

Cistoadenoma seroso microquístico de páncreas: a propósito de 18 casos

Javier Oliva Ibarz, Benjamín Tintaya Ytusaca ,
Carla Sitges Puigvila , Nicolas Martínez Ruiz , Diana
Hernández Jover, Juan C. Pernas Canadell

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Dirección de contacto: JOlival@santpau.cat

Objetivos docentes:

- Conocer el manejo y hallazgos radiológicos (por TC, RM y US) de los cistoadenomas serosos microquísticos (CSM) debido a que su diagnóstico (especialmente de manera incidental) es cada vez más usual por el aumento global de exploraciones radiológicas.
- Se presentan 18 casos de cistoadenomas serosos microquísticos de nuestro centro con hallazgos en TC, RM y US.

Revisión del tema:

Generalidades:

- El Cistoadenoma seroso microquístico es un tumor benigno de diagnóstico radiológico (la mayoría de pacientes no presenta síntomas) que representa aproximadamente un 15-20 % de las neoplasias quísticas de páncreas [1].
- El CSM es más frecuente en mujeres, población mayor de 60 años y pacientes con síndrome Von Hippel-Lindau [2][1][3].
- El CSM está formado por células epiteliales ricas en glucógeno que forman quistes que contienen fluido seroso (en el cual los niveles de amilasa, mucina y CEA son bajos) y tienen paredes finas [4].
- Su localización más frecuente es en cuerpo y cola pese a que es posible su presentación en cualquier región incluyendo cabeza (como se puede observar en Fig. 1.), cola y cuerpo [1].



Fig. 1. Imagen de TC abdominal en fase venosa en la que se observa la presencia de un CSM en cabeza pancreática.

Generalidades:

- A pesar de que el CSM es un tumor benigno en ocasiones se interviene quirúrgicamente, en cuyo caso se realiza dependiendo de la localización del tumor un tipo determinado de cirugía (duodenopancreatectomía cefálica o pancreatectomía distal) (Fig. 2.) [5]
- El CSM se interviene quirúrgicamente en dos supuestos:
 - Presencia de complicaciones (dilatación vía biliar/wirsung, dolor abdominal, pancreatitis de repetición)
 - En el caso de que no sea posible realizar un diagnóstico adecuado preoperatoriamente (en el pasado este era un problema no infrecuente, con las nuevas técnicas endoscópicas invasivas este problema ha disminuido)
- Una intervención quirúrgica de este tipo conlleva una importante morbimortalidad asociada, por lo que un diagnóstico y un manejo de complicaciones adecuado en el caso del CSM es importante para evitar procedimientos innecesarios para el paciente.



Fig. 2. Imagen de una pieza quirúrgica de duodenopancreatectomía cefálica con presencia de un CSM en cabeza pancreática. Imagen cortesía del Dr. Espinosa del servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital.

Hallazgos radiológicos en US:

- Ecográficamente se identifica una masa con múltiples quistes menores de 2 cm (se visualiza un número de quistes mayor de 6) en la que se pueden observar microquistes así como septos intraquísticos (Fig. 3.). Los quistes tienen un fluido homogéneo en su interior [1]

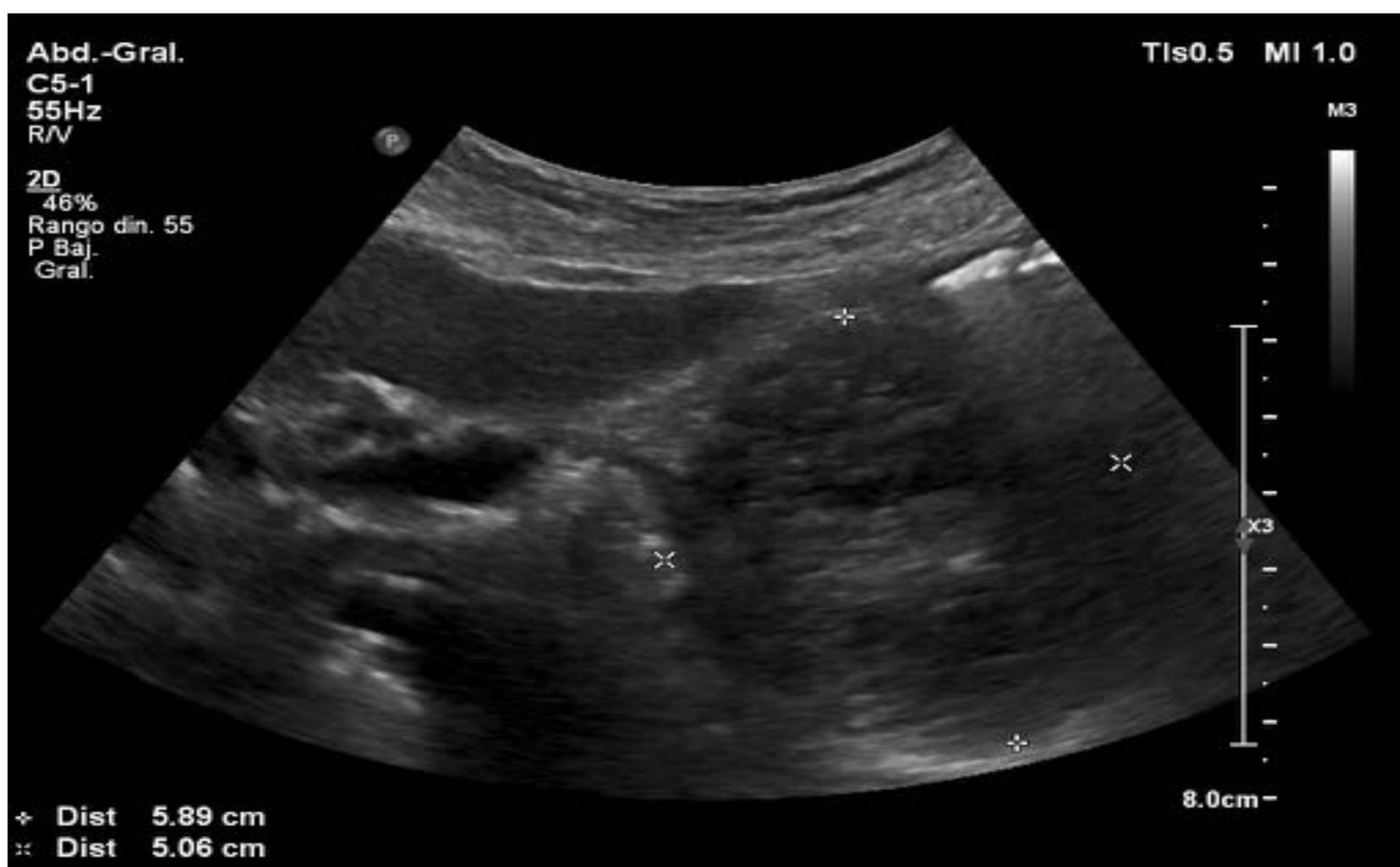


Fig. 3. Imagen de una ecografía abdominal ambulatoria en la que de manera incidental se observa la presencia de un cistoadenoma seroso microquístico en cabeza pancreática.

Hallazgos radiológicos en TC:

- En TC se visualizan masas quísticas polilobuladas multiloculadas (los septos se realzan con la administración de contraste (Fig. 1. y 4.)), con una cicatriz central estrellada hasta en el 30% de los casos (que puede estar calcificada como en Fig. 5. y 6.) y calcificaciones con una localización de los quistes de mayor tamaño en su periferia (Fig. 1.) [1][6]



Fig. 4. Imagen de un TC abdominal en fase venosa en la que se observa la presencia de un cistoadenoma seroso microquístico en cabeza pancreática con un realce de los septos con la administración de contraste endovenoso.



Fig. 5. Imagen de un TC abdominal en fase venosa en la que se observa la presencia de un cistoadenoma seroso microquístico en cabeza pancreática con una cicatriz central calcificada.

Hallazgos radiológicos en TC:



Fig. 6. Imagen de un TC abdominal en fase venosa en la que se observa la presencia de un cistoadenoma seroso microquístico en cabeza pancreática con presencia de una cicatriz central calcificada

- La apariencia del CSM es muy variable y se han descrito hasta cuatro patrones radiológicos (sólido (que puede ser difícil de diferenciar de un tumor neuroendocrino como en el caso de la Fig. 7.), panal de abeja, poliquístico y oligoquístico).



Fig. 7. Imagen de un TC abdominal en fase venosa en la que se observa la presencia de un cistoadenoma seroso microquístico de patrón sólido en cola pancreática

Hallazgos radiológicos en TC:

- El CSM no se comunica con el conducto pancreático y no suele ocasionar dilatación de la vía biliar y del conducto de wirsung (aunque en algunos casos si se encuentran presentes (Fig. 8. y 9.)) ni atrofia parenquimatosa pancreática [2].



Fig. 8. Imagen de un TC abdominal en fase venosa en la que se observa la presencia de un cistoadenoma seroso microquístico en cabeza pancreática con presencia de una dilatación de vía biliar secundaria

- El CSM presenta un comportamiento benigno y no invade estructuras vasculares ni otras estructuras adyacentes.

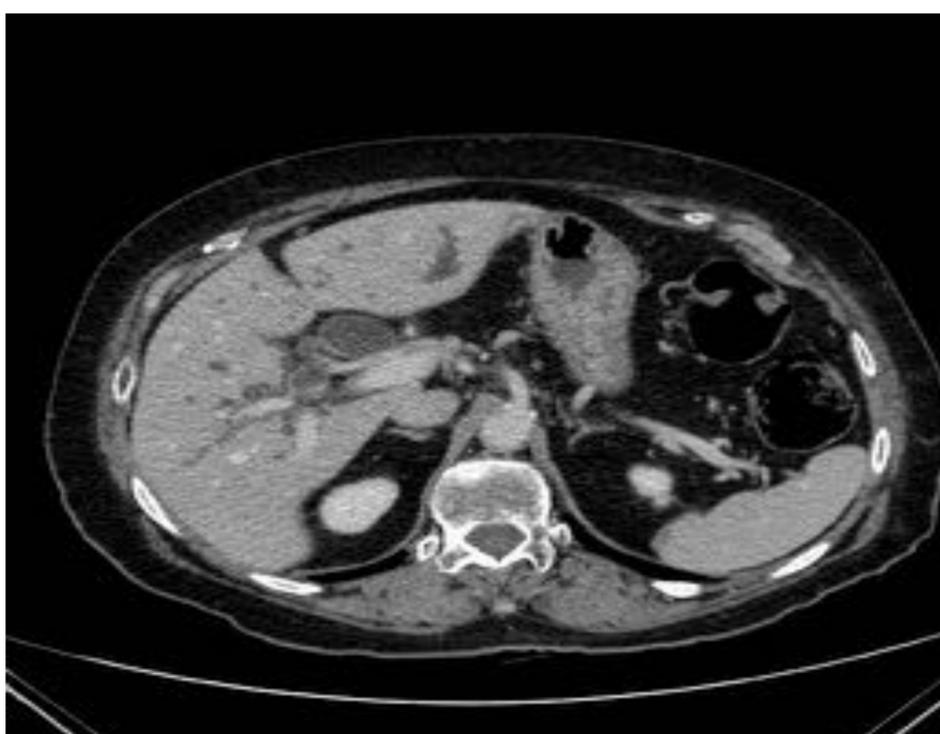


Fig. 9. Imagen del mismo caso con presencia de una dilatación de vía biliar secundaria.

Hallazgos radiológicos en RM:

- La RM nos permite visualizar el patrón microquístico (que puede resultar difícil de visualizar en TC en algunos casos), la cicatriz central y la ausencia de pared periférica [3].
- Asimismo con la RM podemos objetivar que la lesión no se relaciona con el sistema ductal mediante colangiopancreatografía (Fig. 10.) [2] [3].
- En casos de dudas en el diagnóstico en TC (especialmente con otras neoplasias quísticas como el cistoadenoma mucinoso o con tumores malignos en los que la actitud terapéutica sería radicalmente diferente) se recomienda la RM para definir el tipo de lesión y poder decidir adecuadamente el manejo posterior [6].

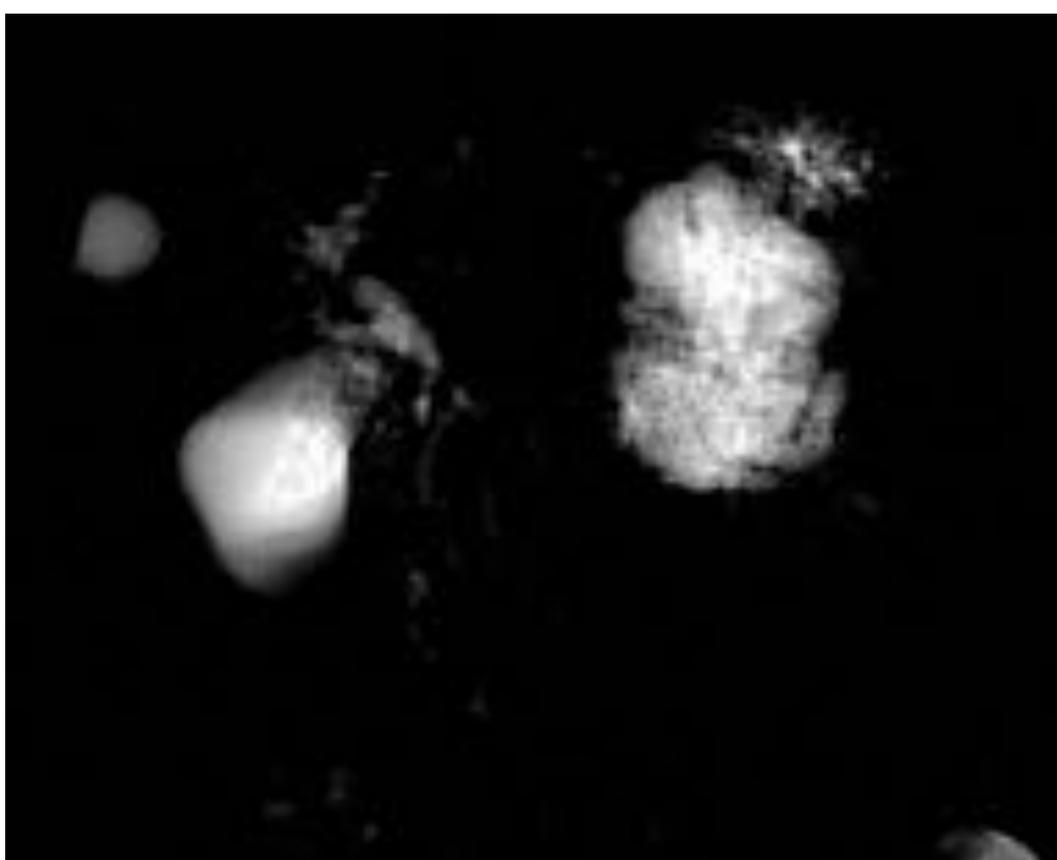


Fig. 10. Imagen de una colangiopancreatografía por RM en la que observamos que el CSM no se comunica con el sistema ductal.

Hallazgos radiológicos en RM:

- En secuencias potenciadas en T2 se observan los múltiples quistes menores de 2 cm hiperintensos con una hipointensidad de los septos y de la cicatriz central (Fig. 11., 12., 13., 14., 15., 16.)[2].
- En secuencias potenciadas en T1 se identifica hipointensidad de la lesión [2].

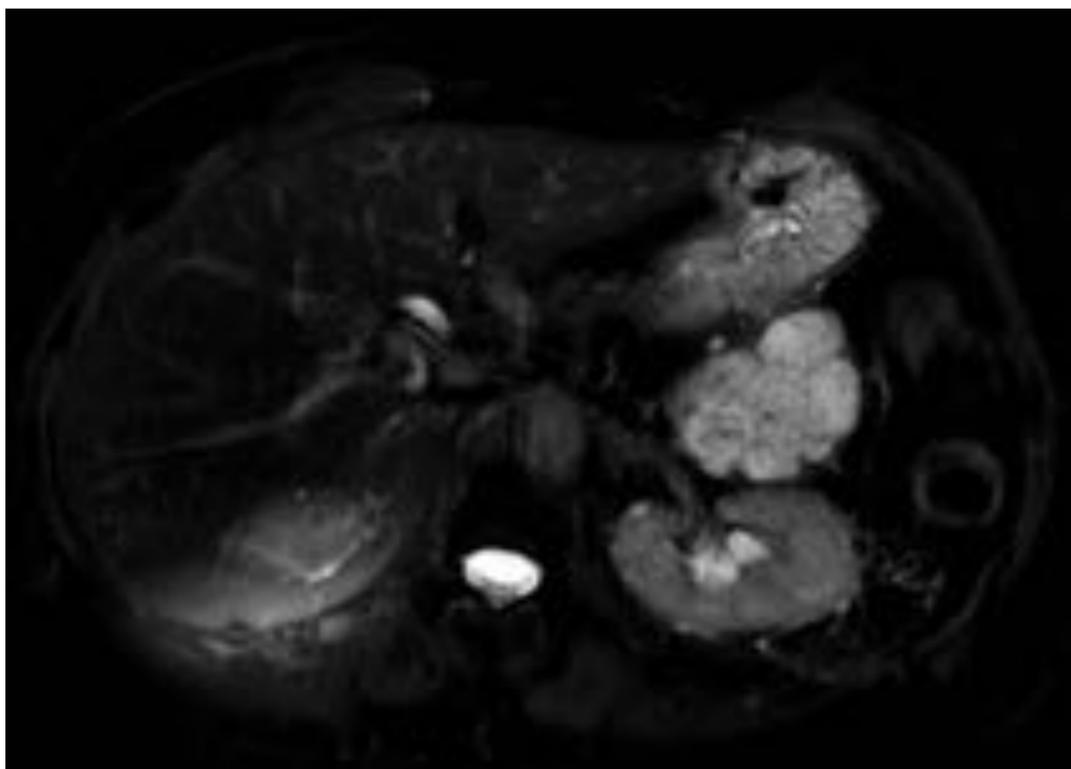


Fig 11. Secuencia T2 axial de paciente con CSM en cola pancreática en la que se puede observar la hiperintensidad de los quistes y los septos hipointensos.

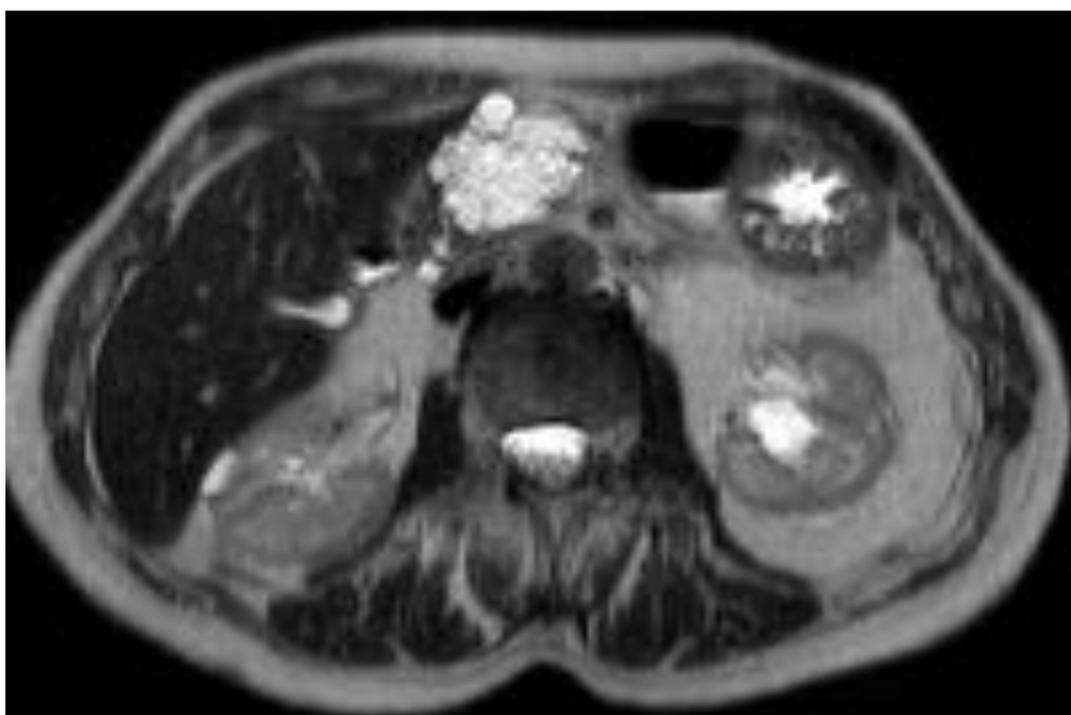


Fig 12. Secuencia T2 axial de paciente con CSM en cuerpo pancreático en la que se puede observar la hiperintensidad de los quistes, los septos hipointensos y los quistes de mayor tamaño localizados en la periferia.

Hallazgos radiológicos en RM:

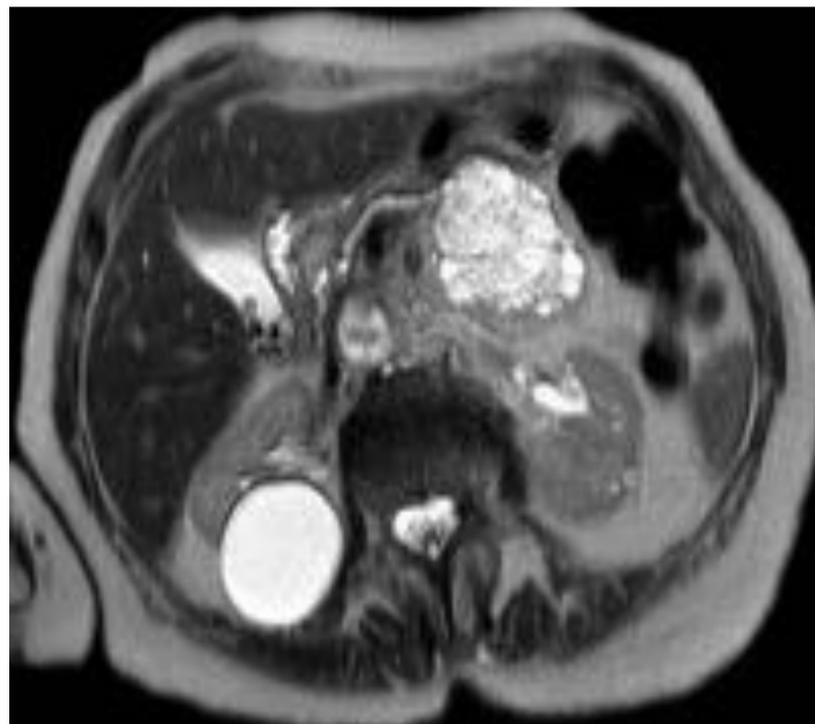
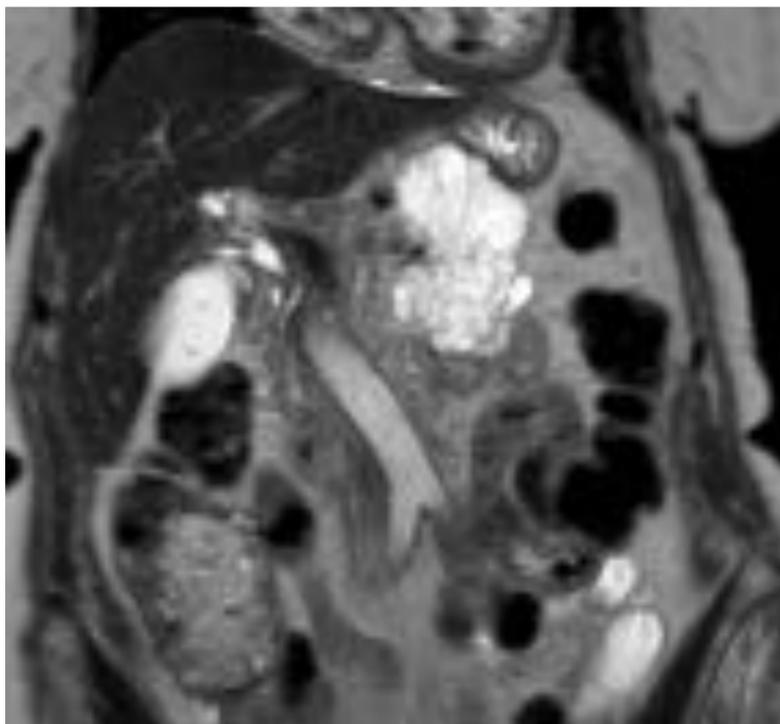


Fig. 13 y 14. Secuencias T2 axial y coronal de paciente con CSM en cuerpo pancreático en la que se puede observar la hiperintensidad de los quistes, los septos hipointensos y los quistes de mayor tamaño localizados en la periferia.



Fig. 15. Secuencia T2 axial de paciente en este caso con CSM en cabeza pancreática con los hallazgos habituales ya mencionados.

Hallazgos radiológicos en RM:

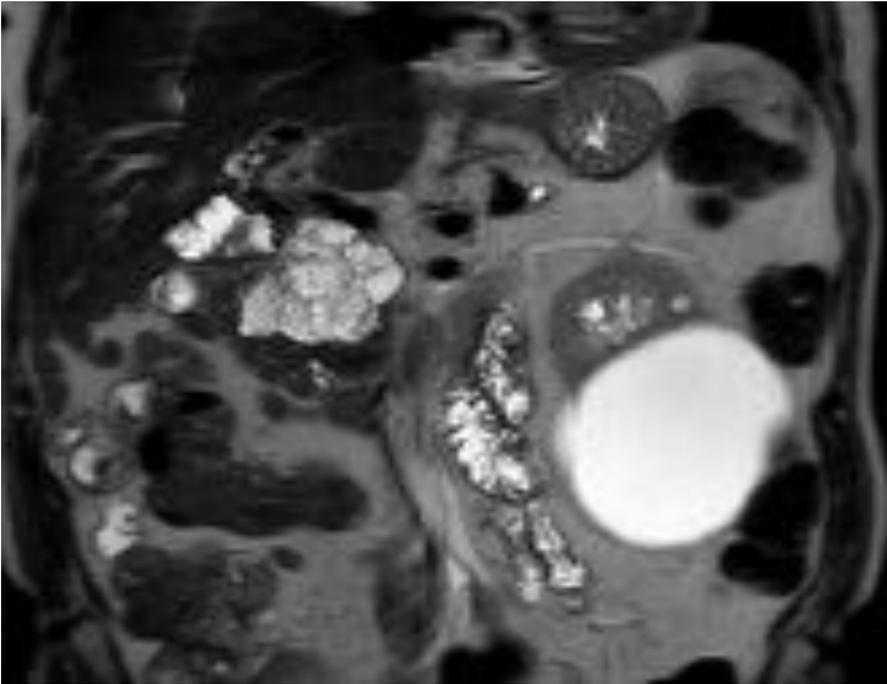


Fig. 16. Secuencia T2 Coronal de otro caso con un CSM en cabeza pancreática en la que se pueden observar los hallazgos ya mencionados anteriormente.

- Mediante la colangiopancreatografía se puede visualizar el CSM y la presencia o no de dilatación de vía biliar y/o de conducto de Wirsung (Fig. 17., 18., 19., 20. y 21.).

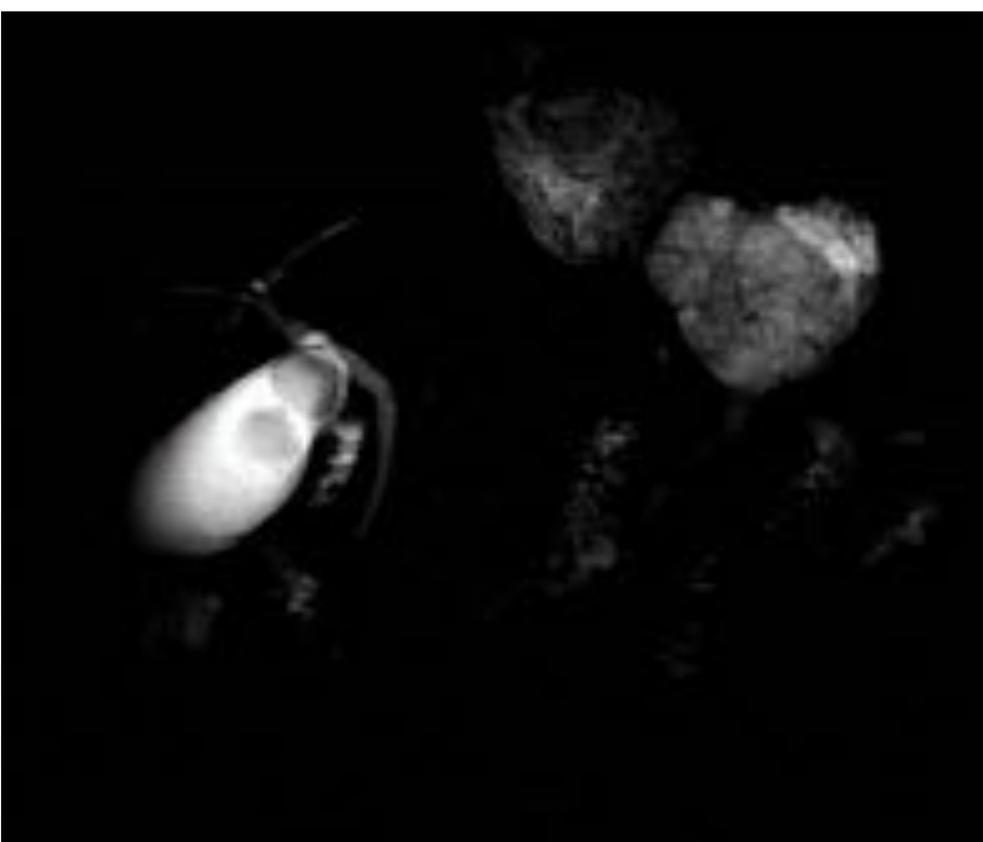


Fig. 17. Colangiopancreatografía por RM de paciente con CSM en cola pancreática en la que no se observa dilatación del wirsung.

Hallazgos radiológicos en RM:

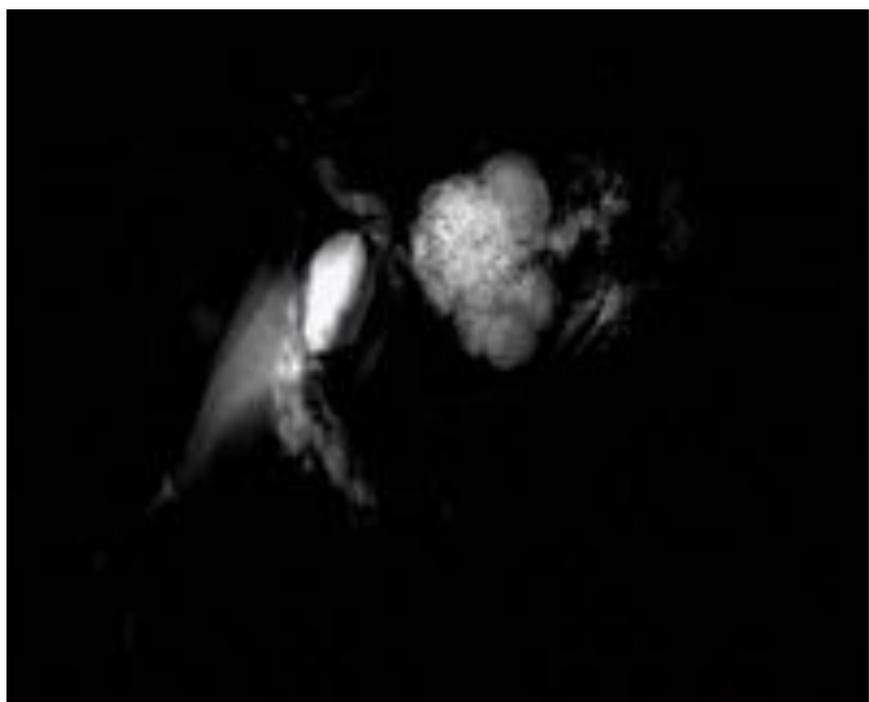


Fig. 18 y 19. Colangiopancreatografía por RM de dos pacientes con CSM en cabeza pancreática en la que en este caso sí podemos observar dilatación del wirsung (Imagen de la izquierda) y dilatación de la vía biliar (Imagen de la derecha).

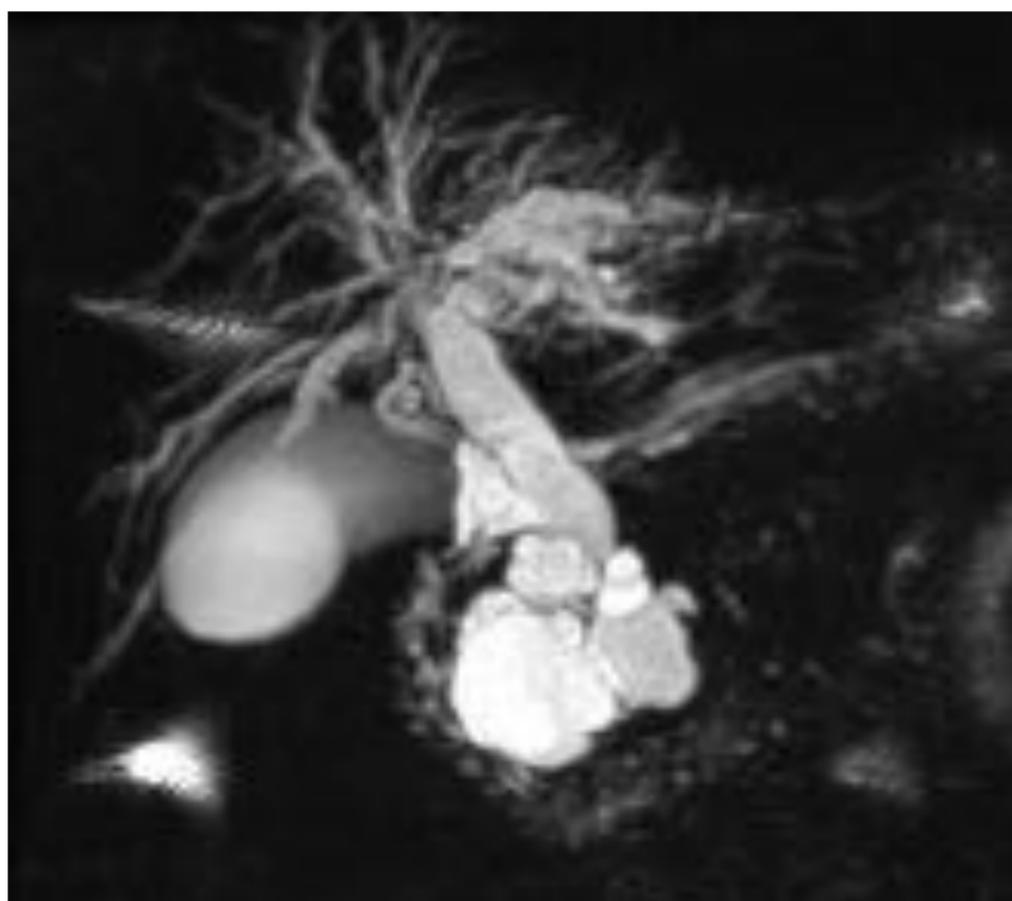


Fig. 20.
Colangiopancreatografía por RM de la paciente anterior con reconstrucción 3D en la que observamos un CSM en cabeza pancreática que causa una dilatación importante de la vía biliar.

Hallazgos radiológicos en RM:

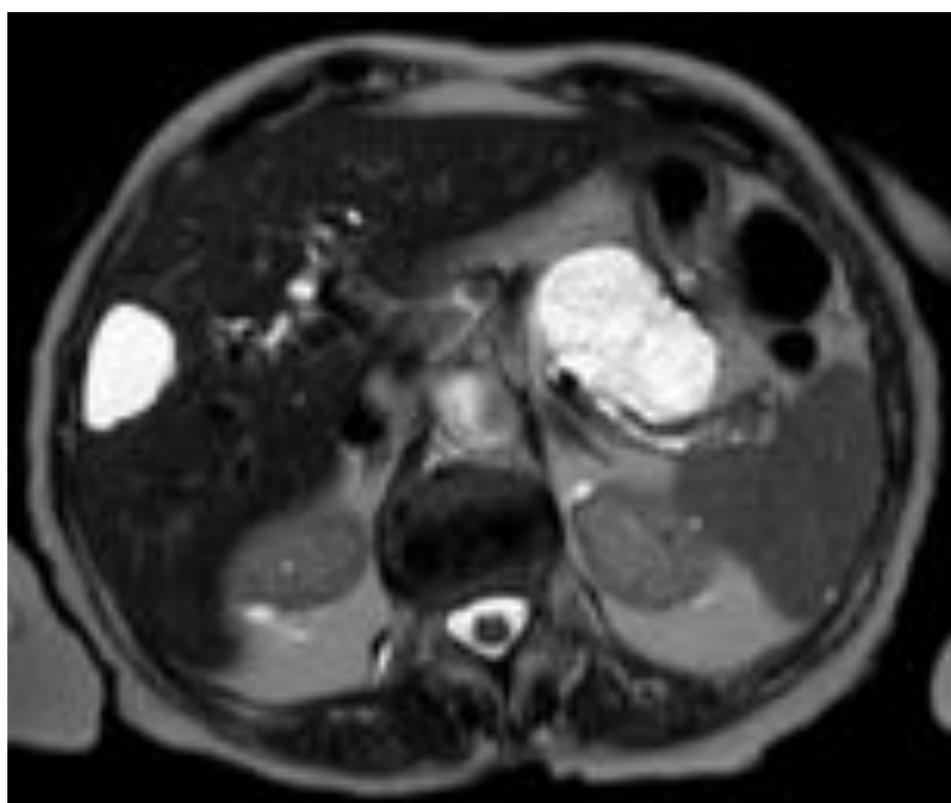


Fig. 21. Secuencia T2 axial de paciente en este caso con CSM en cola pancreática con dilatación secundaria del conducto de Wirsung.

- En el grupo de pacientes de nuestro centro con CSM (total de 18) se realizó TC+RM en 9 pacientes y TC en 2 pacientes. Se intervino quirúrgicamente en 2 casos debido a aumento de tamaño de la lesión y dilatación de la vía biliar en un caso y duda diagnóstica con tumor mucinoso en el otro caso; se obtuvo confirmación histológica de CSM en los dos pacientes intervenidos.

Conclusiones:

- Es importante conocer los hallazgos radiológicos típicos de un posible cistoadenoma seroso microquístico para un adecuado diagnóstico.
- El diagnóstico radiológico de cistoadenoma seroso microquístico tiene un papel clave en la actitud terapéutica ya que se opta por una actitud conservadora ocasionando un beneficio para el paciente evitando procedimientos invasivos innecesarios (biopsia, tratamiento quirúrgico, etc...).

Bibliografía:

1. Jennifer N. Kucera, Stephen Kucera, Scott D. Perrin, Jamie T. Caracciolo, Nathan Schmulewitz, and Rajendra P. Kedar. Cystic Lesions of the Pancreas: Radiologic-Endosonographic Correlation. *RadioGraphics* 2012 32:7, E283-E301.
2. Atif Khan, Faisal Khosa, Ronald L. Eisenberg. Cystic Lesions of the Pancreas. *American Journal of Roentgenology*. 2011;196: W668-W677.
3. Bobby Kalb, Juan M. Sarmiento, David A Kooby, N. Volkan Adsay, Diego R. Martin. MR Imaging of Cystic Lesions of the Pancreas. *RadioGraphics* 2009 29:6, 1749-1765.
4. Raj Mohan Paspulati. Multidetector CT of the Pancreas. *Radiol Clin N Am* 43 (2005) 999 – 1020.
5. Tseng JF, Warshaw AL, Sahani DV, Lauwers GY, Rattner DW, Fernandez-del Castillo C. Serous cystadenoma of the pancreas: tumor growth rates and recommendations for treatment. *Ann Surg*. 2005 Sep;242(3):413-9; discussion 419-21.
6. Dushyant V. Sahani. Rajgopal Kadavigere . Anuradha Saokar. Carlos Fernandez-del Castillo. William R. Brugge. Peter F. Hahn. Cystic Pancreatic Lesions: A Simple Imaging-based Classification System for Guiding Management. *RadioGraphics* 2005; 25:1471–1484.