

Cartas al Director

Masa multiquística benigna de cabeza de páncreas que simula la existencia de neoplasia quística pancreática

Palabras clave: Neoplasia quística. Pancreatitis crónica. Páncreas.

Key words: Cystic neoplasm. Chronic pancreatitis. Pancreas.

Sr. Director:

Las lesiones quísticas pancreáticas, a excepción del pseudoquistes, son causadas habitualmente por neoplasias quísticas. Es infrecuente la aparición de lesiones quísticas o que simulan quistificación de origen no neoplásico. Presentamos el caso de una enfermo con masa multiquística en cabeza de páncreas debido a pancreatitis crónica, con diagnóstico preoperatorio de proceso neoplásico quístico, debido a la excepcionalidad del proceso, y a la necesidad de un correcto diagnóstico diferencial, que evite morbi-mortalidad asociada al tratamiento quirúrgico, cuando el debut de la pancreatitis crónica es mediante masa en cabeza pancreática que puede simular un cáncer de páncreas, o como en nuestro caso, una neoplasia quística.

Enfermo varón de 53 años de edad, sin antecedentes personales de interés, ingresa en nuestro Servicio por abdominalgia difusa inespecífica, astenia, pérdida de peso, e ictericia cutáneo-mucosa. *EF:* dolor leve a la exploración en hipocondrio derecho, donde se palpa masa no filiada. *Analítica al ingreso:* hemograma: Le, 13.500 (79%). Estudio de coagulación en límites de normalidad. Bioquímica: BbT, 8,5 mg/dl (BbD, 7,8 mg/dl). GOT, 189 UI/L; GPT, 340 UI/L; GGT, 757 UI/L. Amilasa, 168 UI/L. Se realizó ecografía y tomografía computerizada, TC abdomenopélvicos que evidenciaron la existencia de dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, debido a masa en cabeza pancreática de 8 cm de diámetro máximo con límites definidos

y contenido heterogéneo con áreas quísticas, que fue diagnosticado de cistoadenoma-cistoadenocarcinoma (Fig. 1). Tras mejoría clínico-radiológica, el enfermo fue intervenido quirúrgicamente ante la necesidad de filiación histológica de la masa pancreática y existencia de sintomatología asociada. Se realizó duodenopancreatectomía radical cefálica con preservación pilórica. El postoperatorio se caracterizó por infección de herida quirúrgica, siendo dado de alta al decimoquinto día postoperatorio. El informe anatomopatológico fue de pancreatitis evolucionada, con zonas de necrosis, hemorrágicas y quísticas, rodeadas por áreas de fibrosis e inflamación crónica y xantulo-granulomatosa pancreática (Fig. 1).

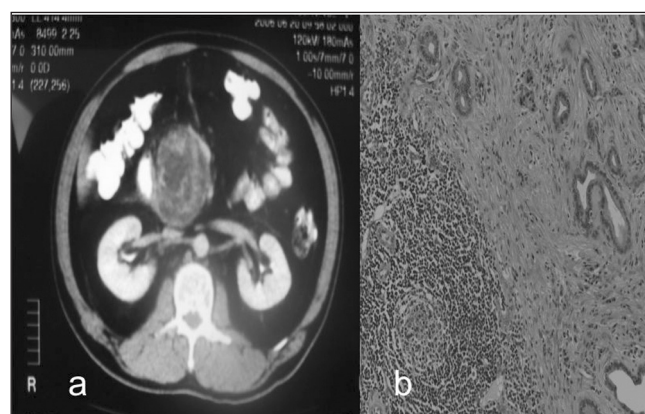


Fig. 1. a. TC que evidencia masa multiquística en cabeza pancreática. b. Examen microscópico de la pieza que muestra pancreatitis aguda evolucionada con zonas de necrosis, hemorragia y formación de pseudoquistes, así como zonas de pancreatitis crónica con fibrosis e inflamación crónica.

La presentación de una pancreatitis crónica como masa focal, pancreatitis pseudotumoral, constituye un estadio inusual previo a la inflamación difusa pancreática. Se caracteriza por la existencia de esclerosis perilobular e intralobular, desestructu-

ración acinar y dilatación ductal interlobular debido a cicatrización por actividad proteolítica o por infiltración linfoplasmocitaria autoinmune (1-4). La similitud clínico-radiológica dificulta el diagnóstico diferencial con una neoplasia pancreática a pesar de la utilización de métodos de imagen como TC, RNM, y ecoendoscopia. Tras descartar los pseudoquistes pancreáticos, el resto de patologías que incluiremos en el diagnóstico diferencial incluye la neoplasia quística mucinosa, neoplasia intraductal papilar mucinosa, neoplasia serosa quística y pseudopapilar sólida, adenocarcinoma con degeneración quística, linfangioma quístico, sarcoma y cistoadenocarcinoma. Incluiremos además los quistes congénitos epiteliales, endometriales, hidatídicos y de retención como en nuestro enfermo (5). El TC es el método de imagen de elección en la pancreatitis crónica con sensibilidad y especificidad del 90 y 80% respectivamente, aunque en nuestro caso resultó imposible detectar comunicación entre los conductos pancreáticos y los quistes. El examen citológico del contenido quístico puede no ser de utilidad ante la dificultad de obtener suficiente muestra, e incluso el análisis de marcadores intraquísticos como CEA, antígeno carcinoembrionario, puede dejar de identificar hasta el 25% de las lesiones (6). Por lo tanto debido a la dificultad de realizar un diagnóstico correcto ante una masa multiquística en cabeza de páncreas, el tratamiento deberá ser la resección quirúrgica, como en nuestro caso, para conseguir filiación histológica definitiva, y evitar las complicaciones que se derivan del crecimiento de la lesión.

No obstante ante la aparición de una masa multiquística en cabeza pancreática deberíamos utilizar todo nuestro arsenal diagnóstico para reconocer la benignidad o malignidad del proceso patológico, aunque los métodos clínico-radiológicos ac-

tuales no permiten actualmente con toda seguridad predecir malignidad, para evitar un tratamiento agresivo con elevada morbilidad asociada.

T. Cubo, D. Padilla, P. Villarejo, P. Menéndez, R. López¹
y D. Gambí

Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo y ¹Anatomía Patológica. Hospital General. Ciudad Real

Bibliografía

1. Sawai H, Tanaka M, Funahashi H, Yamamoto M, Miyamae T, Okada Y, et al. Tumor-forming pancreatitis diagnosed preoperatively as intraductal papillary-mucinous tumor: report of a case. *Pancreas* 2003; 26: 207-10.
2. Lammer J, Herlinger H, Zalaudek G, et al. Pseudotumorous pancreatitis. *Gastrointest Radiol* 1985; 10: 59-67.
3. Takase M, Suda K. Histopathologic study on mechanism and background of tumor-forming pancreatitis. *Pathol Int* 2001; 51: 349-54.
4. Kubo H, Chijiwa Y, Akahoshi K, et al. Intraductal papillary-mucinous tumors of the pancreas: differential diagnosis between benign and malignant tumors by endoscopic ultrasonography. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1429-34.
5. Gogh BKP, Tan YM, Chung YF, Chow PKH, Ong HS, Lim DTH, et al. Non-neoplastic cystic and cystic-like lesions of the pancreas: may mimic pancreatic cystic neoplasms. *ANZ J Surg* 2006; 76: 325-31.
6. Hartel M, Wente MN, Friess H, Büchler MW, Calvo-Pulido J. Pancreatitis crónica-etilogía, diagnóstico y tratamiento. En: Moreno-González E, Meneu-Díaz JC, Hidalgo-Pascual M, editores. Actualización en cirugía del aparato digestivo. Madrid: Jarpyo Editores S.A. 2004; 11: 497-518.