

Uso de endosonografía en el diagnóstico de lesiones quísticas pancreáticas

Drs. Hugo Richter R⁽¹⁾, Carlos Harz B⁽¹⁾, Hernán De La Fuente H⁽²⁾,
Manuel Meneses⁽³⁾, Carmen Franco S⁽³⁾.

1. Servicio de Cirugía Endoscópica CSM.

2. Servicio de Cirugía CSM.

3. Servicio de Anatomía Patológica CSM.

hrichter@csm.cl

Abstract

Cystic neoplasm of the pancreas is rare and often incidentally diagnosed. Many of these injuries are potentially malignant which makes it necessary to rely on more accurate diagnostic tools. The endosonography allows, on the one hand, imaging the pancreas and, on the other, obtaining a biopsy which improves the accuracy of diagnosis by adding cytologic examination of the fluid obtained.

A 69 year-old patient presenting pancreatic cystic lesions was sent to the clinic for an endosonography based study. There were two solid cystical injuries with no connection to the pancreatic duct. The aspirated serous fluid was low and suggestive of solid pseudopapillary neoplasm; adenocarcinoma was ruled out. Evaluated by medical staff, the patient underwent a pancreatectomy with good post-surgery course for discharged on the sixth day. The in-surgery and final biopsies ultimately concluded an intraductal mucinous neoplasm.

It is said that the diagnosis of these cancers increases when the focus is on analyzing the clinic, radiological and endosonographic images and cytology findings, as well.

Keywords: Cystic neoplasm, Endosonographic images, Pancreas cancer.

Resumen

Las neoplasias quísticas del páncreas son raras y se diagnostican frecuentemente de manera incidental.

Muchas de estas lesiones son potencialmente malignas y es necesario contar con herramientas diagnósticas más precisas.

La endosonografía permite por un lado obtener imágenes del páncreas y hacer punción biopsia lo que mejora la precisión del diagnóstico al adicionar el examen citológico del líquido obtenido.

Se presenta un paciente de 69 años que por presentar lesiones quísticas pancreáticas es enviado a CSM para estudio endosonográfico. Se encontraron dos lesiones solidoquísticas sin comunicación al conducto pancreático. El aspirado de líquido seroso fue escaso y sugerente de neoplasia pseudopapilar

sólida descartando adenocarcinoma. Evaluado por el equipo médico el paciente se sometió a pancreatectomía con buena evolución postoperatoria y alta al sexto día. La biopsia intraoperatoria y la definitiva concluyeron neoplasia mucinosa intraductal.

Se comenta que el diagnóstico de estas neoplasias aumenta cuando el enfoque se hace analizando la clínica más las imágenes radiológicas, endosonográficas y la citología.

Palabras clave: Cáncer de páncreas, Imágenes endosonográficas, Neoplasia quística.

Introducción

Las neoplasias quísticas del páncreas se diagnostican frecuentemente de manera incidental. Estas lesiones aún son raras y representan entre un 10 al 15% de los tumores primarios del páncreas⁽¹⁾.

La mayoría de estos tumores son descubiertos durante el estudio de síntomas gastrointestinales no específicos y son derivados a centros de experiencia en cirugía pancreática⁽²⁾.

Muchas de estas lesiones tienen un potencial maligno importante y es necesario contar con herramientas que proporcionen un diagnóstico más preciso. Una de ellas es sin duda la endosonografía, que permite la observación del páncreas con mayor resolución y además la toma de biopsias por punción para diagnóstico citológico. Sin embargo, en lesiones quísticas la citología no provee sensibilidad adecuada, la cual mejora cuando se analiza en conjunto a las imágenes obtenidas y el análisis del líquido obtenido (amilasa, CEA, CA 19-9)⁽³⁾.

Presentamos un caso recientemente evaluado en nuestra unidad.

Caso Clínico

Se trata de un paciente de 69 años de edad con múltiples antecedentes mórbidos y polifarmacia: infarto cardíaco de cara inferior en 1996, angioplastia percutánea más *stent*, hipertensión arterial, dislipidemia, intolerancia a glucosa, aneurisma de aorta abdominal y uropatía obstructiva baja recientemente diagnosticada.

En el 2008 se identificaron lesiones quísticas pequeñas en la cola del páncreas, que se habían

mantenido en control con imágenes (TC, RM). Una de las lesiones era sólidoquística y había ido creciendo. Las demás eran descritas como varias lesiones quísticas ductales, pequeñas, en la cola del páncreas, sin presentar dilatación segmentaria del Conducto de Wirsung. Por ello el paciente fue enviado a endosonografía para definir mejor el tipo de lesión y obtener muestras para citología.

En la endosonografía se identificaron dos lesiones sólidoquísticas de 17 y 23 mm, hacia la cola del páncreas. No se identificó comunicación al conducto pancreático ni alteración en la ampolla de Vater. La impresión fue de una lesión sólidoquística. Se realizó punción aspiración (video disponible en www.csmacademica.cl), tomando muestras histológicas, de aspecto hemorrágico que se enviaron a citología. El líquido obtenido fue escaso y de aspecto más bien seroso. El estudio citológico fue sugerente de neoplasia con caracteres de tumor pseudopapilar sólido del páncreas, descartando adenocarcinoma.

El paciente fue bien evaluado en cuanto a su riesgo quirúrgico, optimizando el manejo de sus patologías agregadas y se decidió, en reunión clínica del servicio de cirugía, la resección quirúrgica. Se realizó una pancreatectomía corporocaudal sin incidentes, con buena evolución postoperatoria y alta al sexto día. La biopsia intraoperatoria y la biopsia definitiva concluyeron: neoplasia mucinosa intraductal.

En este caso no hubo una buena concordancia entre la punción citológica y la biopsia definitiva. Aunque si hubo acuerdo en cuanto a la ausencia de adenocarcinoma pancreático. La imposibilidad de tomar una muestra suficiente de líquido para estudio pudo haber hecho diferencia en el diagnóstico.

El tumor sólido pseudopapilar del páncreas es una neoplasia rara, que afecta preferentemente a mujeres alrededor de los 40 años y que tiene reportado bajo potencial de malignidad. Tiene buen pronóstico post resección quirúrgica y baja posibilidad de metástasis,

la cual es principalmente hacia el hígado^(4,5).

Los tumores intraductales mucinosos representan entre el 1 al 3% de los tumores exocrinos pancreáticos y se presentan con mayor frecuencia en hombres mayores de 60 años. La comunicación de la lesión con el conducto principal o ramas secundarias es característica y la presencia de nódulos intramurales aumenta la sospecha de malignización^(6,7).

El rendimiento diagnóstico en este tipo de neoplasias aumenta cuando el enfoque es multidisciplinario y se realiza un análisis de las imágenes radiológicas, endosonográficas y citología, además de las características clínico-patológicas para luego definir el manejo adecuado de los pacientes.

Bibliografía

1. Fernández-del Castillo C, Warshaw AL. Cystic neoplasms of the pancreas. *Pancreatology* 2001; 1(6): 641-647. Review.
2. Federle MP, McGrath KM. Cystic neoplasms of the pancreas. *Gastroenterol Clin North Am* 2007; 36(2): 365-376, ix.
3. Pitman MB, Michaels PJ, Deshpande V, Brugge WR, Bounds BC. Cytological and cyst fluid analysis of small (< or =3 cm) branch duct intraductal papillary mucinous neoplasms adds value to patient management decisions. *Pancreatology*. 2008; 8(3): 277-284.
4. Verbesey JE, Munson JL. Pancreatic cystic neoplasms. *Surg Clin North Am* 2010; 90(2): 411-425. Review.
5. Patil TB, Shrikhande SV, Kanhere HA, Saoji RR, Ramadwar MR, Shukla PJ. Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: a single institution experience of 14 cases. *HPB (Oxford)*. 2006; 8(2): 148-150.
6. Belyaev O, Seelig MH, Muller CA, Tannapfel A, Schmidt WE, Uhl W. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42(3): 284-294. Review.
7. Papanikolaou IS, Adler A, Neumann U, Neuhaus P, Rösch T. Endoscopic ultrasound in pancreatic disease, its influence on surgical decision-making. An update 2008. *Pancreatology* 2009; 9(1-2): 55-65.