

Cistoadenocarcinoma Seroso de Páncreas: Reporte de un caso

Autores Lourdes Márquez , Denny Castro, Rossana Ramírez, Simón Peraza, Olga Silva, Ángel Rivera

Afiliación Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" San Cristóbal, Estado Táchira- Venezuela

Autora de Correspondencia: Dra. Lourdes Márquez. Correo: lourdesmarquez105@gmail.com ORCID: [0000-0002-3800-2584](https://orcid.org/0000-0002-3800-2584)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2021; 75(2): 80-84.

© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.

Fecha de recepción: 15/04/2021

Fecha de revisión: 19/04/2021

Fecha de Aprobación: 24/05/2021

Resumen

Las neoplasias quísticas de páncreas corresponden a 1% de todas las neoplasias malignas pancreáticas. Dentro de estas lesiones, conocemos que el cistoadenoma seroso es una de las más frecuentes, considerado de comportamiento e histología benigna, es diagnosticado principalmente en mujeres a partir de la 6ª década de vida. Sin embargo, las características de malignización de esta lesión ha sido escasamente reportada en la literatura y el diagnóstico se realiza al observar infiltración neoplásica en el tejido circundante o la presencia de metástasis a distancia. A continuación, presentamos el caso de un paciente de sexo femenino, en edad reproductiva, con dolor abdominal en mesogastrio y el hallazgo incidental en ultrasonido abdominal de una lesión quística hacia cuerpo y cola de páncreas. Ante las características imagenológicas se plantea el diagnóstico de cistoadenoma seroso de páncreas y es enviada a cirugía. Tras el análisis anatomopatológico se aprecia infiltración glandular irregular hacia la pared de la lesión dando el criterio para malignidad. Se realiza breve revisión bibliográfica del tema y se resaltan las características patológicas de la lesión para su identificación.

Palabras clave: neoplasia quística de páncreas, Cistoadenoma seroso de páncreas, cistoadenocarcinoma seroso de páncreas.

Serous cystadenocarcinoma of the pancreas: a case report

Summary

Cystic neoplasms of the pancreas account for 1% of all pancreatic malignancies. Among these lesions, we know that serous cystadenoma is one of the most frequent, considered benign behavior and histology, it is diagnosed mainly in women from the 6th decade of life. However, the malignant

characteristics of this lesion have been scarcely reported in the literature and the diagnosis is made by observing neoplastic infiltration in the surrounding tissue or the presence of distant metastases. Next, we present the case of a female patient, of reproductive age, with abdominal pain in the mesogastrium and the incidental finding on abdominal ultrasound of a cystic lesion towards the body and tail of the pancreas. Given the imaging characteristics, the diagnosis of pancreatic serous cystadenoma was raised and she was sent to surgery. After the pathological analysis, irregular glandular infiltration towards the wall of the lesion was observed, giving the criterion for malignancy. A brief bibliographic review of the subject is carried out and the pathological characteristics of the lesion are highlighted for their identification.

Key words: pancreatic cystic neoplasm, pancreatic serous cystadenoma, pancreatic serous cystadenocarcinoma.

Introducción

Los tumores quísticos malignos del páncreas son muy raros y representan alrededor del 1% de todas las neoplasias malignas pancreáticas^{1,2}, siendo descrito por primera vez el cistoadenocarcinoma seroso de páncreas por George y col., en el año 1989³, demostrándose desde ese entonces un alto potencial maligno de esta entidad con alto riesgo de producción de lesiones metastásicas a distancia, así como infiltración vascular y perineural²⁻⁴, con escaso reporte de casos descritos hasta la fecha⁶.

Caso clínico

Paciente femenina de 27 años, sin comorbilidades, con sintomatología de 1 semana de evolución caracterizado por dolor abdominal de aparición insidiosa, localizado en epigastrio e hipocondrio izquierdo, de carácter urente, de moderada a

fuerte intensidad que irradia a región dorsal, con alivio parcial tras automedicación con analgésicos no esteroideos. Concomitantemente, refiere náuseas y vómito de contenido alimentario, número de 3 al día, por lo que acude a facultativo quien realiza ecografía abdominal, donde observa una lesión ocupante de espacio a nivel de cuerpo y cola de páncreas, circunscrita, ecomixta, a predominio anecoico, con septos en su interior, con volumen aproximado de 149ml. En estudio de endoscopia digestiva superior se observa área de compresión extrínseca en cámara gástrica hacia cuerpo alto, cara posterior (Figura 1). Por lo que se indica la realización de Ultrasonido endoscópico, con hallazgo de imagen circunscrita, localizada hacia cuerpo y cola de páncreas (6,8x6,6x6,2cm) bien definida, ecomixtae imágenes hipocogicas (septos) en su interior, función doppler positivo, de 6cm de diámetro, sin evidencias de adenopatías adyacentes o lesiones hepáticas focales (Figura 2).

Así mismo, se indica la realización de tomografía computarizada de abdomen y pelvis con doble contraste donde destaca a nivel de cuerpo y cola de páncreas lesión circunscrita con contenido de densidad variable, septada y, realce de sus bordes tras la administración de contraste endovenoso (Figura 3). Se realiza perfil bioquímico y cuantificación de CA 19-9, dentro de límites normales.

La paciente es referida al servicio de cirugía oncológica donde realizan laparotomía Exploradora: Pancreatectomía parcial cefalo-caudal más esplenectomía, con hallazgo quirúrgico de neoplasia en cuerpo de páncreas de 2 x 1,8cm, con área de retracción central, indurada. No es reportado durante el acto quirúrgico la presencia de enfermedad a distancia o liquido libre en cavidad. Al corte de la pieza quirúrgica, se observa una

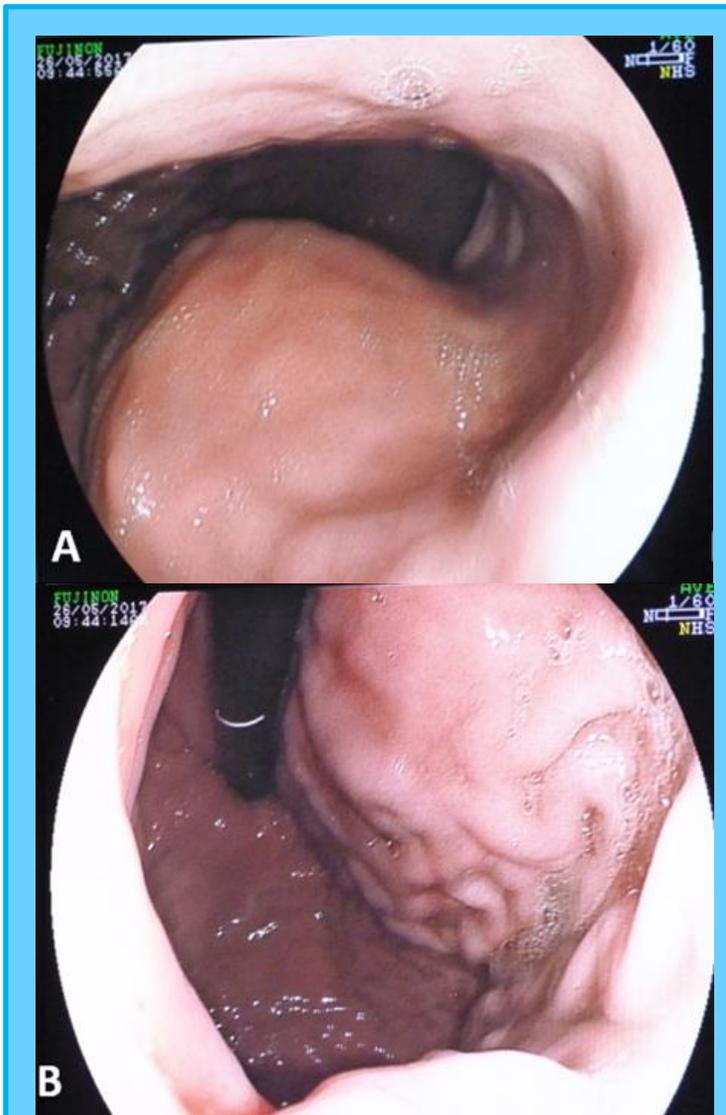


Figura 1. Endoscopia digestiva superior. (A) Área de compresión extrínseca hacia cuerpo alto, cara posterior. (B) Vista de la compresión extrínseca en retroflexión.

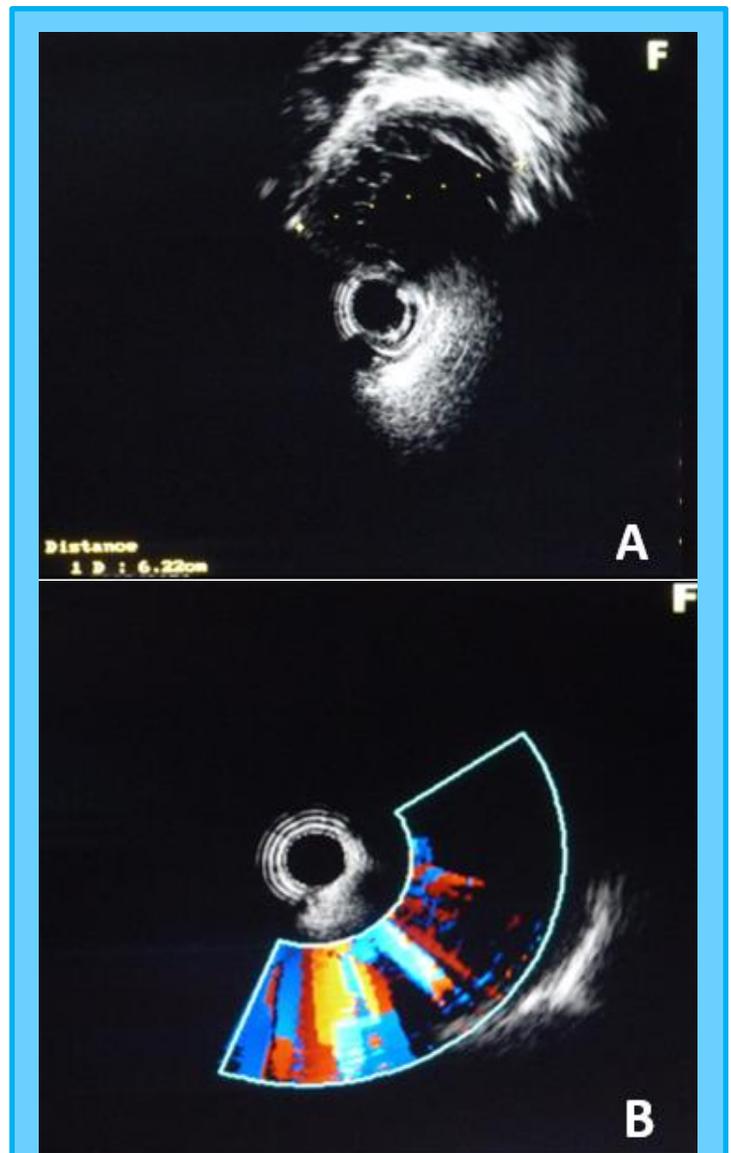


Figura 2. Ultrasonido endoscópico radial de páncreas. (A) Cuerpo de páncreas lesión de pared bien definida, contenido eco mixto a predominio anecoico con áreas hipocogicas (septos). (B) Vista de la lesión con función doppler (positiva).

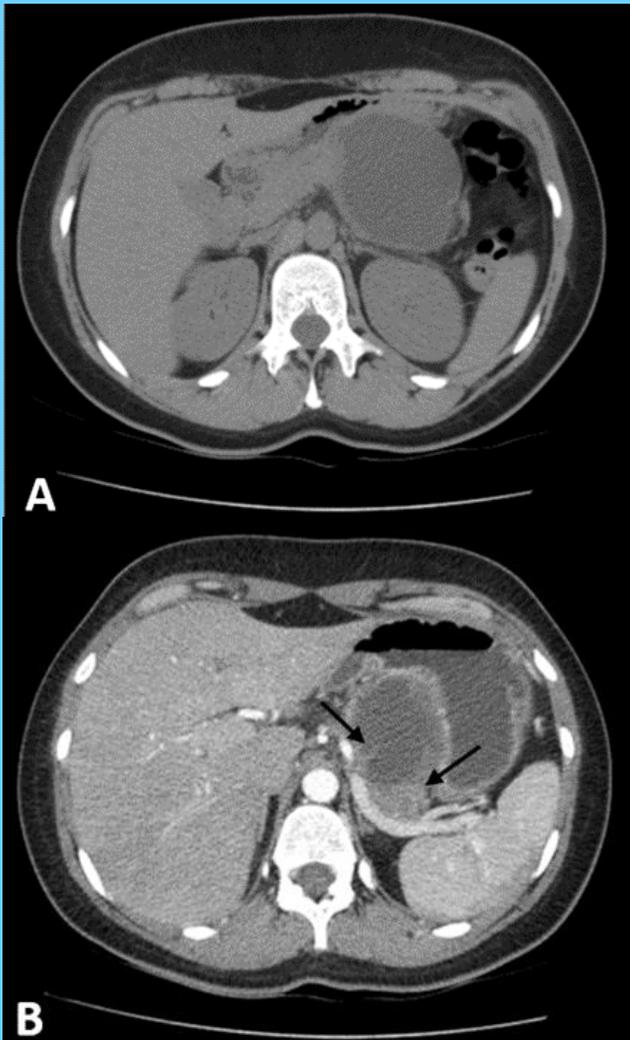


Figura 3. Tomografía de abdomen y pelvis con doble contraste. (A) hacia cuerpo y cola de páncreas lesión circunscrita, aspecto quístico (fase simple). (B) Captación de contraste en fase arterial con realce de los márgenes y septos de la lesión (flechas).

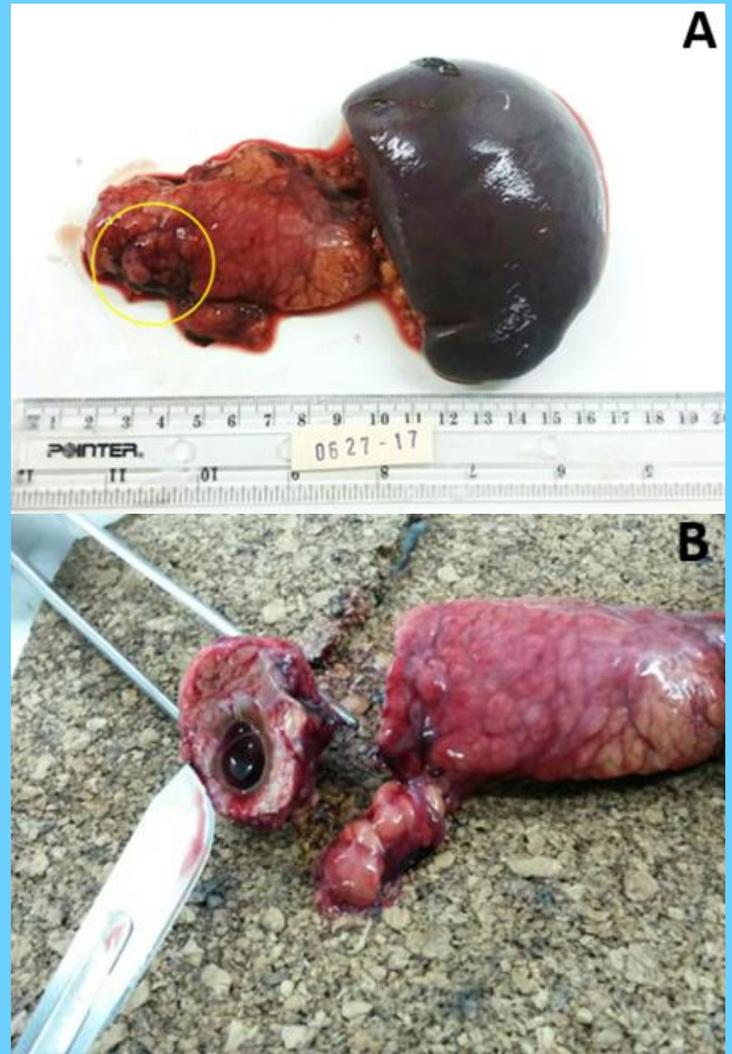


Figura 4. Pieza quirúrgica en fresco. (A) Cuerpo y cola de páncreas, bazo. Hacia el cuerpo de páncreas lesión deprimida, (circulo) con área de retracción central (B) Corte de la lesión previo a su fijación en formol, área quística con necrosis central.

lesión de aspecto heterogéneo, de bordes sólidos con área quística central de 1cm de diámetro (figura 4). No se evidencian ganglios peri-pancreáticos, ni infiltración a estructuras vasculares en el estudio de la pieza anatomopatológica.

Durante el análisis histopatológico, el tejido es teñido con hematoxilina- eosina. Se aprecia cavidad quística revestida por epitelio cubico simple que descansa sobre tejido conectivo denso. Hacia la pared quística se aprecian estructuras glandulares que infiltran de forma irregular el espesor de la pared, con glándulas empaquetadas con poca atipicidad nuclear y pérdida de polaridad e hiperchromía de los núcleos, reportándose: cistoadenocarcinomaoligoquístico seroso de páncreas, tamaño tumoral 2x1,8cm, confinado al cuerpo del páncreas, sin invasión linfovascular o perineural y márgenes libres de neoplasia. (Figura 5).

Discusión

Los tumores quísticos malignos del páncreas son muy raros y representan alrededor del 1% de todas las neoplasias pancreáticas^{1,7}. El cistoadenoma seroso representa numéricamente la entidad más común, con presentaciones morfológicas variables: macroquística, microquística, oligocística o variedad sólida, considerada desde sus inicios como una entidad benigna⁸. Hacia el año 1989 George et al.⁹, describieron por primera vez un caso de cistoadenomamicroquístico seroso que se comportaba de forma maligna, desde entonces se han descrito aproximadamente 30 casos en la literatura^{10,11}.

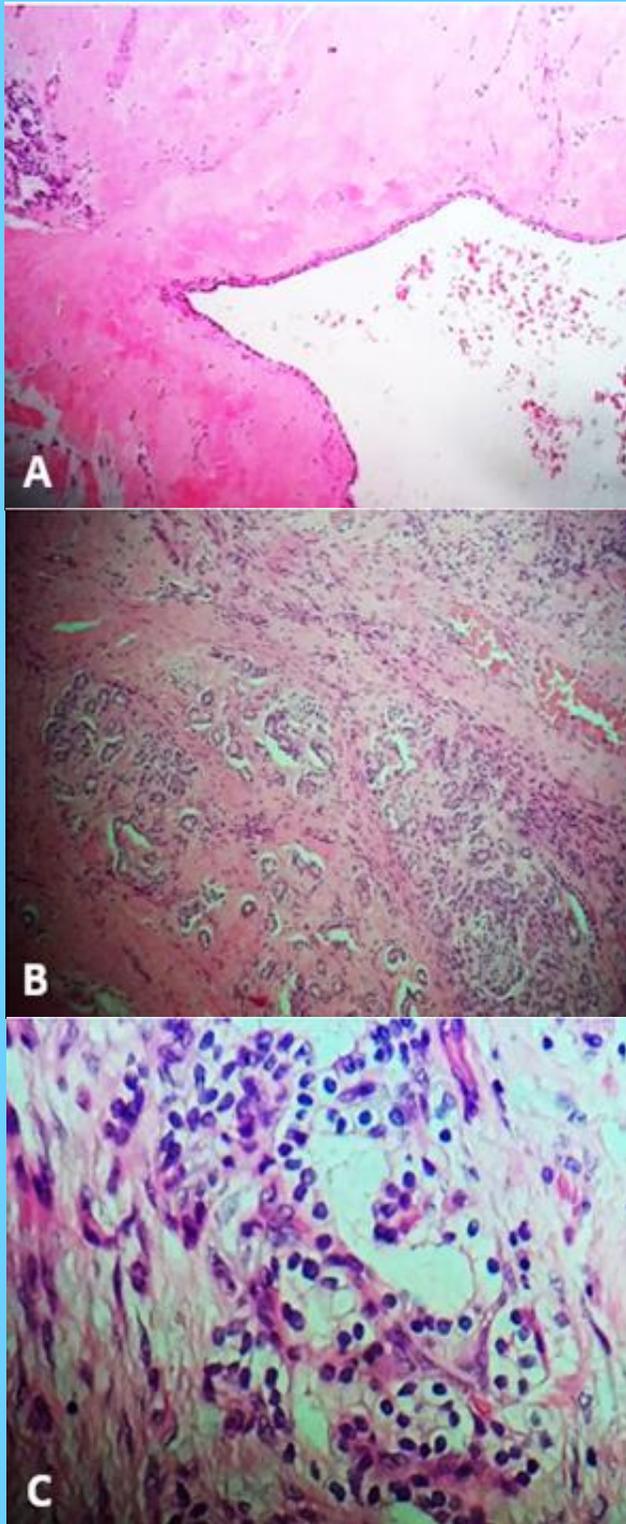


Figura 5 Análisis histopatológico. (A) Cavity quística. (B) Pared quística: se aprecian estructuras glandulares que infiltran de forma irregular el espesor de la pared. (C) Glándulas empaquetadas con poca atípica nuclear y pérdida de polaridad e hiper cromía de los núcleos.

En una revisión sistemática realizada en el año 2015 por Reid et al.¹², encontraron que el cistoadenocarcinoma seroso de páncreas predomina en el género femenino (relación mujer: hombre 2.17:1), con una edad promedio de 55 años, la mayoría fueron asintomáticos o incidentalmente descubiertos. Los síntomas de presentación más comunes son dolor abdominal, masa epigástrica palpable, ictericia o función hepática anormal, náuseas, vómitos y pérdida de peso⁷. Tienden a ser lesiones solitarias, se localizan con mayor frecuencia en la cabeza y cuerpo del páncreas. El diámetro medio es de 10 cm (rango 2-19 cm)¹³⁻¹⁵. Las complicaciones asociadas con el cistadenocarcinoma seroso son pancreatitis crónica, pancreatitis aguda recurrente, obstrucción del conducto biliar y pancreático, ictericia, diabetes mellitus y/o insuficiencia exocrina del páncreas. Otras complicaciones importantes son la hemorragia en la neoplasia y la ruptura del tumor que conduce al hemoperitoneo¹²⁻¹⁶.

La ultrasonografía es considerada la modalidad de imagen inicial en estos casos, ya que el paciente generalmente presenta molestias abdominales. La lesión puede observarse como una masa ecogénica quística multilocular o sólida debido a múltiples interfaces producidas por numerosos microquistes superpuestos^{2,8,15}. La TC con doble contraste es la modalidad de imagen de elección para caracterizar las lesiones quísticas del páncreas^{8,15}. En las imágenes postcontraste, adquiere aspecto característico en panal de abejas producido por delgados tabiques que separan los quistes, puede exhibir una cicatriz estrellada central con aumento de la densidad (en 30% de los pacientes) y en ocasiones, la cicatriz pudiera contener áreas de calcificación. La transformación maligna en cistoadenocarcinoma es sugerida por un aumento en el tamaño, características morfológicas heterogéneas y una pobre distinción del parénquima pancreático circundante^{11,15,16}. La resonancia magnética puede ser útil como complemento en casos seleccionados (sospecha de afectación de los conductos biliares y pancreático, alergia al yodo) donde las imágenes potenciadas en T2 favorecen la identificación de tabiques^{8,15,16}. Cuando las características morfológicas informadas por tomografía computarizada o resonancia son insuficientes para diferenciar lesiones quísticas, el Ultrasonido endoscópico (USE) proporciona imágenes a corta distancia del páncreas, con precisión, mostrando cada elemento quístico, como la pared, los márgenes y estructuras internas, así como imágenes detalladas del parénquima, determinar la presencia de una comunicación entre el quiste y el conducto pancreático, además permite la realización de punción y aspiración por aguja fina (PAAF) guiada por USE lo que permite el análisis citológico y bioquímico del fluido quístico^{2,8,17,18}. La Colangio-Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) es necesaria en algunos casos donde la neoplasia papilar mucinosaintraductal es una consideración en el diagnóstico diferencial^{13,17}.

Las características histopatológicas del cistoadenocarcinoma seroso son indistinguible del cistoadenoma seroso homólogo benigno, siendo la presencia de invasión microscópica de estructuras locales (vascular, perineural, estromal), a ganglios linfáticos o presencia de metástasis a distancia (hígado,

estómago, pulmón, glándulas suprarrenales, colón, mesenterio y peritoneo)^{8,9,16} sean el criterio distintivo entre los dos^{18,19,20}. Las lesiones de estirpe serosa están revestidas por epitelio cuboidal que contiene abundante glucógeno, sin mucina o una cantidad insignificante de ella. Las papilas están ausentes o son poco llamativas. En inmunohistoquímica y tinción especial, estas dos lesiones muestran un 100% de positividad para las citoqueratinas AE1 y AE3, y son PAS positivas. Pocos cistoadenocarcinomas serosos han mostrado atipia nuclear o ADN aneuploide¹³.

En cuanto al manejo quirúrgico, es limitado su reporte en la literatura y está indicado en aquellas lesiones sintomáticas y consideradas resecables en los estudios de imagen. Así mismo, no se dispone de protocolo de tratamiento de neoadyuvancia o adyuvancia establecido para el tratamiento de esta entidad^{15,18}.

En el caso presentado, nos encontramos con una mujer en edad reproductiva, con cuadro clínico de dolor abdominal de pocos días de evolución y el hallazgo incidental de la lesión durante el ultrasonido abdominal. Al no existir sospecha de compromiso local o enfermedad diseminada se ofrece tratamiento quirúrgico con sospecha diagnóstica de una neoplasia quística de páncreas (benigna), siendo el hallazgo quirúrgico una lesión que no correspondía con el diámetro descrito en los estudios de imágenes presentados, sospechando que esta pudo haberse accidentado previo a la resolución quirúrgica. El estudio histopatológico revela la infiltración microscópica de las glándulas pancreáticas hacia el estroma de la pared quística lo que establece el criterio de malignidad. Al obtenerse un R0 de la lesión se procede a indicar el inicio de adyuvancia con quimioterapia (gencitabina-capecitabina). Actualmente la paciente se encuentra bajo seguimiento anual con estudios de imagen y valores séricos de Ca 19-9, y tras cuatro años de postoperatorio se mantiene libre de enfermedad.

Referencias

- Horvath K, Charbot JA. An aggressive and resectional approach to cystic neoplasms of the pancreas. *Am J Surg*. 1999; 178: 262-274
- Van Huijgevoort N. C. M., del Chiaro M., Wolfgang C. L., Van Hooft J. E., Besselink M. G. Diagnosis and management of pancreatic cystic neoplasms: current evidence and guidelines. *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*, 2019;16(11): 676–689.
- George DH, Murphy F, Michalski R, Ulmer BG: Serous cystadenocarcinoma of the pancreas: a new entity? *Am J SurgPathol* 1989; 13: 61–66.
- Ohta T, Nagakawa T, Itoh H, Fonseca L, Miyazaki I, Terada T: A case of serous cystadenoma of the pancreas with malignant focal changes. *Int J Pancreatol* 1993; 14: 283-289.
- Kamei K, Funabiki T, Ochiai M, Amano H, Kasahara M, Sakamoto T: Multifocal pancreatic serous cystadenoma with atypical cells and focal perineural invasion. *Int J Pancreatol* 1991; 10: 161-172.
- Timothy J. Van Dyke, Frederick C. Johlin, Andrew M. Bellizzi, James R. Howe. Serous Cystadenocarcinoma of the Pancreas: Clinical Features and Management of a Rare Tumor. *Digestive surgery* 2016. 22 (3): 240-248.
- Siech M, Tripp K, Schmidt-Rohlfing B, Mattfeldt T, Widmaier U, Gansauge F, Görich J, Beger HG. Cystic tumors of the pancreas: Diagnostic accuracy, pathologic observations and surgical consequences. *Langenbecks Arch Surg*. 1998; 383: 56-61. [10.1007/s004230050092](https://doi.org/10.1007/s004230050092).
- Del Chiaro M., Besselink M. G., Scholten L., Bruno M. J., Cahen D. L., Gress T. M., Wüsten L. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut* 2018; 67(5): 789–804.
- George DH, Murphy F, Michalski R, Ulmer BG. Serous cystadenocarcinoma of the pancreas: A new entity? *Am J SurgPathol* 1989;13(1): 61-6
- Bramis K., Petrou A., Papalambros A., Manzelli A., Mantonakis E., Brennan N., Felekouras E. Serous cystadenocarcinoma of the pancreas: report of a case and management reflections. *World Journal of Surgical Oncology* 2012;10: 51. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-10-5>.
- Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND. WHO Classification of Tumours of the Digestive System. WHO Classification of Tumours, 4th Edition, Volume 3.
- Reid M., Choi K., Memis B.; Krasinskas A., Jang K., Akkas G., Maithel S., Sarmiento J., Kooby D.; Basturk, O.; Adsay, V. Serous Neoplasms of the Pancreas: A Clinicopathologic Analysis of 193 Cases and Literature Review With New InsightsonMacrocytic and Solid Variants and Critical Reappraisal of So-called “Serous Cystadenocarcinoma”. *Am J SurgPathol*. 2015;39(12):1597-1610.
- Bano S., Upreti, L., Puri S., Chaudhary V., Sakuja P. Imaging of pancreatic serous cystadenocarcinoma. *Japan Radiological Society* 2011; 29:730–734.
- Pyke CM, Van Heerden JA, Colby TV, Sarr MG, Weaver AL. The spectrum of serous cystadenoma of the pancreas: clinical, pathologic, and surgical aspects. *Ann Surg* 1992; 215:132–139.
- Perri G., Marchegiani G., Frigerio I., Dervenis C. G., Conlon K. C., Bassi C., Salvia R. Management of Pancreatic Cystic Lesions. *Digestive Surgery* 2020; 37(1): 1–9.
- Burk K. S., Knipp D., & Sahani D. V. Cystic Pancreatic Tumors. *Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America* 2018; 26(3): 405–420. <https://doi.org/10.1016/j.mric.2018.03.006>
- Antonini F., Lorenzo Fuccio L., Fabbri C., Macarri G., Palazzo L. Management of serous cystic neoplasms of the pancreas. *Expert Rev GastroenterolHepatol*. 2015; 9(1):115-25.
- Campbell F, Verbeke C. *Pathology of the Pancreas*. London: Springer; 2013. p 191-199
- Friebe V, Keck T, Mattern D. Serous cystadenocarcinoma of the pancreas: management of a rare entity. *Pancreas* 2005; 31:182-187.
- Massaras D, Pantiora E V, Koutalas J, Primetis EC, Fragulidis GP. Serous MicrocysticCystadenocarcinoma of the Pancreas with Synchronous Liver Metastases: Clinical Characteristics and Management. *Cureus*. 2020;12(4).