

# ***Cistadenoma benigno del páncreas***

## ***Reporte de un caso***

Por los Dres.:

JOSÉ PERERA GUIARDINÚ(9), ANTONIO SENTÍ

PAREDES(10), CARLOS CASTELLANOS<sup>(8+4)</sup> Y LÁZARO

ALBISUÍ<sup>(\*\*4)</sup>

El cistadenoma benigno del páncreas es un tumor bastante raro, por cierto. Cuando revisamos la literatura Mundial con respecto a estos tumores, nos encontramos, por ejemplo: que en 1936 Cáster y Slattery<sup>1</sup> señalan unos 50 casos reportados de cistadenoma. Casos han sido publicados por Jemerin y Samuels'- y por Ber.son y Gordon.<sup>i</sup>

Más tarde en 1950 Elman y Liberman<sup>4</sup> en su trabajo titulado "El Páncreas: Contribuciones Clínicas de interés en 1950", hacen mención a Colín y Greene los cuales presentan a dos mujeres de 58 y 76 años respectivamente, con cistadenoma del páncreas, teniendo como sintomatología, malestar epigástrico, pérdida de peso, tumor palpable en el hipocondrio izquierdo, al ser intervenidas se encontraron tumores de 11 y 12 cms. de diámetro, cuyo estudio histológico demostró múltiples quistes con áreas adenomatosas con epitelio plano. En el mismo trabajo señalan además a Haukohl y Melamed,<sup>5</sup> los cuales publican

dos casos, un hombre de 53 años y una mujer de 75 con tumores similares.

Keeeli,<sup>1\*</sup> del Hospital Park Royal de Londres publica en 1951 un caso de un paciente del sexo masculino en que el síntoma predominante era esteatorrea por más de 3 años, ingresó moribundo a la edad de 69 años y la necropsia reveló un páncreas fibroquístico, que probó ser un cistadenoma histológicamente, se encontraron también 4 úlceras gástricas y el hígado contenía un verdadero cistadenoma del sistema biliar intrahepático, similar al hallado en el páncreas-

Bockus<sup>7</sup> cataloga a los cistadenomas del páncreas como quistes benignos proliferativos al igual que Twiss y Oppenheim,<sup>8</sup> señalando una incidencia muy pequeña de este tipo de tumores.

Muchos de estos tumores benignos del páncreas son asintomáticos y pueden constituir hallazgos operatorios.

El diagnóstico es sólo posible cuando alcanzan suficiente tamaño y su localización es apropiada.

Los síntomas más frecuentes son:

1. Masa epigástrica.
2. Signos de pancreopatía crónica.
3. Signos de proceso benigno.

---

9 Profesor Auxiliar de Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico.  
(\*\*4) Especialista Auxiliar Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico.

*Masa epigástrica.* Está localizada en parte media de epigastrio o en su lado derecho o izquierdo, puede ser inclusive visible, de consistencia firme o dura, superficie lisa o irregular, indoloro o sensible. A veces se percibe el latido aórtico transmitido, así como movilidad respiratoria.

Puede haber síntomas indirectos por desplazamiento, obstrucción o compresión de órganos vecinos. Disnea si elevación del diafragma en tumores voluminosos. Sensación de plenitud gástrica, náuseas y vómitos, distensión gaseosa, estreñimiento. Ictericia por compresión, hemorragia más raramente por congestión y compresión vascular del segmento gastrointestinal.

*Signos de pancreopatía crónica.* El tumor puede ocluir parcial o totalmente el conducto pancreático, así como al tejido glandular, pudiendo presentarse dolor, con ataques recurrentes con aumento de enzimas, no obstante, a veces no hay dolor. Además, puede presentarse anorexia, náuseas. Digestiones lentas con intolerancia a las grasas y carnes. Flatulencia, esteatorrea o diarrea a repetición, no constante. En ocasiones se presenta diabetes.

*Signos de proceso benigno.* El peso está dentro de la normalidad, pero a veces hay descenso del mismo. En nuestro caso se presentó un descenso de 16 lbs. La eritrosedimentación y el hemograma son normales. Además, constituye un proceso estacionario con evolución muy lenta a veces. Apetito conservado.

El estudio radiológico nos demuestra siempre signos más precoces y más definidos, como, por ejemplo: el agrandamiento del marco duodenal, compresión extrínseca de la curvatura menor o mayor gástrica, desplazamiento del estómago hacia la derecha o desplazamiento hacia abajo del colon transversal, etc.

Podemos añadir además el aumento del espacio retrogástrico y señalemos el retroneumoperitoneo que podrá demostrar la masa tumoral retroperitoneal.

El tratamiento es quirúrgico, o sea la escisión, requiriendo pancreatectomía parcial. Benson y Gordon, recopilaron 28 relatos de casos de cistadenomas en los que se realizó exploración quirúrgica. En 21 casos se llevó a cabo la exéresis completa y se observó una mortalidad operatoria de un 20%.

#### REPORTE DEL CASO

H. C. 52019. E. V. de 45 años de edad, raza mestiza, femenina, natural de La Habana, casada. Ocupación: empleada fábrica de fósforos. Ingresó en abril 30 de 1962 en el Hospital Clínico Quirúrgico por molestia dolorosa en el hipocondrio derecho.

Refiere la paciente que desde hace 6 meses y con historia anterior de buena salud, comenzó a notar una sensación de peso dolorosa en el hipocondrio derecho, aumentando durante el transcurso del día y también al hacer esfuerzos, acompañándose de náuseas y mareos sin llegar al vómito.

Visitó a un facultativo que le dijo que tenía una dureza en el lado derecho del vientre, debajo de las costillas y le puso un tratamiento a base de inyecciones y una tableta que no recuerda. Al ver que se sentía igual, habiéndose añadido sensación de llenura postprandial, astenia, decide ingresar. No fiebre en ningún momento. Apetito conservado. Pérdida de 16 libras en los últimos seis meses. Evacuación intestinal diaria.

I. P. A. *Respiratorio:* asma bronquial desde hace 22 años. En el momento actual no. *Digestivo:* Lo referido, intolerancia al huevo y chocolate. Rectorragia discreta. *Genitourinario:* Polaquiuria.

*Cardiovascular:* Nada a señalar.  
*Nervioso:* Cefalea frontal esporádica.

*H. Genital:* Menarquia a los 14 años.  
3 abortos provocados y 2 partos eutócicos. Menopausia quirúrgica a los 28 años.

A. P. P. Sarampión, paperas, difteria.  
Histerectomía subtotal a los 28 años.  
Operación abdominal hace 12 años, por Brida.

A. P. F. Madre muerta, ignora causa.  
Padre muerto de anemia perniciosa. 3 hermanos v/s. 2 hijos vivos y sanos. Esposo sano.

H. T. sin importancia.

*E. F. General:* Normolínea, deambula libremente y que adopta decúbito preferido lateral derecho, aunque esta posición le ocasiona molestias en el hipocondrio derecho. Piel nevus pigmentados diseminados. Mucosas: coloreadas. T. C. Sub: no infiltrado. P. adiposo: conservado.

Peso: 138 lbs- Talla 5.4 pies.

*E. F. por aparatos: Digestivo:* Boca: sepsis oral. Lengua ligeramente saburral. Abdomen: *Inspección:* Cicatriz media infraumbilical que se extiende del ombligo al pubis. *Palpación:* Se aprecia una tumoración que ocupa epigastrio y el hipocondrio derecho, de consistencia dura, de superficie irregular con abollonaduras, no pudiendo precisar si se insinúa por debajo del reborde costal, no sensible. Se desplaza discretamente con los movimientos respiratorios, llegando por debajo hasta 4 traveses de dedo por debajo del reborde costal derecho y xifoides. *Percusión:* Matidez en la zona referida. *Hígado:* Borde superior 5to. espacio; borde inferior no se puede precisar, ya que se confunde con la tumoración antes descrita. Tacto rectal: Nada a señalar. *Aparato cardiovascular:* Tonos cardíacos normales.

T. A. 120 y 80; pulso: 80 al minuto rítmico. *Respiratorio:* Nada a señalar. *Genitourinario:* Nada a señalar. *Nervioso:* Nada a señalar. *Hemolinjopoyético:* Zona esplénica, submatidez. Bazo no palpable.

En enfoque clínico correspondió a la posibilidad de una hepatomegalia irregular por las características topográficas y caracteres palpatorios de la misma, considerándose como diagnóstico probable una cirrosis postnecrótica, hígado poliúístico.

*Investigaciones complementarias:* Hemograma: 4.500,000. Seg. 68%. Linf. 20. Eo. 2. Mono. 10. Hb. 80%. Leuco: 5.500.

Glicemia: 119 mgs. Urea: 27 mgs- Eritrosedimentación: 10. Orina: Nada a señalar. Heces fecales: Negativo a parásitos. Amilasa: 100 U.

*Pruebas funcionales hepáticas:* Turbidez tímbrica 7.7 U. Floc. Timol: ++. Hanger: ++. Bromosulfaleína: 1% a los 45 M. Protrombina: 12 segs. Electroforesis de proteínas: Serina: 56%, Alfa 1: 3; Alfa 2:6; Beta: 10; Gamma: 24; Proteínas totales: 6.8 gramos. Electrocardiograma: Normal.

*Estudio radiológico de estómago y duodeno:* La región del antro correspondiente a su curvatura menor luce desplazada hacia abajo por compresión extrínseca. (Fig- 1)

*Laparoscopia:* mayo 23-62. Demuestra sin lugar a dudas que el hígado no participa en la tumoración antes mencionada, apreciándose solamente una discreta palidez del mismo, demostrando la biopsia hepática dirigida, discreta infiltración grasa, así como discreta infiltración de los espacios porta y fibrosis. Entre ambos lóbulos hepático, por debajo del ligamento redondo se aprecia una tumoración algo redondeada, de ta-

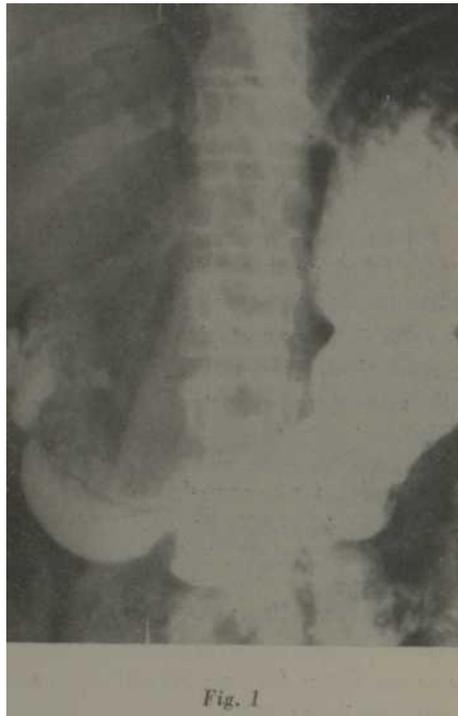


Fig. 1



Fig. 3



Fig. 2

maño de una toronja cubierta de tejido céluloadiposo y vascularizado, asimismo se observa una prominencia por debajo del lóbulo derecho. Conclusiones: Hígado graso y tumor retroperitoneal.

*Colecistografía:* Colecistografía normal. A nivel del flanco derecho se observa tumoración redondeada de densidad de partes blandas. (Fig. 2)

*Urograma excretor:* Buena eliminación renal. En la vista lateral la sombra renal derecha luce algo desplazada hacia adelante.

*Retroneumoperitoneo:* Después de inyectar 1,500 cc. de oxígeno por vía presacra, se observa una buena delimitación de los órganos retroperitoneales apreciándose en el hemiabdomen superior una tumoración, que pudiera corresponder a páncreas. (Fig. 3)

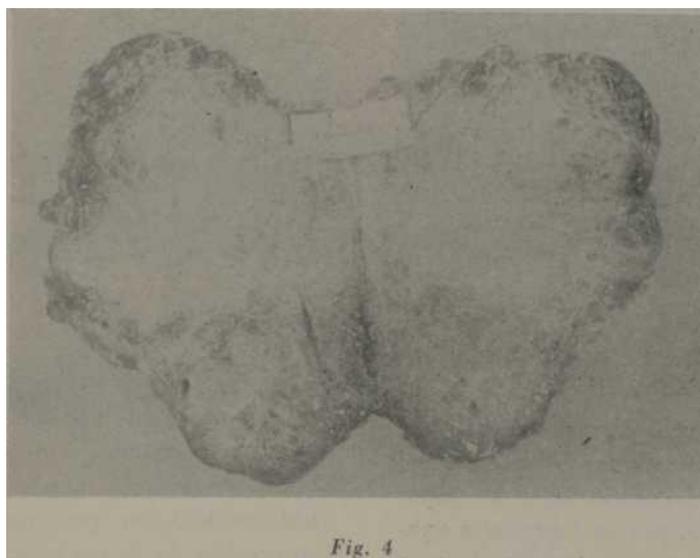
*Laparotomía exploradora:* En julio 3-62. Con el diagnóstico de tumoración

retroperitoneal. Doctores Gerardo de Jallera, Guillermo Franco y Julio San Martín.

Incisión transversal supraumbilical, prolongando su extremo derecho hasta el flanco. Se encuentra una tumoración del tamaño de una cabeza de feto a término, de superficie irregular, nodular, y de consistencia dura que hace prominencia a través del epiplón gastrohepático y del epiplón gastrocólico, des-

Se practica biopsia por congelación y al demostrar proceso benigno se hace exéresis del tumor, la cual fue sumamente laboriosa.

*informe del Patólogo Dr. I. Borra jero.*  
No. A. Patológica: 4545. Se recibe tumoración de 13 x 10 x 7 cms de superficie multinodular cubierta por cápsula de 1/2 mm. de grosor. Al corte, el parénquima de tipo trabecular con múltiples formaciones quísticas, algunas de



plazando hacia adelante y hacia la derecha, la primera y segunda porción del duodeno. La mitad derecha del tumor está cubierta por una lámina delgada de tejido pancreático. El centro de la cara superior del tumor estaba adherido a la cara posterior de la porción horizontal del estómago y su extremidad izquierda se continuaba con el cuerpo del páncreas, estando todo el tumor sumamente vascularizado y surcada su superficie de gruesas venas. El tumor estaba íntimamente adherido a la vena porta, así como que tenía numerosas conexiones vasculares con el tejido pancreático normal.

ellas conteniendo un líquido de color transparente. (Figs. 4, 5 y 6)

*Diagnóstico: Cistadenoma benigno de páncreas.*

El postoperatorio transcurrió sin mayores problemas excepto la instalación de una fístula pancreática manteniendo una secreción diaria de 1000 a 1500 cc. de líquido pancreático, pero con el reemplazo diario de líquido y electrolitos no hubo en ningún momento repercusión sobre el estado general y al cabo de 4 semanas aproximadamente, ha ido disminuyendo hasta desaparecer.

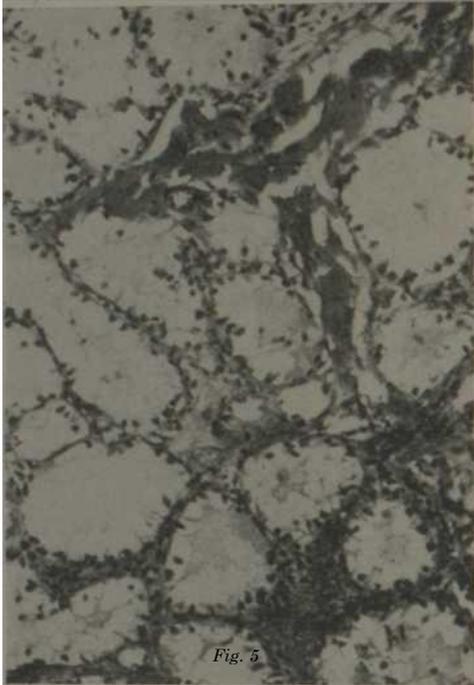


Fig. 5



Fig. 6

#### COMENTARIOS

Este caso fue visto por nosotros por la presencia de trastornos dispépticos así como una masa epigástrica y en hipocondrio derecho, por su topografía aparente se pensó que se trataba de una hepatomegalia irregular, pero el estudio laparoscópico demostró que en realidad era una tumoración retroperitoneal y no de un hígado aumentado de tamaño. No encontramos datos en la historia clínica en relación con proceso de tipo pancreático, ya que no existen diarreas, esteatorrea, y el dolor sólo es discreto a nivel del hipocondrio derecho. Sólo podemos recoger manifestaciones en relación con el crecimiento, desplazamiento o compresión de vísceras vecinas como, por ejemplo, sensación de plenitud gástrica, náuseas, llenura postprandial. Además, apetito conservado con una pérdida moderada de peso. Todos estos datos con un buen

aspecto general de la paciente nos hicieron pensar en una posible afección benigna retroperitoneal, posiblemente pancreática. Como detalle de interés desde el punto de vista radiológico podemos señalar la compresión de la curvatura menor gástrica y el urograma excretor donde se aprecia en la vista lateral desplazamiento hacia adelante de la sombra renal derecha. En el retroneumoperitoneo se demuestra una buena delimitación de los órganos retroperitoneales, apreciándose una tumoración en el hemiabdomen superior, ¿páncreas?

La laparotomía demostró de manera evidente la localización del tumor, así como su naturaleza, siendo un tumor benigno, el cual pudo extirparse a pesar de la gran vascularización que presentaba, además de estar adherido a la vena porta.

La fístula pancreática transcurrió sin consecuencias, haciéndose un correcto

balance hidromineral, cerrándose espontáneamente a las 4 semanas.

#### CONCLUSIONES

Se hace una breve revisión de la literatura de los cistoadenomas del páncreas, demostrándose su escasa incidencia.

Se exponen los síntomas más frecuentes, pudiéndose expresar como una masa

epigástrica, con o sin signos de pancreatopatía crónica, sin elementos que hagan sospechar malignidad.

Se señalan los aspectos más importantes de los datos subjetivos y objetivos de nuestro caso, así como el tratamiento curativo del mismo, al realizarse la extirpación del tumor en su totalidad, así como su evolución satisfactoria.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —*Cárter, R. F. and Slattery, L.*: Am. J. Digest Dis. 3: 705, 1936.
- 2—*Jemerin, E. E. and Samuels, N. A.*: Ann. Surg. 127: 158-1948.
3. —*Benson, R. E. and Gordon, W.* Surgery. 21: 353-1947.
4. —*Elman, R. and Lieberman, Z.*: The Pancreas: Contributions of clinical interest in 1950. Vol. 21: 42 Gastroenterology. May, 1952.
5. —*Haukohl, R. S. and Melamed, A.*: Cystadenoma of the pancreas Am. J. Roentgenol. 63: 234, 1950.
6. —*Keech Madeline, K.*: Cystadenomata of the pancreas and intrahepatic bile ducts. Vol. 19. No. 3: 568. Gastroenterology. November, 1951.
7. —*Bockus Henry, L.*: 1946. Saunders.  
8—*Twiss and Oppenheim.* Text-Book.