

ARTÍCULO ORIGINAL**Quistes epiteliales de páncreas en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo 1990-2015****Epithelial cysts of pancreas in Guantánamo 1990-2015**

Carlos Manuel Rodríguez Lobaina, Ángel Píriz Momblant, Carlos Manuel Rodríguez Marcheco, Rafael Pérez López

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, ambipectivo, longitudinal sobre los quistes epiteliales del páncreas en la población guantanamera del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo durante 1990 al 2015, con el objetivo de caracterizar aspectos relacionados con los quistes epiteliales del páncreas en los pacientes egresados del Servicio de Cirugía General. Las variables analizadas fueron pacientes operados, no operados, grupos etarios, sexo, sintomatología, elemento clínico predominante, localización del tumor, tamaño del tumor, tipo histológico y técnica quirúrgica. Se destacó la presencia de pacientes operados con respecto a los no operados, y entre ellos las del sexo femenino. Se observa predominio de pacientes sintomáticos respecto a los asintomáticos. El elemento clínico predominante fue la epigastralgia en los tumores localizados en el cuerpo del páncreas. La técnica quirúrgica más empleada fue la pancreatectomía distal con esplenectomía.

Palabras clave: quistes epiteliales; páncreas; cirugía; pancreatectomía

ABSTRACT

A descriptive, ambipective and longitudinal study was performed on the epithelial cysts of the pancreas in the Guantánamo population of the General Teaching Hospital Dr. Agostinho Neto de Guantánamo during 1990 to 2015, with the objective of characterizing aspects related to the epithelial cysts of the pancreas in patients graduates of the General Surgery Service. The variables were analyzed: operated patients, non-operated, age groups, sex, symptomatology, predominant clinical element, tumor location, tumor size, histological type and surgical technique. The presence of operated patients with respect to the non-operated ones, and among them the female ones, was emphasized. There is a predominance of symptomatic patients compared to asymptomatic patients. The predominant clinical element was epigastralgia in tumors located in the body of the pancreas. The most commonly used surgical technique was distal pancreatectomy with splenectomy.

Keywords: epithelial cysts; pancreas; surgery; pancreatectomy

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el desarrollo tecnológico es impetuoso; sin embargo, resulta difícil dar solución efectiva a las enfermedades pancreáticas que necesitan tratamiento quirúrgico. En las últimas décadas, cuando la cirugía pancreática ha pasado a ocupar un lugar connotado en la cultura médica relacionada con la cirugía general, se enfatiza la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportuno de las pancreatopatías.

Hoy, en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", la manera de informarse respecto al tema de investigación es por medio de la práctica clínica-quirúrgica diaria, de las experiencias personales o de las comunicaciones verbales con otros profesionales durante las presentaciones de casos clínicos y su discusión diagnóstica en los pases de visita docente o en las entregas de guardia médica, así como mediante las prácticas personales no siempre suficientes en la atención médica a pacientes durante las guardias médicas.

Es por ello que los autores aprecian que se requiere de una mayor socialización de las características de los pacientes con quistes epiteliales del páncreas atendido en este servicio de salud. En este sentido, se reconoce que por diferentes factores, no se cuenta con un

referente desde el cual poder deslindar aspectos relacionados con los pacientes con esta afección, las características de estos quistes y cómo se han tratado quirúrgicamente, lo que es indicativo de una necesidad tangible: la elaboración de una herramienta teórica que permita a cirujanos graduados, residentes en formación y estudiantes de medicina familiarizarse con esta información, además de que permita precisar los logros y desafíos del servicio en el tratamiento de este problema de salud.

Los cirujanos que se desempeñan en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" no cuentan con un referente donde queden sistematizados aspectos relacionados con las características de los pacientes con diagnóstico de quistes epiteliales del páncreas, las singularidades de estos quistes y de su tratamiento en el contexto de este trabajo. Por lo que se reporta esta experiencia.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, ambiepectivo, longitudinal, con el propósito de caracterizar el comportamiento de las variables clínicas, epidemiológicas y sociodemográficas de interés para el autor en relación con los pacientes egresados con el diagnóstico de quiste epitelial del páncreas del Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" en el período comprendido entre los años 1990 y 2015.

El universo de estudio estuvo conformado por los 38 pacientes atendidos con quiste epitelial del páncreas en este servicio escogiendo una muestra de 25, los que satisficieron los siguientes criterios de inclusión: Pacientes diagnosticados con quiste epitelial del páncreas con edad igual o mayor a 15 años y pacientes diagnosticados con quiste epitelial del páncreas intervenido quirúrgicamente.

Las variables analizadas fueron pacientes operados, no operados, grupos etarios, sexo, sintomatología, elemento clínico predominante, localización del tumor, tamaño del tumor, tipo histológico y técnica quirúrgica.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se observa predominio de pacientes del sexo femenino, con 20 (80.0 %) y del grupo etario de 50 a 59 años, con 6 (24.0 %). Asimismo, no es nada despreciable la contribución de los grupos de edades de 20 a 29 años, con 5 pacientes (20.0 %), la del grupo de 40 a

49 años, con 4 pacientes (16.0 %), la del grupo de 60 a 69 años, con 3 pacientes (12.0 %) y que los grupos de 19 años o menos, de 30 a 39 años y de 60 a 69 años tengan 2 pacientes (8.0 %), respectivamente. Finalmente, se halla el grupo de 80 y más, con un paciente (4.0 %).

Tabla 1. Pacientes según grupos etarios y sexo

Grupos etarios	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
≤ 19 años	-	-	2	8	2	8
20- 29 años	-	-	5	20	5	20
30-39 años	-	-	2	8	2	8
40-49 años	-	-	4	16	4	16
50-59 años	4	16	2	8	6	24
60-69 años	1	4	2	8	3	12
70-79 años	-	-	2	8	2	8
80 y más	-	-	1	4	1	4
Total	5	20	20	80	25	100

Fuente: historias clínicas.

En la Tabla 2, al analizar la relación existente entre el elemento clínico predominante (signos y síntomas) se observa una mayor presencia de la epigastralgia, con 19 casos (76.0 %); de ellas, 4 correspondientes a la cabeza (16 %), 10 al cuerpo (52 %) y 5 a la cola (20 %). A esta manifestación clínica le sigue la dispepsia, con 9 casos; de ellos, ninguno en la cabeza, 3 (12 %) en el cuerpo y 6 (24 %) en la cola. El resto de las manifestaciones clínicas fueron mucho menos manifiestas que las mencionadas.

Tabla 2. Relación de pacientes según elemento clínico predominante y localización del tumor

Elemento clínico predominante	Localización del tumor							
	Cabeza		Cuerpo		Cola		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Epigastralgia	4	16	10	52	5	20	19	76
Dispepsia	-	-	3	12	6	24	9	36
Vómitos	-	-	4	16	3	12	7	28
T. Palpable	1	4	1	4	4	16	6	24
Náuseas	-	-	-	-	2	8	2	8
Ictericia	1	4	-	-	-	-	1	4
Acidez	-	-	1	4	-	-	1	4

Fuente: historias clínicas.

Se observó predominio del tumor localizado en la cola, con 14 casos (56 %); seguido de 7 casos en el cuerpo (28 %) y de 4 en la cabeza (16 %). De éstos, 19 casos tuvieron un tamaño entre 1 y 10 cm (76 %), todos mayores de 6 cm; 5 entre 11 y 20 cm (20 %) y uno entre 21 y 30 cm (4 %) (Tabla 3).

Tabla 3. Relación de pacientes según tamaño y localización del tumor

Tamaño del tumor (cm)	Localización del tumor							
	Cabeza		Cuerpo		Cola		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1 – 10	4	16	6	24	9	36	19	76
11 – 20	-	-	1	4	4	16	5	20
21 – 30	-	-	-	-	1	4	1	4
> 30	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	4	16	7	28	14	56	25	100

Fuente: historias clínicas.

En la Tabla 4, al analizar el comportamiento de las variables «clasificación histológica del tumor de páncreas y localización», en los 25 pacientes intervenidos quirúrgicamente se encontró predominio del cistoadenoma seroso, con 13 casos (52 %), preferentemente en la cola; seguido del tumor de Frantz, con 6 casos (24 %), 3 casos de cistoadenoma mucinoso (12 %), 2 casos de cistoadenocarcinoma mucinoso (8%) y un caso (4%) de quistes de células insulares.

Tabla 4. Relación de pacientes según tipo histológico y localización del tumor

Tipo histológico	Localización del tumor							
	Cabeza		Cuerpo		Cola		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Cistoadenoma seroso	4	16	1	4	8	32	13	52
Tumor papilar sólido-quístico. (T. de Frantz)	2	8	1	4	3	12	6	24
Cistoadenoma mucinoso	-	-	1	4	2	8	3	12
Cistoadenocarcinoma mucinoso	1	4	1	4	-	-	2	8
Quistes de células insulares	-	-	1	4	-	-	1	4
Total	7	28	5	20	13	52	25	100

Fuente: historias clínicas.

En la Tabla 5, al valorar los resultados de la medición de las variables técnicas quirúrgicas empleadas y localización del tumor en los 25 pacientes operados, se halló que la técnica más frecuentemente empleada fue la pancreatomecistomía distal más esplenectomía, con 15 casos (60 %), de los cuales 11 casos fueron en la cola (44 %) y 4 en el cuerpo del páncreas (16 %).

Tabla 5. Relación de pacientes según técnica quirúrgica y localización del tumor

Técnica quirúrgica	Localización del tumor							
	Cabeza		Cuerpo		Cola		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Pancreatectomía distal + esplenectomía	-	-	4	16	11	44	15	60
Operación de Whipple	5	20	-	-	-	-	5	20
Cistoduodenostomía	2	8	-	-	-	-	2	8
Enucleación + biopsia	-	-	1	4	-	-	1	4
Cistorreducción descompresiva + biopsia	-	-	-	-	1	4	1	4
Pancreatectomía distal + conservación esplénica	-	-	-	-	1	4	1	4
Total	7	28	5	20	13	52	25	100

Fuente: historias clínicas.

DISCUSIÓN

Al hacer comparaciones con otros estudios se tienen resultados de los trabajos de Ohashi¹ y Gasslander² quienes obtuvieron en sus respectivas series que existía predominio de pacientes del sexo femenino en proporción de 10:1 y en el grupo etario de 60 a 69 años; este último resultado ligeramente diferente a los obtenidos en nuestra investigación.

En otro trabajo, de Fernández del Castillo y Warshaw,³ la proporción de mujeres respecto a los hombres fue de 7:1 y el grupo etario predominante en su serie fue el de 50 a 59 años. Parece ser que la preferencia de la afección en las mujeres se debe a la situación particular que presentan las mujeres después de la menopausia, cuando se alteran los niveles séricos de los marcadores tumorales CA19.9 y CEA, algo aun no demostrado científicamente, pero sugerido por Sugiyama M⁴ y Kimura.⁵

En trabajos consultados como Sarr MG, Nagorney DM y Thompson GB⁶ se ha encontrado que los pacientes con estos tumores en general no presentan un cuadro clínico patognomónico y el síntoma más frecuente es el dolor epigástrico como lo fue también en esta serie.

Se ha comunicado según Box GJ⁷ y Obara T⁸ que sólo un tercio de los pacientes presentan síntomas al momento del diagnóstico lo que hace que el diagnóstico clínico sea difícil y que en un número no despreciable de los pacientes el diagnóstico sea incidental, sin embargo, en esta serie, 20 (80 %) enfermos presentaron síntomas que los llevaron a consulta y sólo en 5 (20 %) el diagnóstico fue realizado en forma incidental.

En la literatura científica⁹⁻¹¹ se hace mención al dolor abdominal alto y los vómitos o ictericia, debidos a la compresión de otros órganos por el quiste, principalmente el estómago, el duodeno y las vías biliares como las manifestaciones clínicas de más frecuencia en los pacientes.

Farrel y Brugge¹² encontraron que las manifestaciones clínicas predominantes en sus respectivas series de estudio fueron, además de la epigastralgia y la dispepsia, los vómitos, la ictericia y la acidez.

Otros estudios revelan dolor epigástrico sordo, constante con irradiación al dorso, que se acentúa en decúbito supino y mejora al flexionar el tronco hacia delante. En la cabeza del páncreas presentan la triada clásica de pérdida de peso, dolor abdominal e ictericia, esta última falta en los de cuerpo y cola. También, puede aparecer tromboflebitis migratoria recurrente (Trousseau). La obstrucción de la vena esplénica puede provocar esplenomegalia e hipertensión portal con várices gástricas y esofágicas.¹³

Yamaguchi K¹⁴ y Talamini¹⁵ en su serie encontraron predominio de la localización del tumor en el cuerpo del páncreas, dato que es confirmado por otros estudios.

En un trabajo realizado por Uehara¹⁶ se halló que los tumores mucinosos (cistoadenoma y cistoadenocarcinoma mucinoso) eran los más frecuentes y se presentan entre el 44 y el 49% de los casos. El cistoadenoma seroso es el segundo tumor en frecuencia y se presenta en el 32% de los casos, según Satoh K¹⁷ y Kaino.¹⁸

La distribución de tipos histológicos de nuestra serie no es muy concordante con estos datos, puesto que sólo el 20% de los pacientes tenían un tumor mucinoso. En cambio, más de la mitad de los pacientes operados tenían tumor seroso.

Según trabajos realizados por otros especialistas, existe una enorme variedad de lesiones quísticas, pero cuando se hace referencia sólo a las lesiones neoplásicas, el 90% está constituido por cistoadenomas serosos, neoplasias quísticas mucinosas, neoplasias intraductales papilares mucinosas y neoplasias quísticas sólido-papilares.^{19,20}

CONCLUSIONES

Los pacientes con diagnóstico de quiste epitelial del páncreas de manera más común, suelen ser mujeres y tener entre los 50 y 59 años de edad. Se observó predominio de pacientes sintomáticos con respecto a los asintomáticos, y el síntoma predominante fue la epigastralgia en los tumores localizados en el cuerpo del páncreas.

Se comprueba que lo más frecuente es que el quiste epitelial del páncreas se localice en la cola del órgano, que histológicamente sea un cistoadenoma seroso y que la medida sea de 1 a 10 cm.

Se revela que la técnica más frecuentemente empleada para el tratamiento quirúrgico del quiste epitelial del páncreas es la pancreatometomía distal, más esplenectomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ohashi KM, Murayami Y, Maruyama M. Four cases of mucin producing cancer of the pancreas on specific findings of the papilla of Vater. *Prog Dig Endosc.* 2012; 20:348-51.
2. Gasslander T, Arnelo U, Albiin N, Permert J. Cystic tumours of the pancreas. *Dis* 2011; 19:57-62.
3. Fernández del Castillo C, Warshaw AL. Cystic tumors of the pancreas. *Surg Clin North Am* 2013; 75:1001-6.
4. Sugiyama M, Atomi Y, Kuroda A. Two types of mucin producing cystic tumours of the pancreas: diagnosis and treatment. *Surgery.* 2011; 112:617-25.
5. Kimura W, Sasahira N, Yoshikawa T, Muto T, Makuuchi M. Ductectatic type of mucin producing tumour of the pancreas-new concept of pancreatic neoplasia. *Hepatogastroenterol.* 2012; 43:692-704.
6. Sarr MG, Nagorney DM, Thompson GB, *et al.* Cystic neoplasms of the pancreas. Benign to malignant epithelial neoplasms. *Surg Clin North Am.* 2011; 3:497-509.
7. Box GJ, Douglas HO. Management of cystic neoplasms of the pancreas. *Am Surg.* 2012; 66:495-501.
8. Obara T, Maguchi H, Saitoh Y, *et al.* Mucin-producing tumor of the pancreas: natural history and serial pancreatogram changes. *Am J Gastroenterol.* 2013; 88:564-9.
9. Zamora C, Sahel J, Garcia D, Heyries L, Bernard JP, Bastid C, *et al.* Intraductal papillary or mucinous tumors (IPMT) of the pancreas: Report of a case series and review of literature. *Am J Gastroenterol.* 2011; 96:1441-7.

10. Loftus EV, Olivares-Pakzad BA, Batts KP. Intraductal papillary-mucinous tumors of the pancreas: Clinicopathologic features, outcome and nomenclature. *Gastroenterology*. 2012; 110:1909-18.
11. Taouli B, Vilgrain V, O'Toole D, Vullierme MP, Terris B, Menu Y. Intraductal papillary mucinous tumors of the pancreas: Features with multimodality imaging. *J Comput Assist Tomogr*. 2012; 26: 223-31.
12. Farrell JJ, Brugge WR. Intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas. *Gastrointest Endosc*. 2012; 55:701-14.
13. Compagno J, Oertel JE. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas with overt and latent malignancy (cystadenocarcinoma and cystadenoma): a clinicopathologic study of 41 cases. *Am J Surg Pathol*. 2013; 69:573-80.
14. Yamaguchi K, Chijiwa K, Shimizu S, Yokohata K, Morisaki T, Yonemasu H, *et al*. Intraductal papillary neoplasms of the pancreas: a clinical review of 13 benign and four malignant tumours. *Eur J Surg*. 2013; 165:223-9.
15. Talamini G, Zamboni G, Salvia R, Capelli P, Sartori N, Casetti L, *et al*. Intraductal papillary mucinous neoplasm and chronic pancreatitis. *Pancreatol*. 2013; 6:626-34.
16. Uehara N, Nakaizumi A, Iishi H, Tatsuta M, Kitamura T, Okuda S, *et al*. Cytologic examination of pancreatic juice for differential diagnosis of benign and malignant mucin-producing tumours of the pancreas. *Cancer*. 2014; 74:826-33.
17. Satoh K, Shimosegawa T, Moriizumi S, Koizumi M, Toyota T. K-Ras mutation and p53 protein accumulation in intraductal mucin-hypersecreting neoplasms of the pancreas. *Pancreas* 2013;12:362-8.
18. Kaino M, Kondoh S, Okita S, Hatano S, Kaino S, Okita S, *et al*. Detection of K-Ras and p53 gene mutations in pancreatic juice for the diagnosis of intraductal papillary mucinous tumours. *Pancreas*. 2012; 18:294-9.
19. Inoue H, Tschuida A, Kawasaki Y, Fujimoto Y, Yamasaki S, Kajiyama G, *et al*. Preoperative diagnosis of intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas with attention to telomerase activity. *Cancer*. 2011; 91:35-41.
20. Ariyama J, Suyama M, Satoh K, Wakabayashi K. Endoscopic ultrasound and intraductal ultrasound in the diagnosis of small pancreatic tumors. *Abdom Imaging*. 2012; 23:380-6.

Recibido: 16 de diciembre de 2016

Aprobado: 5 de enero de 2017

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Lobaina. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** cmrl@infomed.sld.cu