

## Cartas al Director

### Cistoadenoma gigante de páncreas. Una entidad poco frecuente

*Palabras clave:* Neoplasias quísticas. Páncreas. Cistoadenoma.

*Key words:* Cystic neoplasms. Pancreas. Cystadenoma.

*Sr. Director:*

Los cistoadenomas (CA) son la variedad más frecuente de neoplasias quísticas pancreáticas. Son más frecuentes en mujeres de mediana edad. La clínica es inespecífica, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente. Existen dos variedades, el cistoadenoma mucinoso, que cuando degenera se denomina cistoadenocarcinoma, y el seroso (1).

Presentamos un caso de cistoadenoma probablemente seroso, con afectación completa del páncreas, lo cual es excepcional en la literatura revisada.

#### Caso clínico

Mujer de 58 años remitida por malestar abdominal. Intervenido de carcinoma de mama en 1996. Un año después, en ecografía y TAC abdominales de control, se descubre una masa multiquística pancreática, con punción aspiración biopsia negativa para células malignas. Asintomática hasta el año 2000 en que comenzó con dolor abdominal sordo. La exploración física y analítica fue rigurosamente normal. Marcadores tumorales en sangre (CEA, Ca 125 y Ca 19.9) negativos. Ecografía abdominal: múltiples formaciones quísticas a nivel de toda la celda pancreática, multitablecadas, con componente sólido y algunas con microcalcificaciones, de diverso tamaño, siendo el mayor de 3 cm, y sin flujo en su interior. Todo ello compatible con cis-



Fig. 1.- RMN con contraste: múltiples formaciones quísticas que engloban todo el páncreas.



Fig. 2.-

toadenoma pancreático gigante. En TAC abdominal (Fig. 1) y RMN con contraste (Fig. 2) se ratifican dichos hallazgos. Se realiza punción aspiración con aguja fina de uno de los quistes, no observándose células malignas. Los marcadores tumorales en el líquido quístico muestran Ca 125: 786 UI/ml (vn: 0-35), Ca 19.9: 174 UI/ml (vn: 0-37), y CEA normal. Se diagnostica de cistoadenoma gigante de páncreas, probablemente seroso. La paciente no ha presentado cambios clínicos ni radiológicos desde el primer estudio de imagen hace ya 6 años. Tras comentarlo con la interesada y con el Servicio de Cirugía, ambos rechazan por el momento tratamiento quirúrgico.

### Discusión

El CA mucinoso es la más frecuente de las neoplasias quísticas pancreáticas, suele localizarse en cuerpo y/o cola, y están compuestos por uno o más macroquistes (mayores de 5 ó 6 cm) y con células secretoras de moco. Presentan elevado riesgo de degeneración y la mayoría son malignos en el momento del diagnóstico (2).

El CA seroso es el segundo en frecuencia. No tiene predilección por una zona concreta de la glándula y está formado por un conjunto de microquistes, delimitados por células ricas en glucógeno. Presenta muy bajo potencial de degeneración maligna (3). Por tanto, es muy importante diferenciar ambos tipos aunque en muchas ocasiones resulta imposible de forma preoperatoria, ya que una característica de estos tumores es la presencia de un recubrimiento celular discontinuo que hace muy difícil el diagnóstico por aspiración o biopsia.

Las diversas técnicas de imagen no permiten un diagnóstico definitivo de la variedad histológica. El examen citológico del quiste puede permitir el diagnóstico si aparecen células ricas en glucógeno (CA seroso) o células con mucina (CA mucinoso), pero no son infrecuentes los falsos negativos. Respecto a la determinación de marcadores tumorales en el líquido quístico, niveles de Ca 19.9 iguales o superiores a 50 UI/ml y niveles elevados de Ca 72.4, tienen una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de tumores mucinosos. Del mismo modo, niveles de CEA iguales o inferiores a 5 ng/ml, son muy sugestivos de CA seroso. La biopsia intraoperatoria sólo es definitiva

cuando es positiva para células malignas; si es negativa, no puede considerarse concluyente por la discontinuidad de la mucosa interna epitelial de estas neoplasias. Por tanto, no existe una técnica que permita diferenciar entre ambos tipos de cistoadenoma con total seguridad (4, 5).

En cuanto al manejo de estas lesiones, si se trata de un CA seroso sintomático y/o con crecimiento progresivo, se recomienda pancreatectomía distal si el tumor asienta en cuerpo o cola, y duodeno-pancreatectomía total si se localiza en cabeza pancreática. Si el CA seroso es pequeño, asintomático o sin crecimiento, puede ser observado dado el bajo potencial de degeneración maligna. Si fuera un CA mucinoso, siempre habría que realizar exéresis quirúrgica (2,6).

El manejo de este caso es complicado, ya que se trata de un tumor gigante probablemente seroso, con posible alternativa quirúrgica muy agresiva.

M. A. Medranda Gómez, H. Salama Benarroch, R. García Selligrat, J. Mercader, F. Gallardo Sánchez y C. Garre

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

### Bibliografía

1. Fernández del Castillo C, Warshaw AL. Cystic tumours of the pancreas. *Surg Clin North Am* 1995; 75: 1001-16.
2. Nocchi Kalil A, Lichtenfels E, et al. Management of cystic neoplasms of the pancreas. *Hepato-Gastroenterology* 2002; 49: 1432-5.
3. Grieshop NA, Wiebke EA, Kratzer SS, Madura JA. Cystic neoplasm of the pancreas. *Am Surg* 1994; 60: 509.
4. Sperti C, Pasquali C, Guolo P, et al. Serum tumor markers and cyst fluid analysis are useful for the diagnosis of pancreatic cystic tumors. *Cancer* 1996; 78: 237.
5. Le Borgne J, De Calan L, Partensky C. Cystadenomas and cystadenocarcinomas of the pancreas. A multiinstitutional retrospective study of 398 cases. *Ann Surg* 1999; 230: 152.
6. Echenique Elizondo M, Lirón de Robles C, Amondarain Arratibel JA, Ruiz Díaz I, Gómez Dorronsoro ML. Cystadenoma of the pancreas: presentation of 3 new cases. *Revista Española de Enfermedades de Aparato Digestivo* 1989; 75 (6): 593-6.