

CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO DE PÁNCREAS**MUCINOUS CYSTADENOCARCINOMA OF PANCREAS**

Néstor R. Davies, Lucas E. Viotto, Andrés C. Kasparian, Walter A. Moreno, Luis

Gramática (h).

Resumen

El cistoadenocarcinoma mucinoso de páncreas representa entre un 6- 36% del total de las neoplasias quísticas mucinosas de páncreas. Son tumores únicos localizados en cuerpo o cola de páncreas con un tamaño que varía entre 6 y 36 cm. Presentamos un caso de una paciente, de 63 años de edad, con dolor abdominal, y pérdida de peso. Se le solicitan estudios complementarios por imágenes. Se realiza tratamiento quirúrgico mediante esplenopancreatectomía corporocaudal con resección de colon transverso.

Buena evolución post operatoria

Palabras claves: Tumores quísticos mucinosos, cistoadenocarcinoma mucinoso, esplenopancreatectomía corporocaudal con resección de colon transverso

Abstract

Mucinous cystadenocarcinoma of the pancreas represents around 6-36% of mucinous cystic neoplasm. The lesions are usually found in the body and tail of the pancreas and are generally solitary with a size range of 6-36 cm. We present a clinical case of a 63 years old patient with abdominal pain and weight loss. We used radiographic imaging studies.

It was treated with surgery by distal pancreatectomy with splenectomy and transverse colectomy.

Patient was not post operative complications.

Key words: Mucinous cyst neoplasms, mucinous cystadenocarcinoma, distal pancreatectomy with splenectomy and transverse colectomy

Servicio de Cirugía "Juan Martín Allende", Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina.

Davies Néstor Ricardo: Hospital Nacional de Clínicas, calle Santa Rosa 1564, Barrio Alberdi, Córdoba, Argentina, C.P 5000.

Teléfono 433701. davies_ricardo@yahoo.com

Enviado: 01/08/2009

Aceptado: 01/10/2009

Introducción:

Los tumores quísticos mucinosos del páncreas representan entre un 45%-50% del total de las neoplasias quísticas del páncreas (1). La prevalencia de la variante cistoadenocarcinoma mucinoso es del 6-36% según las series (4). Afecta

predominantemente a mujeres (84%) entre los 60 y 70 años (5). Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y pérdida de peso en el 70 al 80% de los casos (2). Son tumores únicos localizados en cola o cuerpo de páncreas (90%) con un tamaño que varía entre los 6 y 35 cm de

diámetro (3).

Caso clínico

Mujer de 63 años, sin antecedentes patológicos, refiere dolor abdominal localizado en epigastrio e irradiado hacia hipocondrio izquierdo de 7 meses de evolución con una pérdida de peso de 5 kg de similar tiempo, sin otros síntomas acompañantes. Ex Físico: Tumor palpable en epigastrio e hipocondrio izquierdo, de aproximadamente 10 cm de diámetro, fijo, pétreo, indoloro. Esplenomegalia.

Tratamiento

Espleno pancreatectomía corporo caudal con resección segmentaria de colon transverso.

Evolución

Signos vitales y diuresis dentro de parámetros normales, tolera dieta al quinto día post operatorio, alta hospitalaria al séptimo día.

Discusión

Dentro de los estudios diagnósticos y preoperatorios, se deben considerar los imagenológicos y los genéticos; dentro de los primeros el uso combinado de ecografía, tomografía computada y resonancia magnética de abdomen con colangiografía brindan una sensibilidad diagnóstica cercana al 90%; debiendo aclarar que otros métodos como la endoscopia digestiva alta y la eco endoscopia no tienen una indicación sistemática (1,2).

Por su parte, los estudios genéticos, que en la actualidad no tienen uso rutinario, reflejan mutaciones en el oncogén KRAS 2 del cromosoma 12 p en el 89% de los casos, no obstante la certeza es histopatológica (100% de los casos), caracterizada por células epiteliales con alto o bajo carcinomas (3). El tratamiento es la resección quirúrgica "R0", pre-

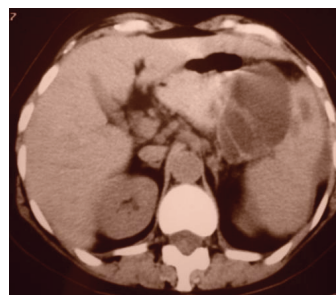
sentando de todas maneras una alta tasa de recurrencia (90%) loco regional y a distancia, generando de esta manera una sobrevida global de un 20% a 5 años (4). El seguimiento se realiza mediante T.A.C o Resonancia magnética cada 6 meses.

Los marcadores tumorales CEA y CA 19-9 carecen de valor en el seguimiento de este tipo de neoplasia (4,5). El uso de adyuvancia con quimioradioterapia es controvertido si bien existen datos que podrían mejorar la sobrevida de estos pacientes (4,5). grado de displasia invadiendo la membrana basal; el estroma ovárico con receptores de estrógenos y progesterona se observa en un 6 - 27% de estos

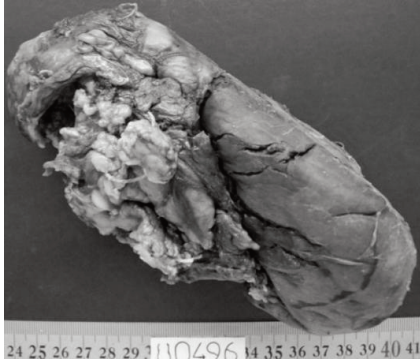
Ecografía (fig. 1): formación de aspecto quístico (139 x 79 x 89 mm), en cola y cuerpo de páncreas.



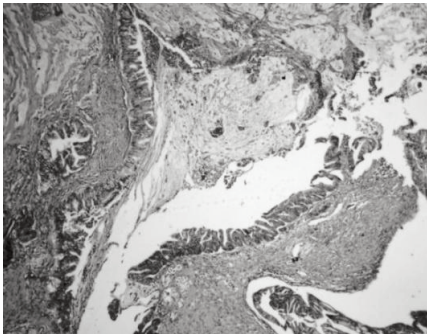
T.A.C. (fig. 2): Tumor quístico corporocaudal de páncreas (100 x 80 mm) poli-lobulado, de paredes gruesas e irregulares. Esplenomegalia con imágenes sugestivas de implante



Pieza quirúrgica (fig.3): Lesión quística de cola y cuerpo de páncreas, irregular, parcialmente abierta y evacuada. Bazo con cápsula despulida y opaca.



Microscopía (fig.4): cistoadenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado con componente mucinoso extracelular



Bibliografía

1. Hutchins G, Dragow P. Cystic neoplasm of the pancreas. A diagnostic challenge. *World j. Gastroenterol.* Jan, 2009;V.15(1).
2. Lee CJ, Sheiman J. Risk of malignancy in resected cystic tumors of the pancreas < 3cm in size: Is it safe to observe asymptomatic patients?. A multiinstitutional reports. *J gastrointestinal surg*, 2008; 12: 234-242
3. Garcea G, Ong GL. Cystic lesion of the pancreas. A diagnostic and management dilemma. *Pancreatology*, 2008; 8: 236-251
4. Tanaka M, Fernandez-del Castillo C. International consensus guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm and mucinous cystic neoplasm of the pancreas. *Pancreatology*, 2006.6:17-32.
5. Fernández j. Tumores quísticos del páncreas. Revisión de la literatura. *Cir. Esp.*, 2003; 73(5): 297-308