



Lesiones quísticas del páncreas: revisión de casos de los últimos 20 años en un hospital de segundo nivel

Esther Izquierdo Milla, Yareanna Del Rosario Vega,
María García De Las Heras, Mara Jesús Arias
Fernández, Darío Córdoba Muñoz, José Vicente
Roncero Cano

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.



Objetivo docente:

- Analizar los casos de lesiones quísticas pancreáticas de los últimos 20 años en nuestro centro (Hospital Universitario de la CAM) incluyendo los avances tecnológicos en su diagnóstico y manejo.
- Discutir las diferencias más importantes entre las pautas de la Asociación Americana de Gastroenterología (AAG) y el Grupo Europeo de Estudio sobre manejo de los Tumores Quísticos del Páncreas (GEETQP) con respecto a nuestra propia experiencia.



Revisión del tema

Introducción:

- Los Lesiones Quísticas del Páncreas (LQP) componen un grupo heterogéneo de quistes pancreáticos:
 - Lesiones no neoplásicas: pseudoquiste (SQ)
 - Lesiones benignas: cistoadenoma seroso (CS)
 - Lesiones potencialmente malignas: cistoadenoma mucinoso (CM), tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI), tumor sólido y pseudopapilar...
- La mayoría de estas entidades, son hallazgos incidentales que se detectan en la tomografía computerizada (TC) o la resonancia magnética (RM) en pacientes asintomáticos.
- Su prevalencia es desconocida, estimándose entre el 2% y 45: esta gran variabilidad de resultados, se debe a la población a la que se decide realizar un estudio de imagen y el tipo de técnica de imagen empleada. No obstante, está constada, el aumento de dicha prevalencia, debido a una población cada vez más envejecida (en la que este tipo de lesiones se ha observado con mayor frecuencia) y los avances en las técnicas de imagen y su mayor disponibilidad en la actualidad.



Introducción:

- En cuanto a la presentación clínica, la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos y no presentan historia previa de pancreatitis.

En caso de sintomatología, lo más común son molestias abdominales, y en ocasiones ictericia o pancreatitis recurrente (si la lesión comunica u obstruye los ductos pancreáticos o la vía biliar). Incluso en patologías con mayor componente de malignidad puede aparecer pérdida de peso, dolor, ictericia...

- El tratamiento es conservador (en lesiones no neoplásicas o neoplásicas benignas) o quirúrgico (en tumores malignos o con potencial maligno).
- El pronóstico de cada una de las lesiones difiere según su tipo, por lo que es necesario lograr, en la medida de lo posible, un diagnóstico preciso.
- En la actualidad el único tratamiento curativo es la resección quirúrgica, la cual se trata de un procedimiento agresivo y más aún teniendo en cuenta que la población que se suele ver afectada, son pacientes de edad avanzada, y que, de no llegar a un diagnóstico preciso, puede aplicarse a lesiones benignas, lo que denota la necesidad de desarrollar un adecuado manejo de estas patologías.



Material y métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo de lesiones quísticas del páncreas en el Hospital Universitario de Móstoles con un total de 35 casos desde 2010 hasta 2020. Todos ellos fueron confirmados mediante el servicio de Anatomía Patológica de nuestro Hospital.

Se recogieron los siguientes datos clínicos: edad, género, historia clínica, síntomas (dolor, ictericia, pérdida de peso,...).

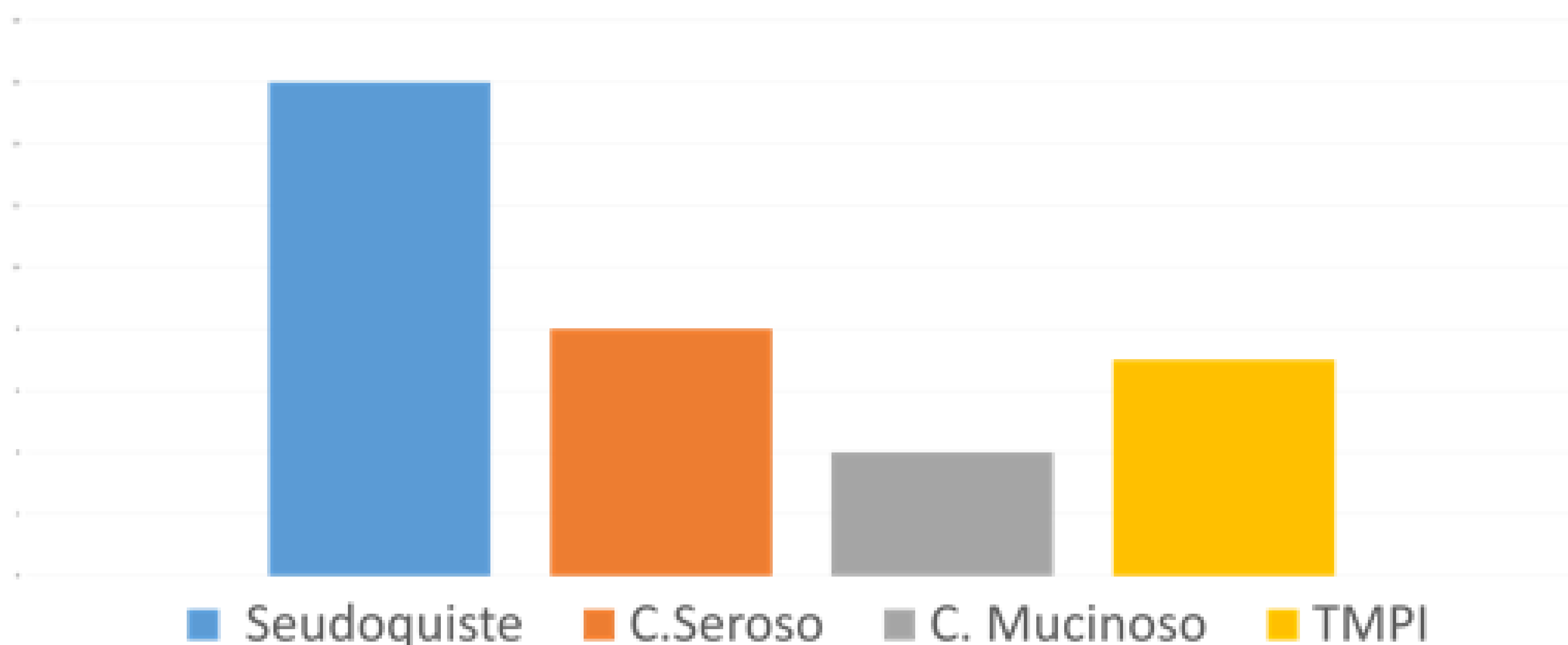


Figura 1. Tipos de tumores quísticos pancreáticos en nuestro estudio.

Se incluyeron también las técnicas de imagen empleadas en su diagnóstico, los hallazgos radiológicos, el manejo y seguimiento.

Así mismo se recogieron las recomendaciones de la Asociación Americana de Gastroenterología (AAG) y el Grupo de Estudio Europeo sobre manejo de los Tumores Quísticos del Páncreas (GEETQP) y se realizó una comparativa de las mismas con respecto a nuestra propia experiencia.



Pseudoquiste

Son las lesiones quísticas del páncreas no neoplásicas más frecuentes, hasta un 46 % de los pacientes estudiados presentaron pseudoquistes.

Pueden aparecer a cualquier edad, y se encuentran más frecuentemente en hombres. Un 56 % de nuestros pacientes fueron hombres, lo cual se encuentra de acuerdo a lo referido en la literatura actual.

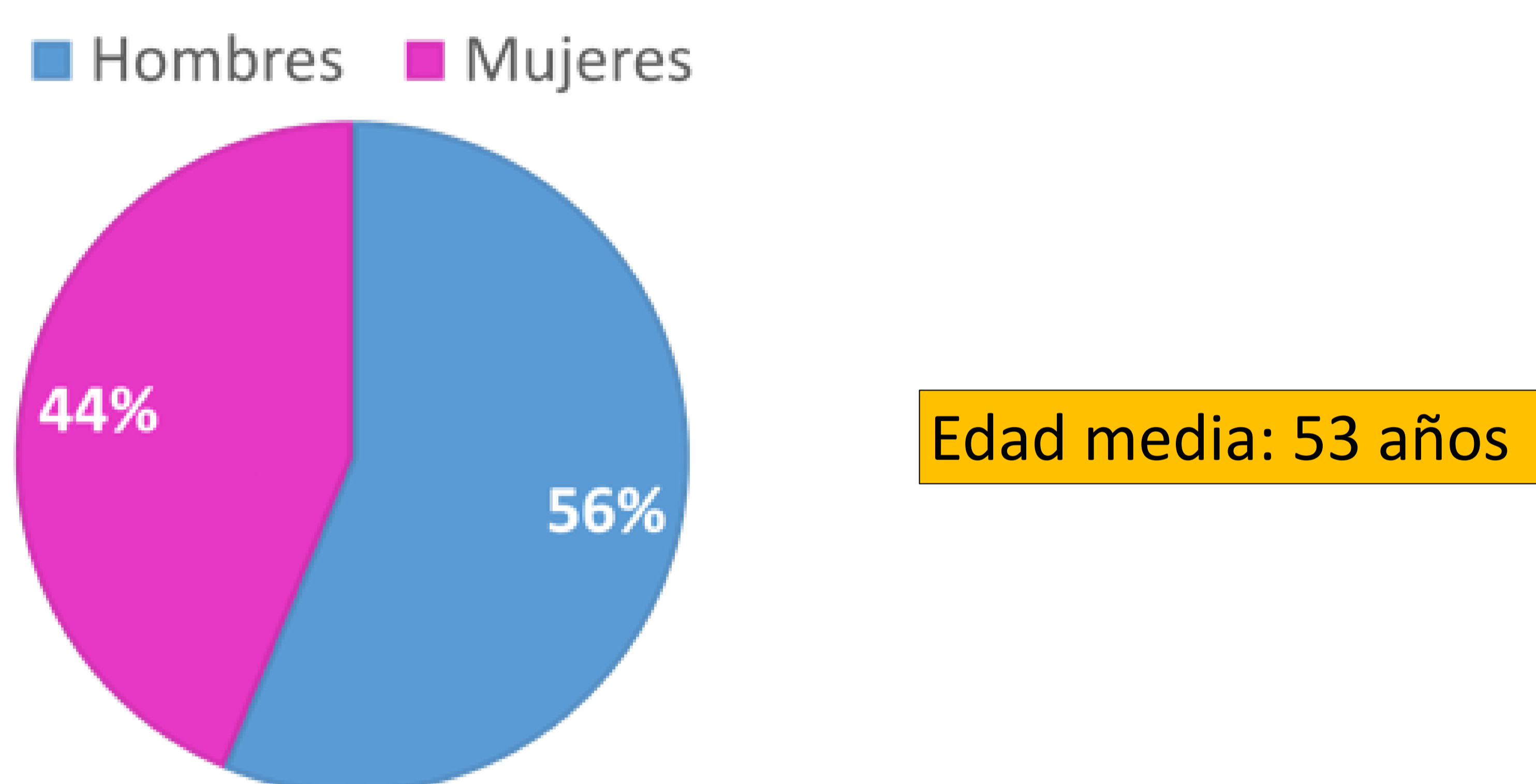


Figura 2. Sexo y edad de presentación de pseudoquistes en nuestro estudio.

Se trata de colecciones líquidas rodeados de una pared fibrosa que pueden aparecer en parénquima pancreático (lo más frecuente en cuerpo y cola pancreáticas) o adyacente a la glándula.

Presentación clínica:

Son asintomáticos y suelen aparecer entre 4-6 semanas tras un episodio de pancreatitis o en una pancreatitis crónica. En nuestro centro, ninguno de nuestros pacientes presentó sintomatología previa al diagnóstico.

Pseudoquiste

Hallazgos radiológicos

En el TC y RM se identifica como una lesión quística, ovalada o redonda, unilocular, homogénea con pared que realza tras la administración de contraste.

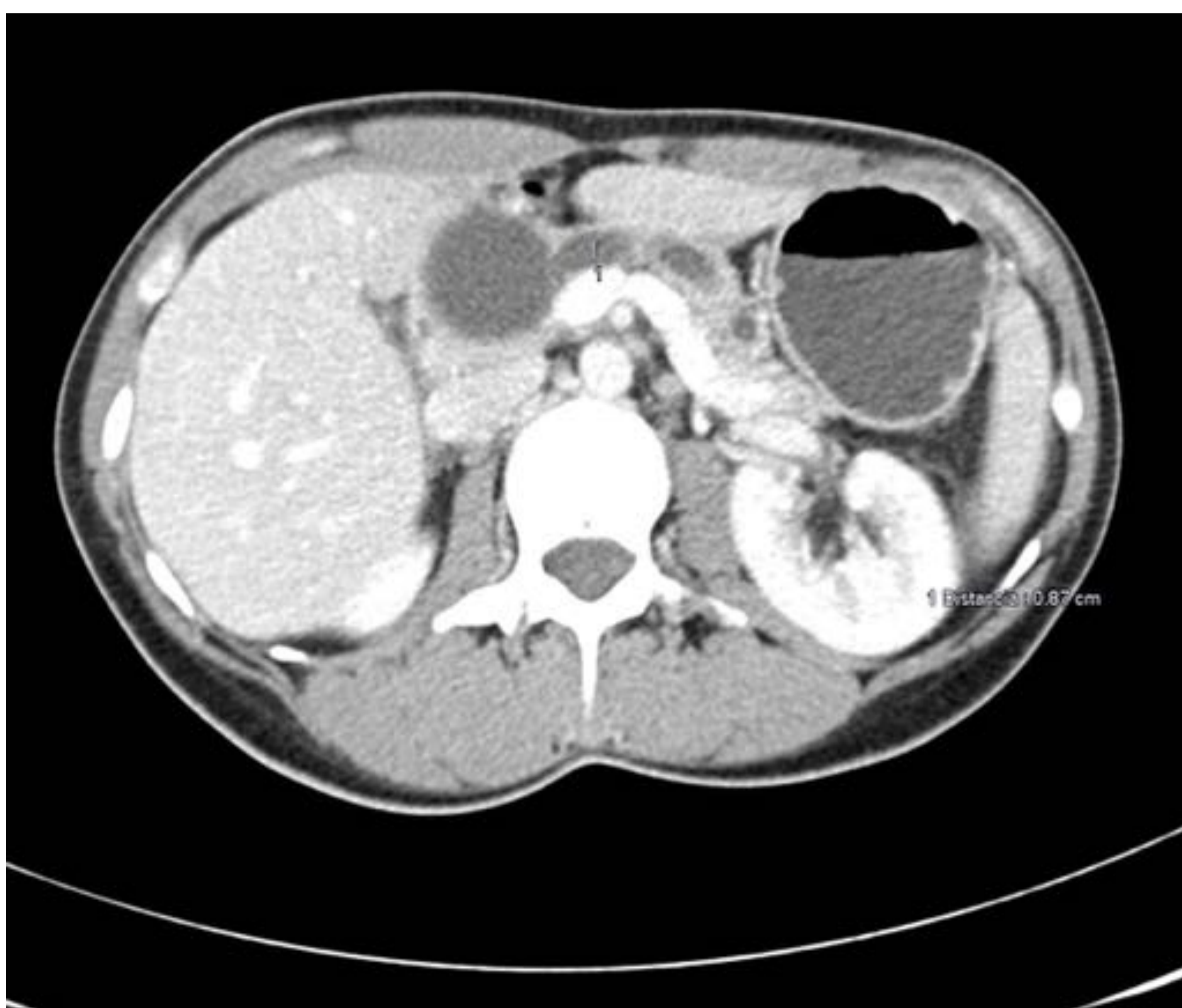


Figura 3. Mujer de 30 años. TC abdominal con CIV en fase portal axial y coronal. Colección de pared bien definida, de morfología redondeada en cuello pancreático con un diámetro aproximado actual de 4,4 x 4,4 x 5,2 cm compatible con pseudoquiste pancreático. El pseudoquiste provoca una obstrucción distal del conducto de Wirsung con un diámetro mayor aproximado de 9 mm (normal < 2mm), existiendo una atrofia corporocaudal pancreática.



Pseudoquiste

Tratamiento:

Dado que no maligniza el manejo es conservador. Es por ello que la AAG, recomienda no hacer seguimiento ni otras pruebas de imagen complementarias cuando el diagnóstico es claro.

Una excepción sería aquellos pacientes con episodios de pancreatitis y presencia de pseudoquistes, en los que habría que descartar malignidad como causante de la sintomatología, ya que los pseudoquistes no producen sintomatología y lo recomendable sería completar el estudio con ecoendoscopia.

Por otro lado, la diferenciación de pseudoquiste con respecto a otros tumores quísticos en pacientes asintomáticos es importante, ya que, si se tratase de un pseudoquiste el tratamiento podría ser un drenaje endoscópico sin necesidad de recurrir a cirugía. No disponemos de información sobre el motivo de la resección quirúrgica, en nuestros pacientes con pseudoquistes confirmados mediante Anatomía Patológica.



Cistoadenoma seroso

Lesión quística pancreática benigna.

Más frecuente en mujeres en 6ª-7ª década de vida. 8 de los 35 pacientes estudiados (26%) presentaron dicha entidad. De los cuales todos menos uno, fueron mujeres y la media de edad de presentación fue de 59 años, no obstante, en nuestra experiencia, el rango de edades de presentación es muy amplio, observándose hasta 3 casos en menores de 40 años.

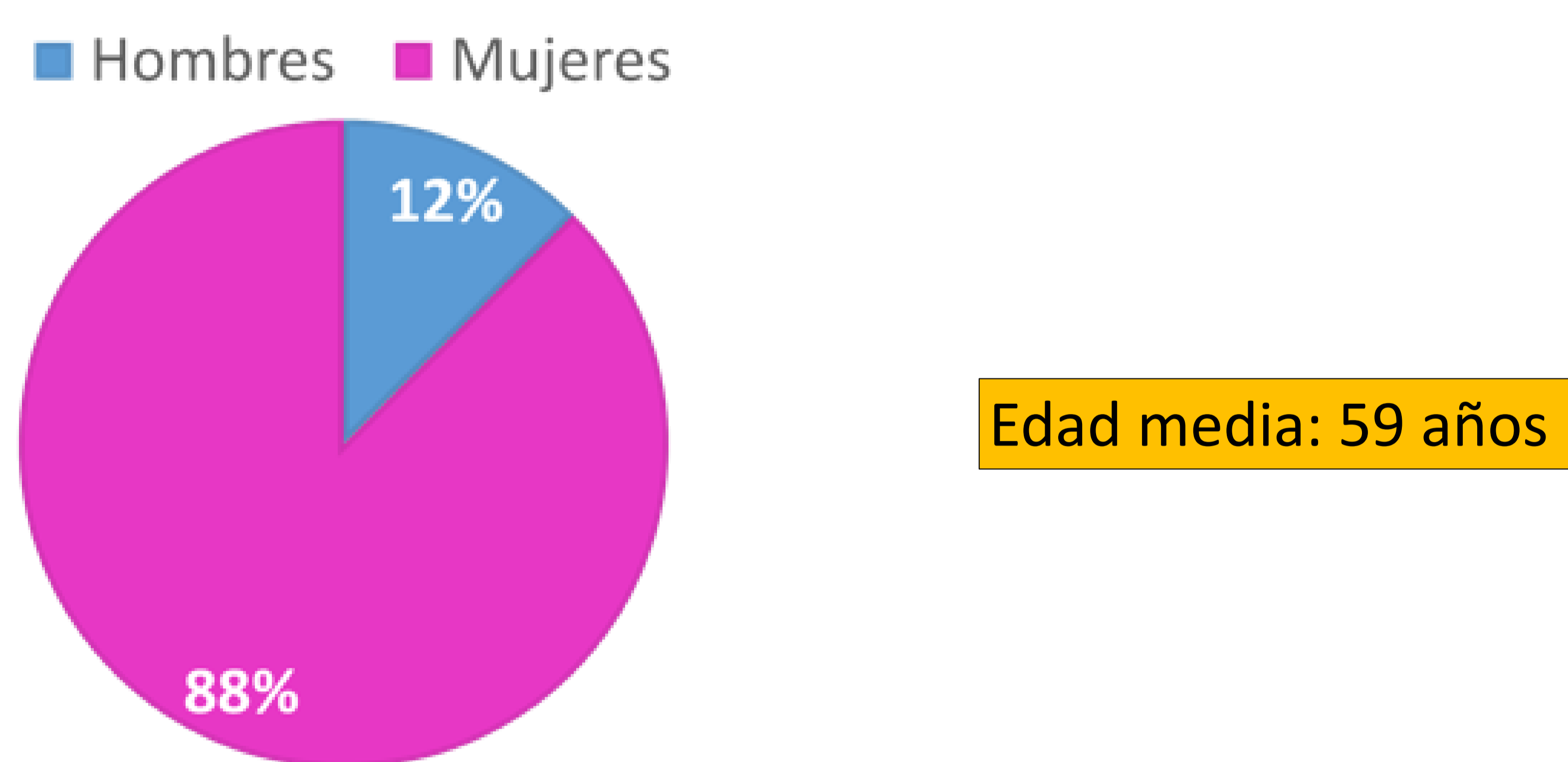


Figura 4. Sexo y edad de presentación de cistoadenoma seroso en nuestro estudio.

Suelen ser lesiones menores a 2 cm y aparecer en cuerpo y cola pancreáticos.

Presentación clínica:

Lo más frecuente es que sea asintomático. La totalidad de los pacientes se encontraban asintomáticos en el momento del estudio



Cistoadenoma seroso

Hallazgos radiológicos: En TC y RM se visualiza como una masa lobulada constituida por múltiples quistes (al menos 6), menores a 2 cm. Es patognomónico la presencia de una cicatriz central que puede tener una calcificación estrellada o en rueda de carro. Por efecto masa puede dilatar conductos, pero no comunica con el conducto pancreático.



Figura 5. Mujer de 38 años TC abdominal con CIV en fase portal, axial y coronal. En cola pancreática se visualiza una imagen hipodensa, de morfología redondeada de 2 cm en probable relación con pseudoquiste o cistoadenoma seroso, dado el tamaño de la lesión quística.

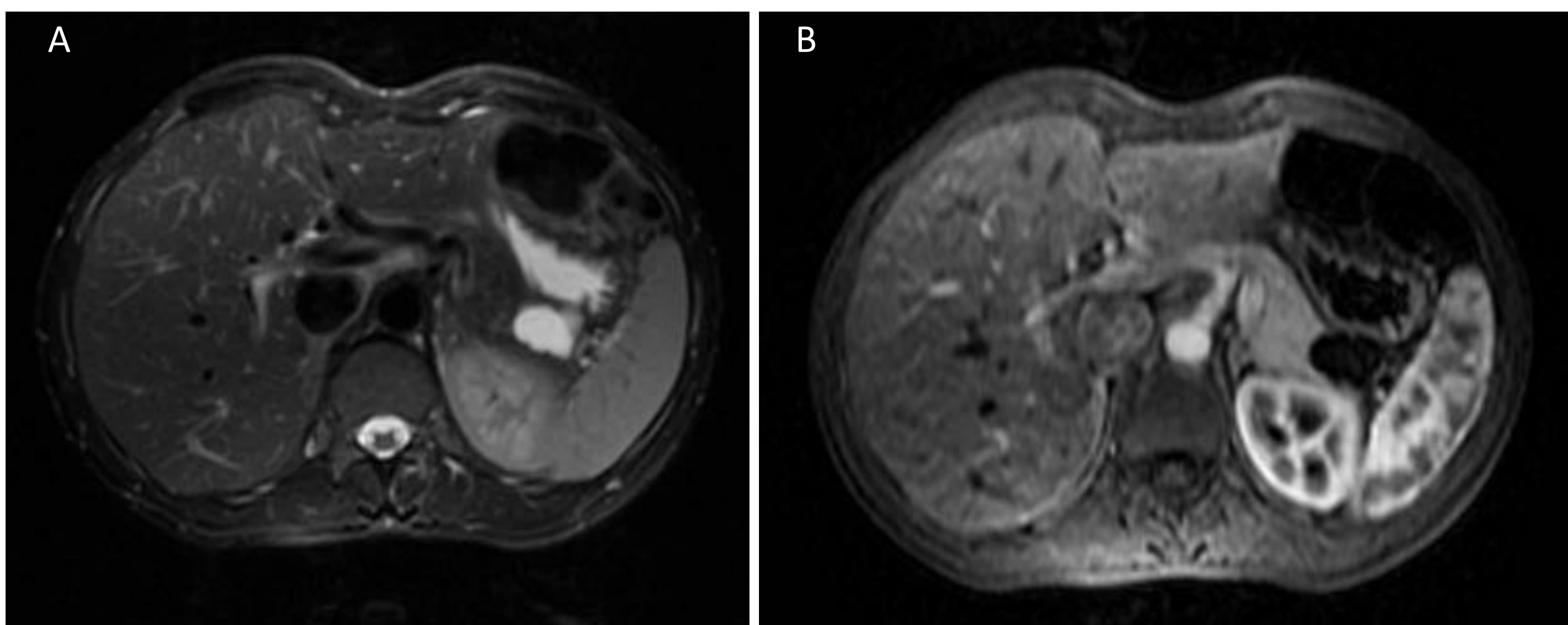


Figura 6. RM abdominal con CIV de la misma paciente. A T2 FATSAT. B 3D FSPGPGR + C. Lesión quística de 2 cm, sin realce tras la administración de gadolinio. No se identifica dilatación del conducto pancreático.



Figura 7. Mujer de 21 años. Ecografía: adyacente a superficie de la cola pancreática, se aprecia imagen redondeada, anecoica, quística, sin señal Doppler, de aproximadamente 18 mm, probablemente dependiente de la cola pancreática, tratándose de una lesión quística indeterminada.

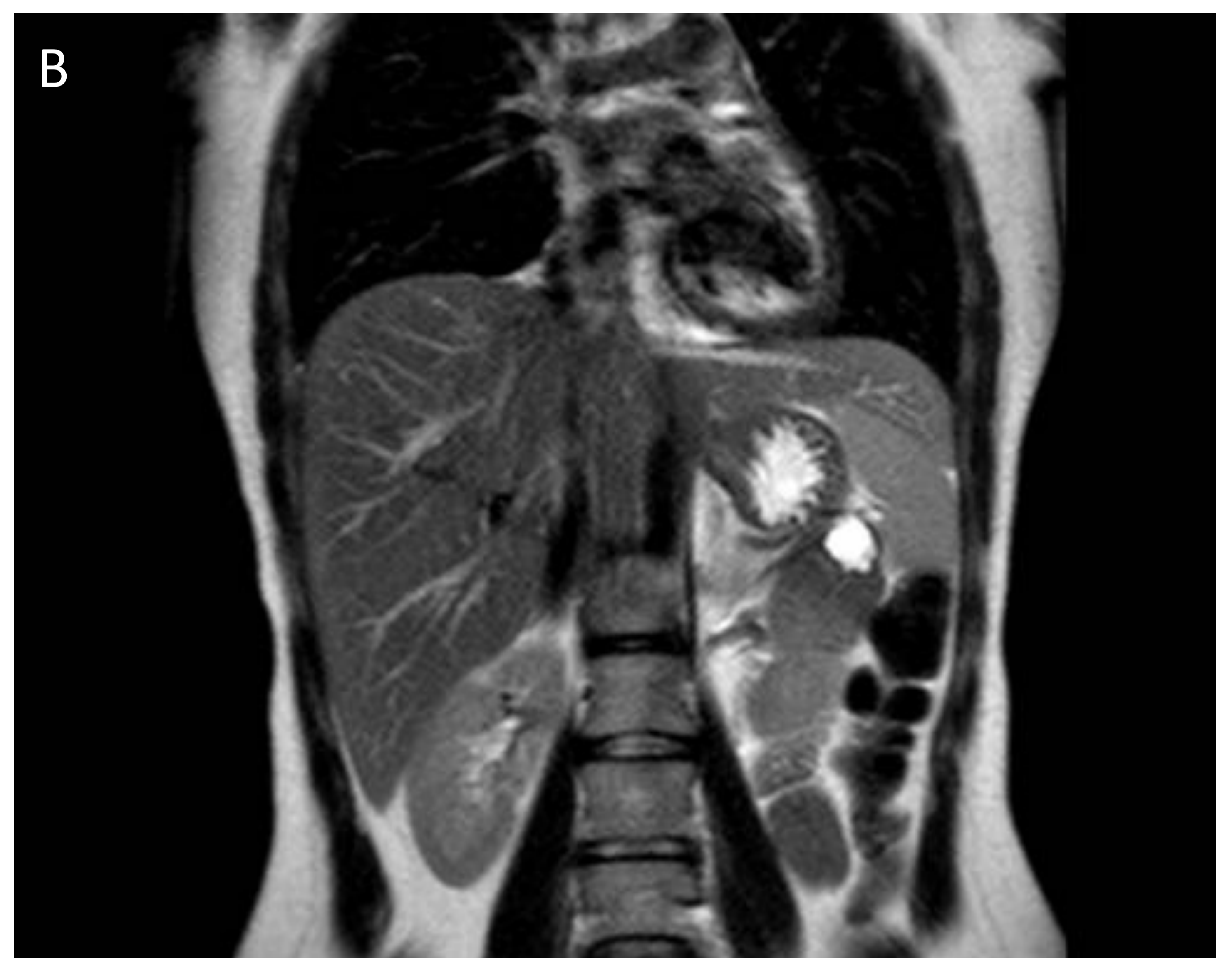
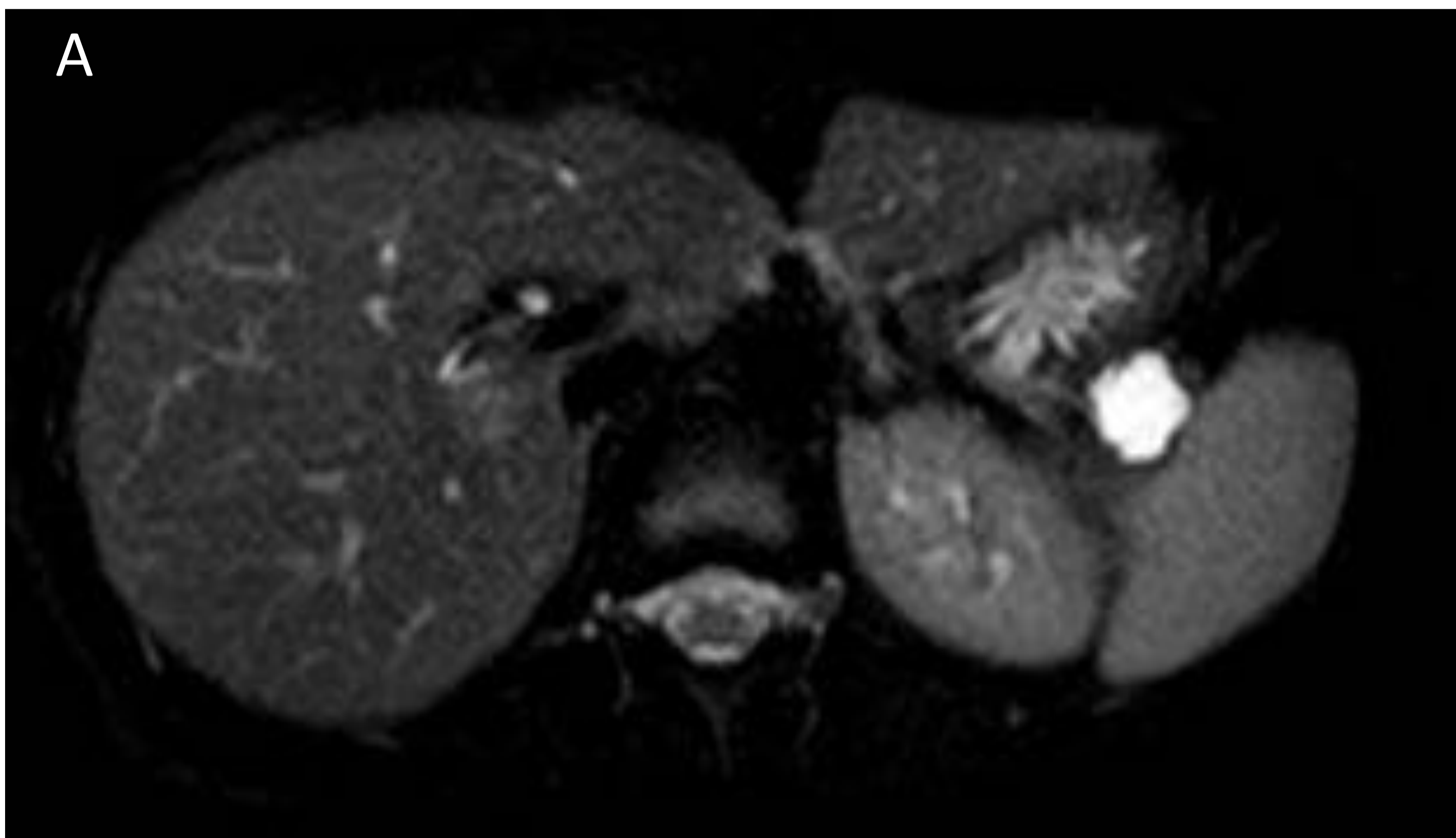


Figura 8: RM de la misma paciente. A. axial T2, B coronal T2. En cola pancreática, lesión quística de 2 x 1,7 cm, con pequeñas lobulaciones y algún fino tabique, no consiguiendo demostrar comunicación con conducto pancreático principal. Muestra tenue hipercaptación de contraste por parte del parénquima adyacente tras administración gadolinio, adoptando morfología pseudonodular en la periferia de la lesión.



Cistoadenoma seroso

Hallazgos radiológicos:

En nuestro hospital la primera prueba de imagen que se realizó fue el TC, completándose a continuación con RM en 4 casos, tan solo a una paciente se realizó fue la ecografía como primera prueba de imagen.

El GEETQP y LA AAG, coinciden en que el TC y la RM presentan similar tasa de caracterización en los tumores pancreáticos. Sin embargo:

- RM es más sensible para identificar:

- Comunicación con el conducto pancreático o la presencia de un nódulo mural, lo que nos orientaría a tumores de mayor malignidad.
- Identificación de múltiples lesiones quísticas.

Es por ello, que la RM sería la técnica de imagen de elección en el estudio de tumores quísticos pancreáticos.

- TC quedaría reservado para:

- Detección de calcificaciones en pacientes con pancreatitis crónica.
- Cánceres concomitantes.
- Afectación vascular, peritoneal o a distancia.
- Seguimiento en pacientes post operados.



Cistoadenoma seroso

En nuestro centro además de las técnicas de imagen antes descritas, a dos pacientes se les realizó ecoendoscopia, obteniendo valores elevados de CEA en una de ellas y resultados no diagnósticos, en la otra, motivos por los cuales, se decidió recurrir a la cirugía.

En cuanto al empleo de la ecoendoscopia en los tumores quísticos pancreáticos se trata de una técnica de imagen cuyos resultados han sido incluidos en el diagnóstico de estos pacientes desde 2012, aplicándose a un total de 6 pacientes (dos con cistoadenomas serosos y cuatro con TMPI).

Según el GEETQP:

- Se recomienda el uso de la ecoendoscopia como complemento diagnóstico a las pruebas de imagen, cuando éstas no son concluyentes.
- No se recomienda su uso si el diagnóstico ya está establecido y no existe clara indicación de cirugía, o si los resultados no fueran a modificar el manejo.



Cistoadenoma seroso

Tratamiento: conservador, ya que no tiene potencial maligno. En caso de causar síntomas, puede optarse por cirugía.

Dado que se trata de tumores benignos, el GEETQP, declara que el seguimiento recomendado en estos pacientes está basado en pruebas de imagen durante el primer año y mediante la clínica pasado este tiempo y únicamente se debería realizar cirugía en caso de sintomatología secundaria a la compresión de órganos adyacentes o si se produjese crecimiento del mismo, produciéndose éste último supuesto en dos de nuestros pacientes.



Figura 9. Esquema de seguimiento en C. seroso según el GEETQP.

El seguimiento en nuestro centro, difiere de las Guías realizándose mediante TC de forma anual y continuándose hasta la actualidad en 6 de los pacientes.



Cistoadenoma mucinoso

Se trata de una lesión premaligna, que se divide en displasia de bajo/alto grado o invasivo, ya que tiene riesgo de evolución a carcinoma.

Más común en mujeres en la 5ª década. Todos los pacientes fueron mujeres y la edad media de presentación fue de 68 años.

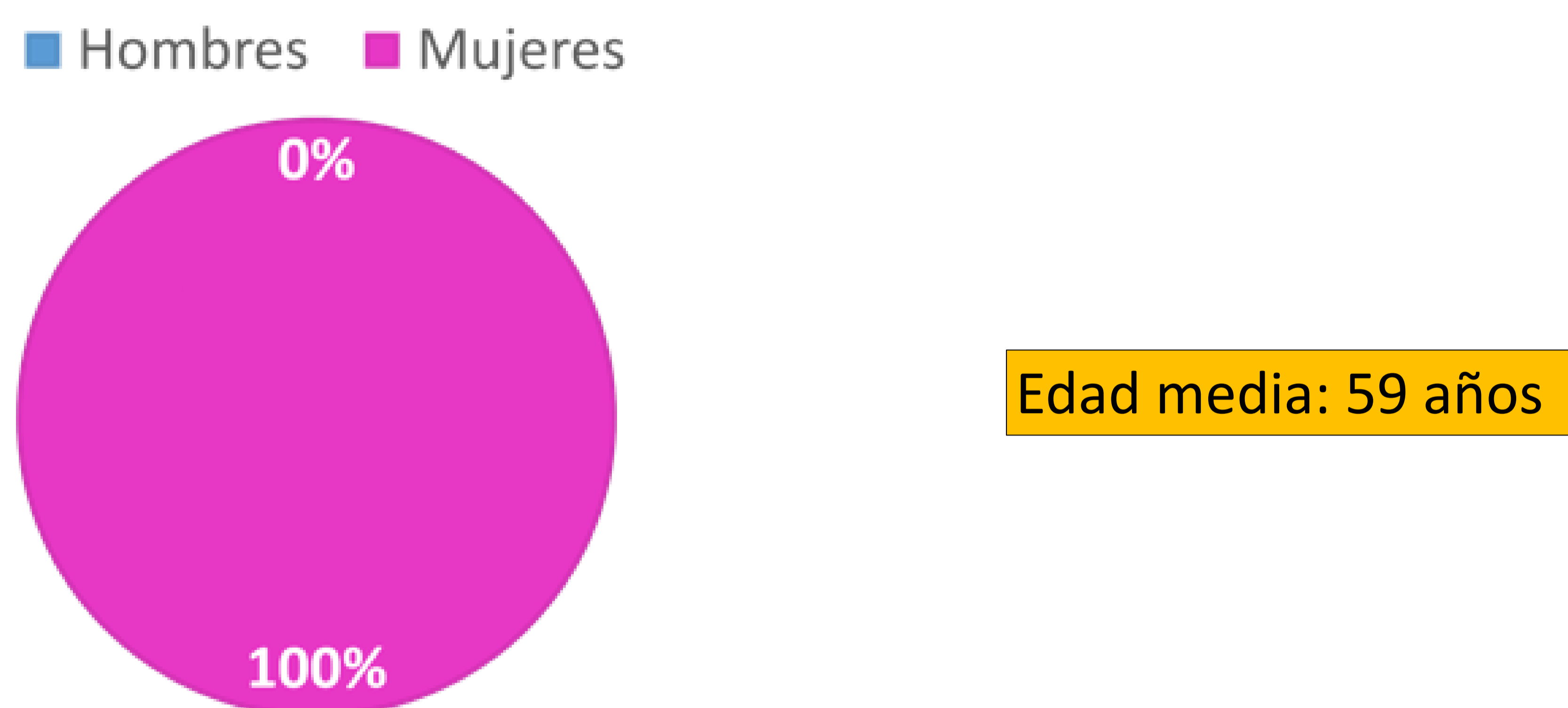


Figura 10. Sexo y edad de presentación de cistoadenoma mucinoso en nuestro estudio.

Suelen ser lesiones quísticas > 2 cm en cuerpo y cola pancreáticos.

Presentación clínica:

Lo más frecuente es que sea asintomático. Ninguno de nuestros pacientes presentaban sintomatología en el momento del estudio.



Cistoadenoma mucinoso

Hallazgos radiológicos: En TC y RM se identifica como una lesión quística multiloculada (menos de 6 quistes) mayores de 2 cm con septos finos. Pueden tener calcificaciones. No tienen comunicación con el conducto pancreático.

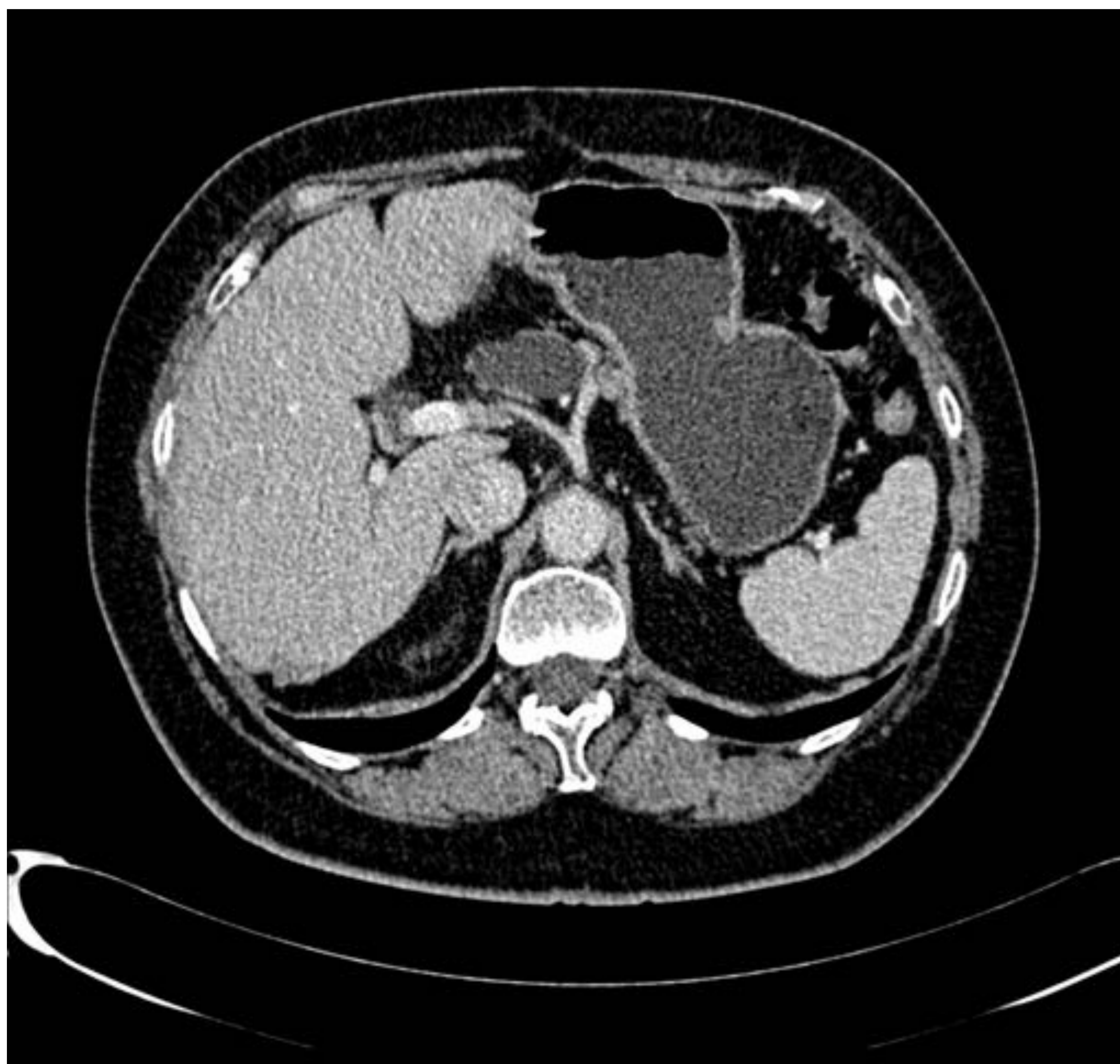


Figura 11. Mujer de 65 años. TC abdominopelvico con CIV en fase portal. Imagen quística en cuello pancreático con septo incompleto en su interior de 3,8 cm. Conducto pancreático patente sin evidencia de dilatación del mismo.



Cistoadenoma mucinoso

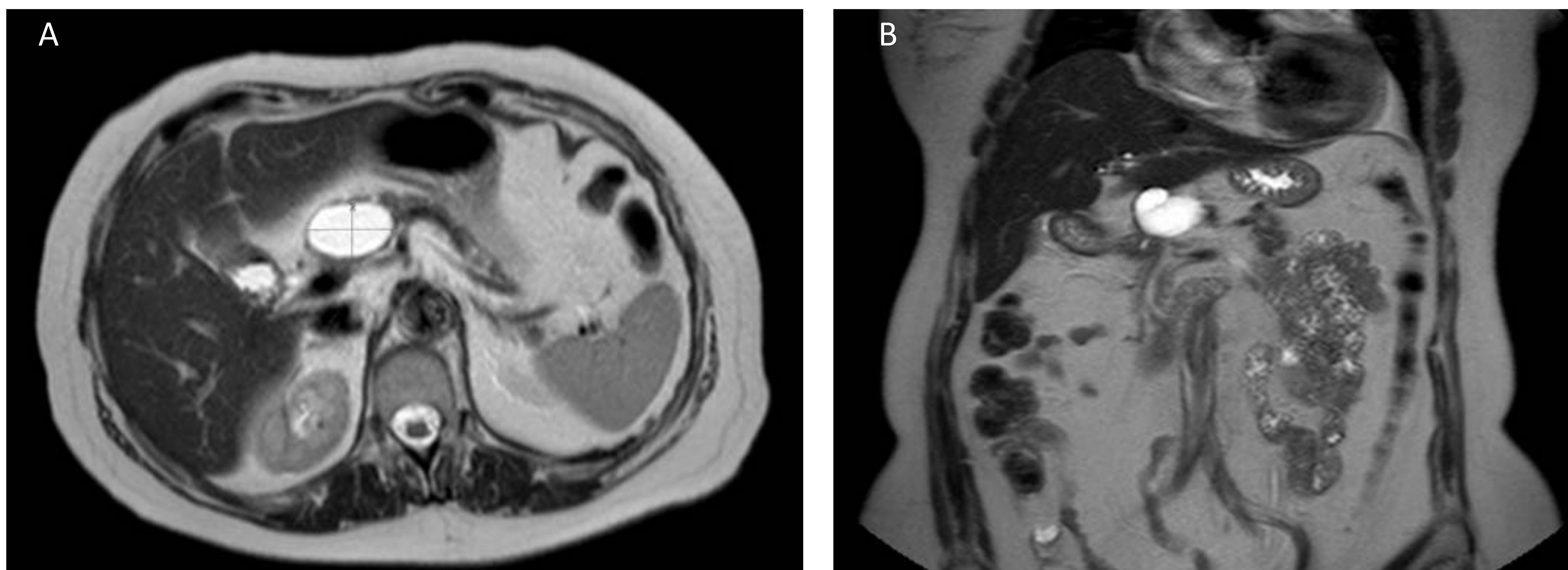


Figura 12. Misma paciente. RM con CIV. A axial T2, B. Coronal T2. Imagen quística con septo incompleto en su interior, inespecífica desde el punto de vista radiológico en cuello pancreático que mide 38 x 24 x 27 mm. (TR x AP x CC) y que puede corresponder a un quiste, a una tumoración quística e incluso si hubiera habido historia clínica de pancreatitis a un pseudoquiste.

Conducto pancreático patente sin evidencia de dilatación del mismo es decir sin que la imagen quística produzca repercusión retrógrada.



Cistoadenoma mucinoso

Tratamiento: El tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Para el manejo de las lesiones quísticas mucinosas el GEETQP propone los criterios revisados de Sendai, que divide las características morfológicas de las lesiones quísticas del páncreas en 2 categorías:

INDICACIONES ABSOLUTAS	INDICACIONES RELATIVAS
Citología positiva para malignidad	Crecimiento ≥ 5 mm/año
Masa sólida	CA. 19. > 37 U/mL
Ictericia	Diámetro del quiste ≥ 40 mm
Nódulo mural ≥ 5 mm	Nódulo mural < 5 mm
Dilatación del CPP ≥ 10 mm	Dilatación del CPP 5-9.9 mm
	DM de nueva aparición
	Pancreatitis aguda (causada por TMPI)

Figura 12. Criterios absolutos y relativos de cirugía en tumores mucinosos.

El tamaño del quiste parece ser el factor de riesgo más debatible, mientras el GEETQP establece el tamaño límite del quiste de 40 mm, para ser considerado de riesgo, la AAG, establece que se trataría de un factor de riesgo independiente, recomendando el manejo conservador si no existe ninguna otra característica preocupante.

El manejo recomendado por el GEETQP, en este tipo de lesiones consiste en la resección quirúrgica en tumores de más de 3 cm o si existe sintomatología o factores de riesgo independientemente del tamaño del quiste.



Cistoadenoma mucinoso

Tratamiento:

En quistes menores a < 3 cm, puede ser complicado diferenciar un CM pequeño de otras lesiones quísticas, por lo que se recomienda seguimiento del mismo.

En cuanto al seguimiento, la AAG establece una periodicidad dependiendo del tamaño de la lesión, cada 2 años si es < 1 cm, cada año en lesiones de 1-2 cm y en lesiones de entre 2 y 3 cm, valorar completar estudio con punción-aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia (EUS-PAAF) y si se confirmase CM, repetir RM o EUS en 6- 12 meses.

El GEETQP, por el contrario, no hacen distinción en el tamaño del quiste y aconsejan seguimiento cada 6 meses el primer año y después anualmente.

La técnica de imagen de elección en estos pacientes recomendada en ambas guías consiste en la RM y la EUS o la combinación de ambas.



Cistoadenoma mucinoso

Tratamiento:

En lo referente a nuestros pacientes, dos de ellos presentaban una lesión quística inferior a 2 cm, tratándose por tanto de una lesión de difícil caracterización. En uno de ellos se decidió completar el estudio posteriormente con RM, y en el otro conforme al GEETQP, se realizó seguimiento mediante TC, observándose crecimiento de la lesión pancreática y alcanzando un diámetro superior a 3 cm sin otros factores de riesgo.

El resto de pacientes presentaban lesiones quísticas de gran tamaño, sugerentes de CM y que cumplían el criterio relativo de cirugía: diámetro del quiste ≥ 40 mm.

En todos los casos el resultado final fue la resección quirúrgica, por lo que consideramos que, al tratarse de cirugías complejas en pacientes habitualmente mayores con comorbilidades, es fundamental determinar que pacientes serían candidatos a cirugía, ya que el riesgo quirúrgico podría exceder al riesgo de progresión a cáncer.



Cistoadenoma mucinoso

Tratamiento:

En cuanto al tipo de cirugía a realizar ambas guías establecen que en aquellos CM cuyas técnicas de imagen indiquen alto grado de displasia, se realice pancreatometomía distal con esplenectomía y linfadenectomía. Si no existen alto riesgo de malignidad se puede realizar una cirugía más conservadora preservando el bazo.

En nuestros pacientes el tratamiento consistió en una resección conservadora con preservación del bazo, con la excepción de una paciente cuya lesión quística era superior a los 7 cm, requiriendo un esplenopancreatectomía corporocaudal.

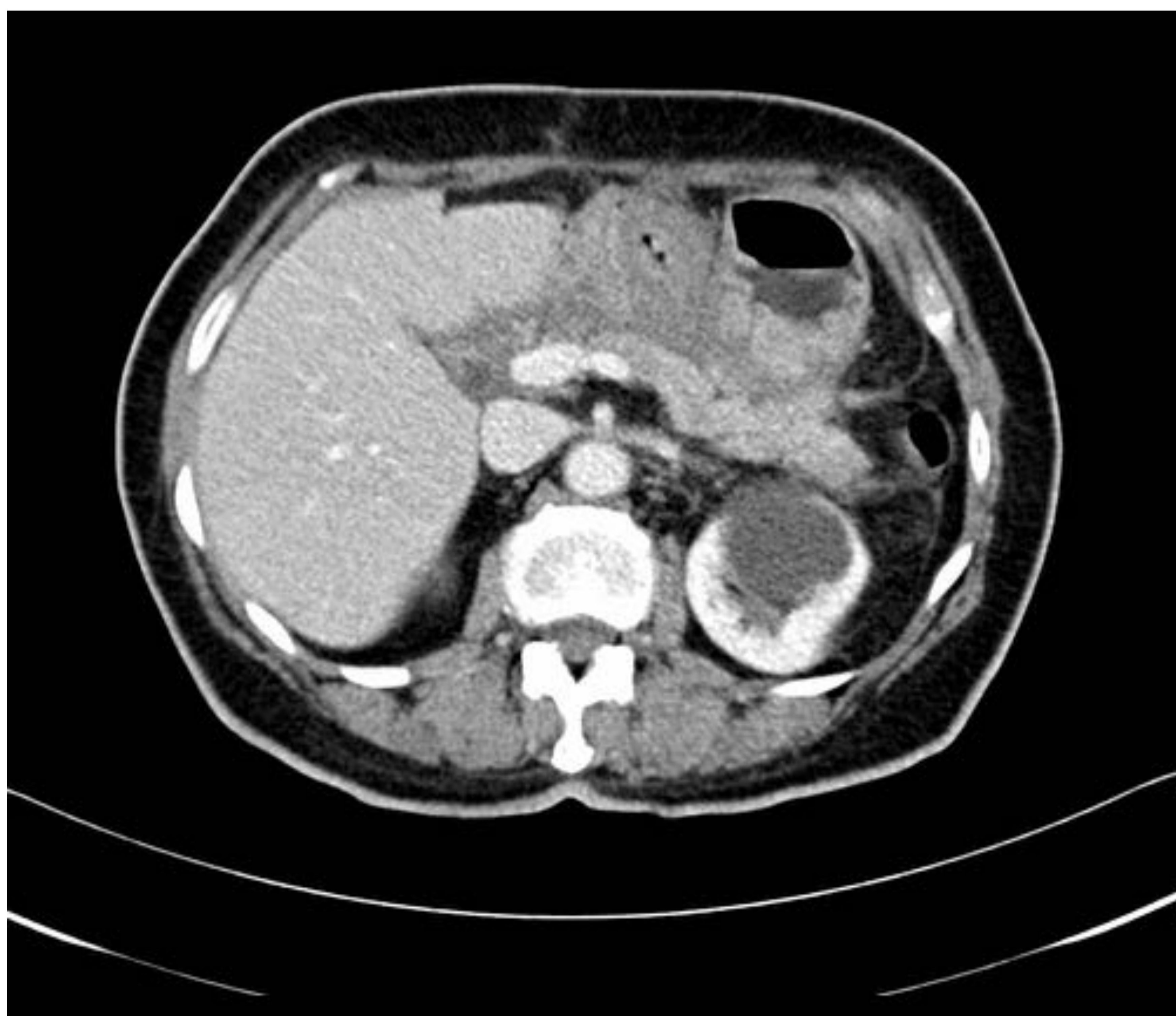


Figura 13. TC abdominal en fase portal. Misma paciente de las figura 11 y 12 tras cirugía. Presencia de pequeña cantidad de líquido libre periesplénico y en región inferior a unión esofagogástrica. Ausencia de cabeza y cuello pancreáticos y marco duodenal con anastomosis gastroyeyunal. Se identifica también aumento de densidad de forma difusa de la grasa intraperitoneal y engrosamiento peritoneal así como de las fascias pararenal anterior izquierda y lateroconal izquierda.



Tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI)

Es un tumor maligno. Se divide en IPMN de conducto principal, de rama y combinado (el más frecuente).

Es más común en hombres en torno a los 60-80 años. En nuestro centro 3 fueron hombres y la edad media fue de 55 años.

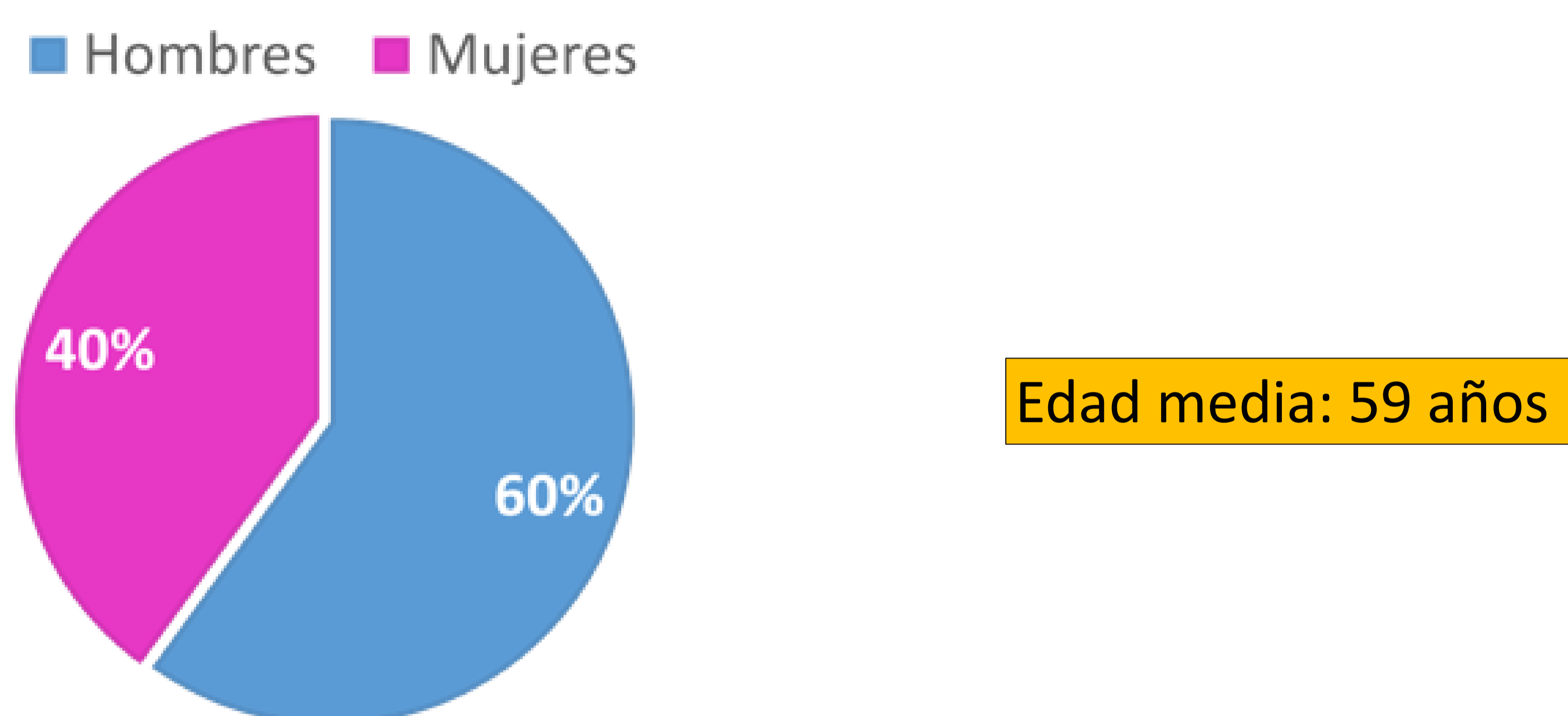


Figura 14. Sexo y edad de presentación del tumor mucinoso papilar intraductal en nuestro estudio.

Presentación clínica: Suele causar sintomatología en forma de síntomas abdominales inespecíficos o simular una pancreatitis crónica (dolor, pérdida de peso, diarrea, ...). No obstante tan sólo 1 de los pacientes presentaba clínica en forma de dolor en epigastrio, con hiporexia, náuseas y vómitos.



Tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI)

Hallazgos radiológicos: En TC y RM se visualiza como una lesión quística que se originan o comunican con el conducto pancreático, provocando su dilatación junto con nódulos murales que realzan, y que pueden tener calcificaciones puntiformes.

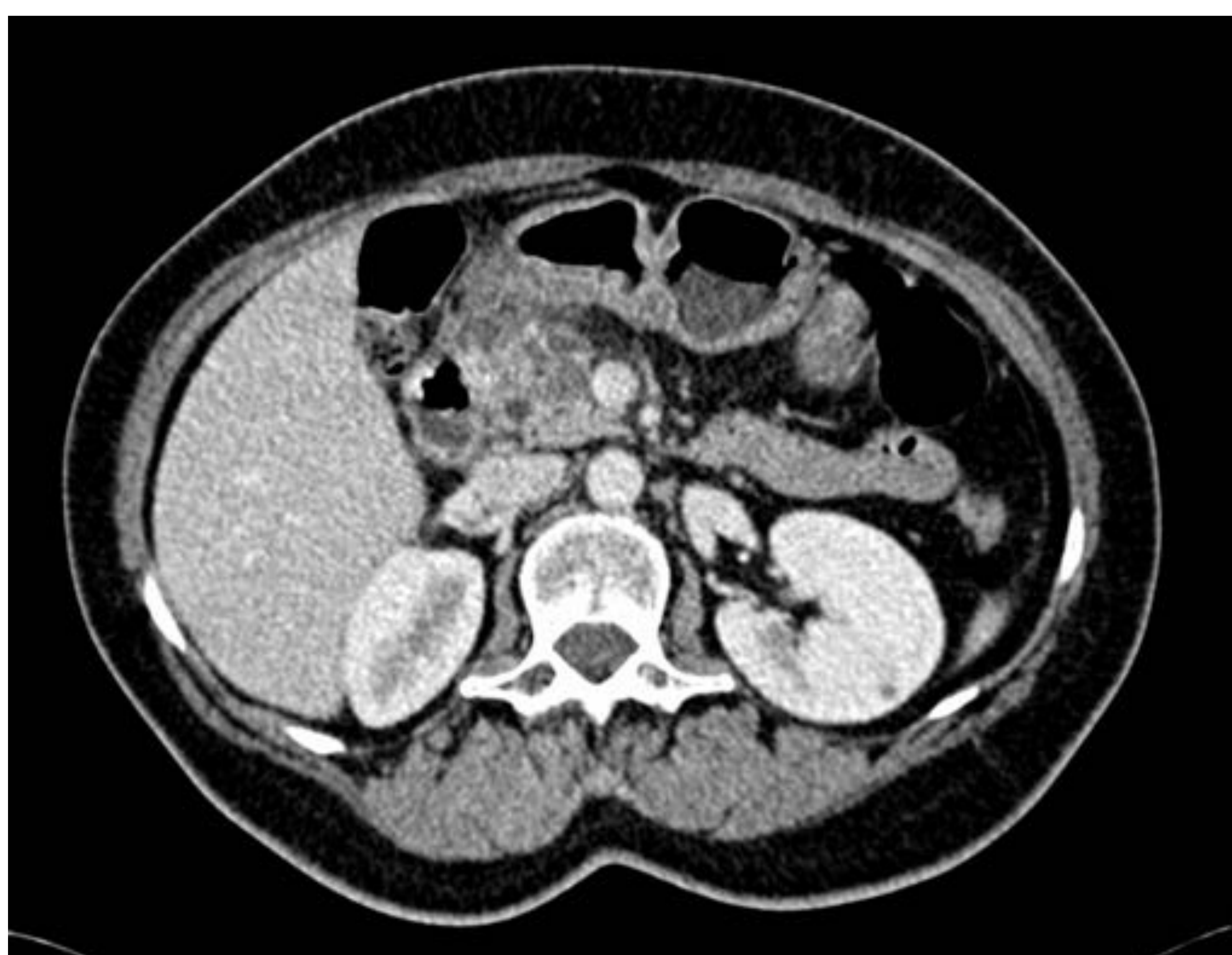


Figura. 15. Mujer de 50 años. TC abdominal axial con CIV en fase portal. Lesión en cabeza de páncreas, quística, con eje máximo aproximado de 4 cm, multitabizada. Se objetiva discreto aumento de la cabeza pancreática, probablemente edematosa, con afectación de la grasa perilesional, siendo más evidente en área anterior y lateral a la cabeza. Hallazgos que sugieren cambios por pancreatitis a dicho nivel. No se objetivan en el momento actual complicaciones reseñables. Se observan ganglios subcentimétricos, locorregionales, de características reactivas.



Tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI)

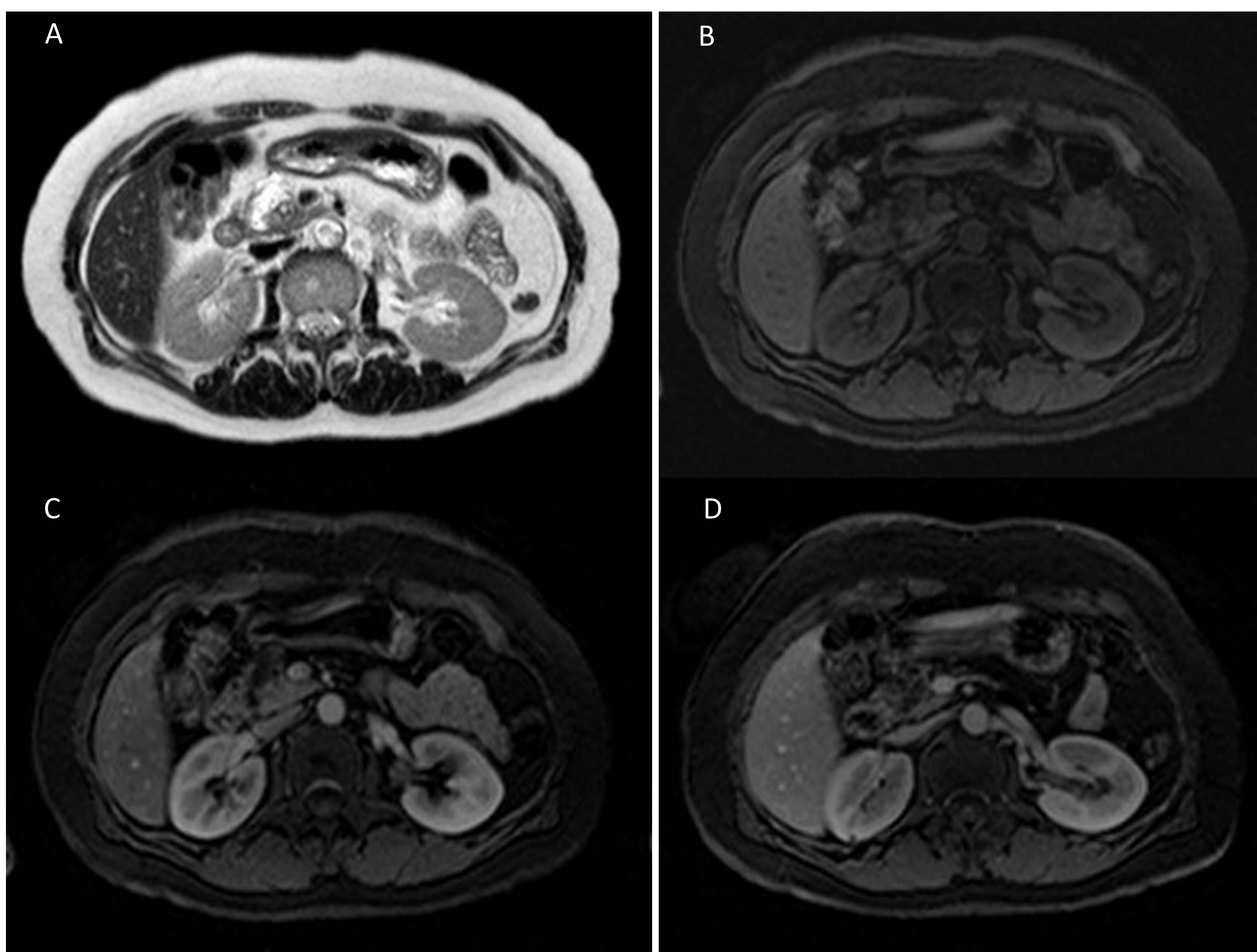


Figura 16. RM abdominal axial con CIV de la paciente anterior. A axial T2. B, C y D axial THRIVE en fase basal, arterial y venosa respectivamente. Lesión quística 3,9 cm en la cabeza pancreática de contorno lobulado, con septos son gruesos e irregulares que realzan tras la administración de CIV. Dilatación del conducto pancreático principal y conducto de Wirsung. No se observan nódulos murales.

En nuestro hospital, la primera prueba de imagen que se realizó fue TC completándose posteriormente el estudio con RM. También a 4 de estos pacientes se les sometió a ecoendoscopia.



Tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI)

Tratamiento: El tratamiento de elección varía según el tipo, dado que presentan diferente potencial de transformación maligna, siendo mayor en el TMPI de conducto principal. Por lo que en el IPMN de conducto principal y combinado: resección quirúrgica. En el TMPI de rama:

- Sintomático: resecar siempre.
- Paciente mayor con pocos síntomas: monitorización.
- Paciente joven con factores de riesgo de malignidad y mayor de 3 cm: cirugía

En nuestro estudio se observó que se procedió a la resección quirúrgica en todos los pacientes del estudio, realizándose únicamente seguimiento como primera medida, en uno de los casos, en el que la lesión quística presentaba un tamaño menor a 2 cm, y por tanto de difícil caracterización y en la que posteriormente se observó crecimiento.



En la valoración del riesgo de potencial maligno en los TMPI se aplican los mismos criterios que en MCN, de manera que el GEETQP establece que:

- TMPI que no tengan indicaciones de cirugía, se recomienda seguimiento cada 6 meses el primer año y posteriormente de forma anual. Dado que el riesgo de progresión del TMPI aumenta con el tiempo, el seguimiento se debe de hacer de por vida, hasta que el paciente no sea apto para someterse a un tratamiento quirúrgico.

-Pacientes con una indicación relativa de cirugía e importantes comorbilidades: control temprano a los 6 meses con RM o EUS.

-Pacientes que tengan una o más de una indicación relativa de cirugía sin comorbilidades: cirugía.

-Los pacientes con dos o más indicaciones relativas de cirugía independientemente de las comorbilidades: cirugía

-Los pacientes con indicaciones absolutas, lo recomendable es hacer siempre cirugía.

En pacientes jóvenes se debe evaluar el riesgo/beneficio de una cirugía, ya que una resección del tumor, seguiría requiriendo un seguimiento de por vida.



Al aplicar estas indicaciones de cirugía, en nuestra experiencia, observamos que tres de nuestros pacientes presentaban criterios absolutos de resección quirúrgica: citología positiva para malignidad y dilatación del conducto pancreático igual o superior a 10 mm.

En cuanto a los otros dos pacientes, uno de ellos presentaba una única indicación relativa (diámetro del quiste ≥ 40 mm) y el otro presentaban tres indicaciones relativas (diámetro del quiste ≥ 40 mm, dilatación del conducto pancreático 5-9.9 mm y CA 19.9 > 37 U/mL).

Por lo que acorde a las Guías se procedió a su resección quirúrgica.

Tras la cirugía el seguimiento se realiza con RM o EUS, con diferente periodicidad según el grado de displasia. Los TMPI asociados a carcinoma invasivo requieren el mismo seguimiento que un cáncer pancreático. En TMPI con alto grado de displasia la observación es cada 6 meses los 2 primeros años, y posteriormente cada año, y los TMPI de bajo grado de displasia presentan las mismas recomendaciones de seguimiento que los TMPI no resecados.

En nuestro centro, la periodicidad de seguimiento difiere discretamente con respecto a las Guías, aplicándose anualmente y utilizando TC como técnica de imagen de elección, independientemente del grado de displasia.



Diagnóstico diferencial

Tumor neuroendocrino con degeneración quística.

Tumor quístico pancreático muy poco frecuente. En nuestro estudio tan solo se reportó un caso en un varón de 68 años, que no se incluyó en el conteo de TQP, pero hemos querido incluirlo en el diagnóstico diferencial, ya que siempre debemos tenerlo presente a la hora de interpretar los estudios de imagen, por tratarse de una lesión potencialmente maligna.

La lesión era no funcionante y por tanto asintomática, lo más frecuente en este tipo de lesiones.

Es más común cuerpo y cola (nuestro paciente presentaba dicha lesión en cola pancreática).

Hallazgos radiológicos:

Se trata de una lesión quística, septada bien circunscrita y con un anillo de realce hipervascular, con áreas necróticas y/ o calcificaciones.

Tratamiento:

Tiene variable potencial maligno por lo que la resección quirúrgica es el tratamiento de elección.



Figura 17. Varón de años 68 años. TC abdominal axial con CIV en fase portal. Formación quística en la cola del páncreas, de 6 cm de diámetro. Pared delgada, lineal, de bordes regulares, con grosor discretamente variable y calcificaciones puntiformes. La densidad quística es homogénea y no se detectan tabicaciones ni nódulos sólidos. Tras la introducción de contraste venoso se observa realce homogéneo de la pared sin que se detecten realces patológicos en el interior de la lesión.

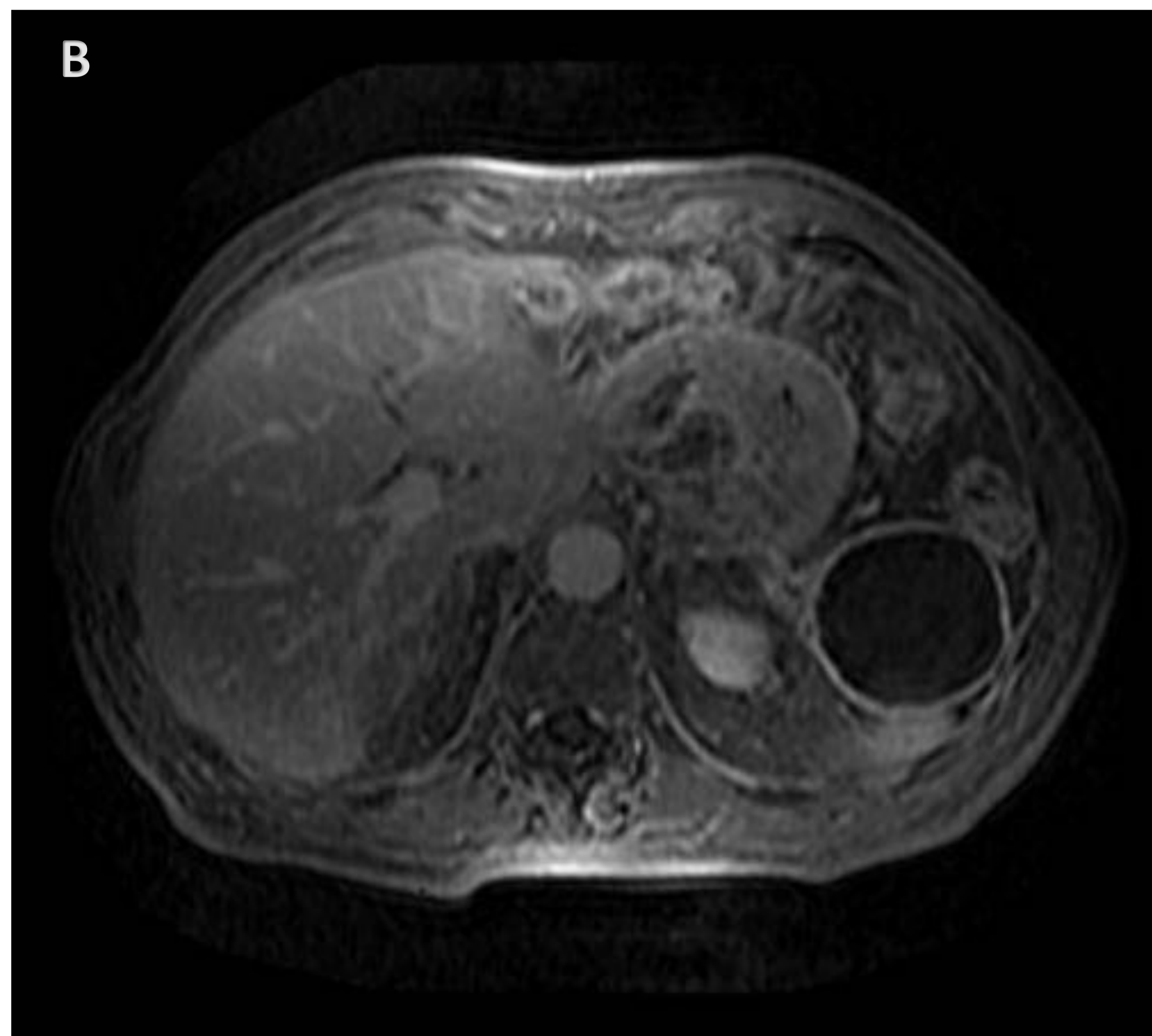
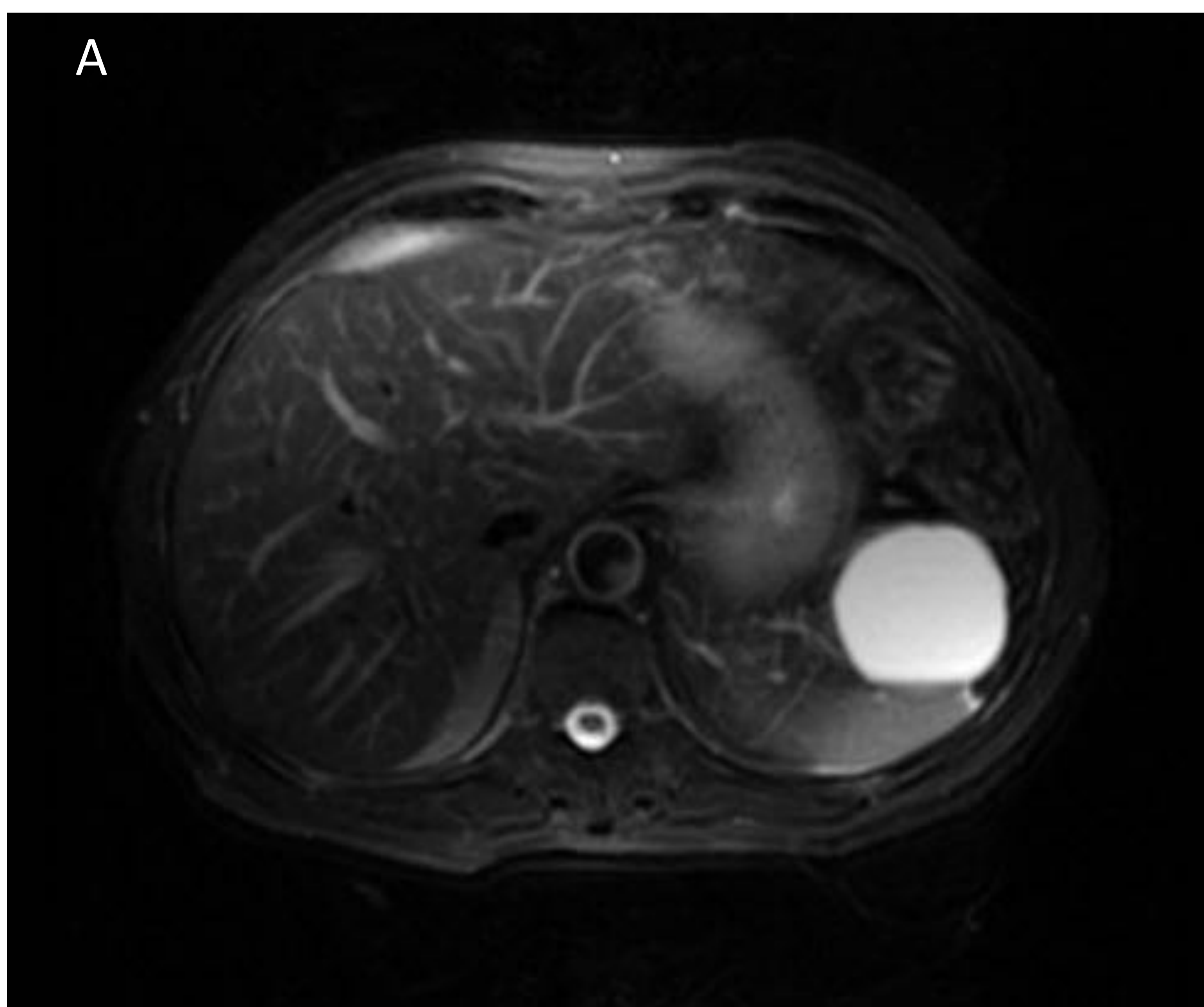


Figura 18. RM del paciente anterior. A T2 FAT SAT. B AXIAL 3D FSPGR +C. Lesión quística en cola de páncreas de 5,84 x 5,91 x 5,49 cm, con nivel en su interior líquido-líquido, probablemente por contenido proteico más denso en su región más declive.



Conclusiones

Las lesiones quísticas pancreáticas suponen un reto diagnóstico desde el punto de vista radiológico, cuya evaluación precisa es fundamental para determinar su manejo, no obstante, en ocasiones las técnicas de imagen no son suficientes.

Por otro lado, a pesar de que las Guías de la GEETQP y la AAG, recomiendan un manejo más conservador, la insuficiente evidencia a largo plazo de estas Guías hace en nuestra experiencia, que los facultativos prefieran la cirugía frente al seguimiento.