 cm de diametro en pacientes aptos físicamente, por el riesgo de degeneración maligna. (9) La tasa de supervivencia se aproxima al 100% a 5 años, si se acompaña de una resección con bordes libres, a diferencia de una enfermedad invasora, cuya tasa de supervivencia es de aproximadamente 28% a 5 años. (7) El seguimiento postquirúrgico de rutina no se recomienda en lesiones reseadas con bordes libres y sin displasia de alto grado o malignidad en la pieza quirúrgica. (10)

No se encuentra reportado en la literatura nacional o internacional una asociación de quistes mucinosos de páncreas y cistoadenoma seroso ovárico por lo que sería interesante estudiar en este tipo de pacientes factores que pudieran predisponer a la coexistencia de ambas patologías para hacer un abordaje diagnóstico y terapéutico eficiente.

Las lesiones quísticas de páncreas requieren un protocolo de estudio minucioso, y una conducta radical en cuanto al tratamiento. Aunque el ultrasonido endoscópico está indicado como parte del protocolo de estudio, en los centros donde no se cuenta con dicho recurso, es posible

valerse de otros estudios radiológicos para tomar una decisión terapéutica en pacientes seleccionados. En este caso, se trató de un paciente joven con riesgo quirúrgico bajo y hallazgos tomográficos de riesgo alto (lesión sintomática, tamaño >3cm y crecimiento acelerado), por lo que se tomó la decisión de tratamiento quirúrgico, con buenos resultados postoperatorios.

Referencias

1. Farrell JJ. Prevalence, diagnosis and management of pancreatic cystic neoplasms: current status and future directions. *Gut Liver*. 2015 Sep 23;9(5):571-89. DOI: 10.5009/gnl15063.
2. Cohen S, Kagen AC. Preoperative evaluation of a pancreas mass: diagnostic options. *Surg Clin North Am*. 2018 Feb;98(1):13-23. DOI: 10.1016/j.suc.2017.09.002.
3. Feldman MK, Gandhi NS. Imaging evaluation of pancreatic cancer. *Surg Clin North Am*. 2016 Dec;96(6):1235-1256. DOI: 10.1016/j.suc.2016.07.007.
4. Stark A, Donahue TR, Reber HA, Hines OJ. Pancreatic Cyst Disease: A Review. *JAMA*. 2016 May 3;315(17):1882-93. doi: 10.1001/jama.2016.4690.
5. Ammori JB, Choong K, Hardacre JM. Surgical therapy for pancreatic and periampullary cancer. *Surg Clin North Am*. 2016 Dec;96(6):1271-1286. DOI: 10.1016/j.suc.2016.07.001.
6. Shackelford, R., Yeo, C. and Peters, J. (2018). *Shackelford's surgery of the alimentary tract*. 8th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier, pp.1158-1170.
7. Ketwaroo GA, Morteale KJ, Sawhney MS. Pancreatic cystic neoplasms: an update. *Gastroenterol Clin North Am*. 2016 Mar;45(1):67-81. DOI: 10.1016/j.gtc.2015.10.006.
8. Kaplan JH, Gonda TA. The use of biomarkers in the risk stratification of cystic neoplasms. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2018 Oct;28(4):549-568. DOI: 10.1016/j.giec.2018.05.006.
9. Tanaka M, Fernández-Del Castillo C, Kamisawa T, Jang JY, Levy P, Ohtsuka T, et al. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. *Pancreatology*. 2017 Sep - Oct;17(5):738-753. DOI: 10.1016/j.pan.2017.07.007.
10. Ridditid W, Al-Haddad MA. Endoscopic ultrasound imaging for diagnosing and treating pancreatic cysts. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2017 Oct;27(4):615-642. DOI: 10.1016/j.giec.2017.06.004.