

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
"JOSÉ LUIS MIRANDA"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

QUISTE PANCREÁTICO VERDADERO EN LA NIÑEZ

Por:

MSc. Dra. Neicy María Hernández Fernández¹, MSc. Dr. Tomás Enrique Mederos Guzmán² y Dr. Manuel Alejandro Alvaredo Soria³

1. Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. UCM-VC.
3. Residente de tercer año de Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. e-mail: cecilia@capiro.vcl.sld.cu

Descriptor DeCS:

QUISTE PANCREATICO/etiología

Subject headings:

PANCREATIC CYST/etiology

Las afecciones del páncreas que requieren intervención quirúrgica son raras en pediatría. La mayoría de las lesiones quísticas del páncreas toman la forma de pseudoquistes, y ocupan el 75 % de estas. Los pseudoquistes se diferencian de los quistes verdaderos por no tener una cubierta de epitelio sino un tejido de granulación, y antecedentes de lesión pancreática. Los quistes pancreáticos verdaderos son lesiones infrecuentes, tanto en adultos como en niños, ocurren sin antecedentes de afección pancreática y tienen una cubierta epitelial, generalmente no producen síntomas y signos hasta que toman grandes dimensiones y comprimen a órganos vecinos. Pueden tener varias causas e incluso formar espectros de otras enfermedades. El diagnóstico debe realizarse lo antes posible y, por lo general, el tratamiento consiste en la cirugía de la lesión.

Presentación del paciente

Paciente masculino de dos años de edad, de procedencia rural, resultado de un embarazo con alto riesgo obstétrico por hipertensión arterial e infección vaginal, parto distócico por cesárea, con buen peso al nacer, sin complicaciones posnatales. A los ocho meses de edad, en un examen físico habitual, se le palpó una tumoración abdominal movable en el flanco izquierdo; se le realizó un ultrasonido abdominal que informó imagen sugestiva de un linfangioma quístico del mesenterio. El paciente continuó con seguimiento médico y mediante una ultrasonografía se comprobó, al examen físico, que la tumoración había crecido, que era movable, no dolorosa, que ocupaba el hipocondrio y el flanco izquierdos (Fig 1), de consistencia dura, regular, de aproximadamente 10 cm de diámetro; se repitió el ultrasonido abdominal y se observó una imagen ecolúcida multitableada de 14,7cm x 9 cm. Se realizaron cortes tomográficos a nivel del abdomen con un espesor de 5 mm sin contraste, y se observó una imagen hipodensa posterior al estómago y al páncreas que se extendía al hemiabdomen izquierdo, multitableada, con un diámetro máximo en corte axial de 44 x 102 mm y longitudinalmente de 100 mm; dicha masa desplazaba las estructuras vecinas hacia el lado

contralateral, e impresionaba ser un linfangioma quístico; las demás estructuras estaban normales (Fig 2).



Fig 1 Se observa imagen ecolúcida de 44 x 102 mm en el ultrasonido abdominal preoperatorio.

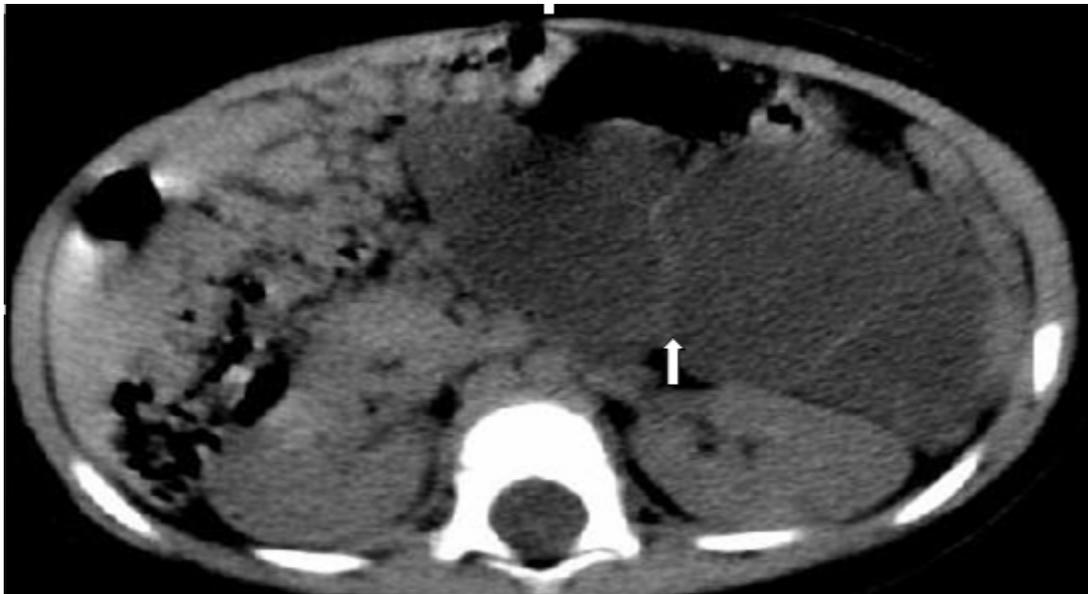


Fig 2 Tomografía preoperatoria donde aparece imagen hipodensa posterior al estómago y al páncreas, multitabuada, que se extiende a hemiabdomen izquierdo.

Se realizaron los siguientes análisis complementarios:

Hemoglobina: 132 g/l
Plaquetas: 300×10^9
Tiempo de coagulación: 7 min
Tiempo de sangrado: 1min

Leucograma: $9,6 \times 10^9$
Neutrófilos: 0,25
Linfocitos: 0,71
Eosinófilos: 0,04

Se decidió realizar tratamiento quirúrgico; al acceder a la cavidad abdominal mediante incisión subcostal izquierda, se visualizó una masa quística en la trascavidad de los epiplones que se nutría de una rama de la arteria esplénica; se hizo la exéresis de la masa tumoral que tenía su origen en

la cola del páncreas (Fig 3). El paciente evolucionó sin complicaciones en la sala de cirugía y se le dio el alta a los cinco días.



Fig 3 Origen de la masa tumoral en la cola del páncreas

En el informe anatomopatológico (biopsia 191) se describe: Estudio macroscópico: Masa de tejido polilobulada renitente, grisácea, con un peso de 240 g y medida de 10,5 x 6 x 4,5 cm; al abrirlo dejó escapar 150 ml de líquido de color cetrino, paredes internas lisas tabicadas con pequeñas formaciones quísticas de contenido seroso. Estudio microscópico: Quiste pancreático verdadero glandular de tipo cistadenoma seroso (Fig 4).

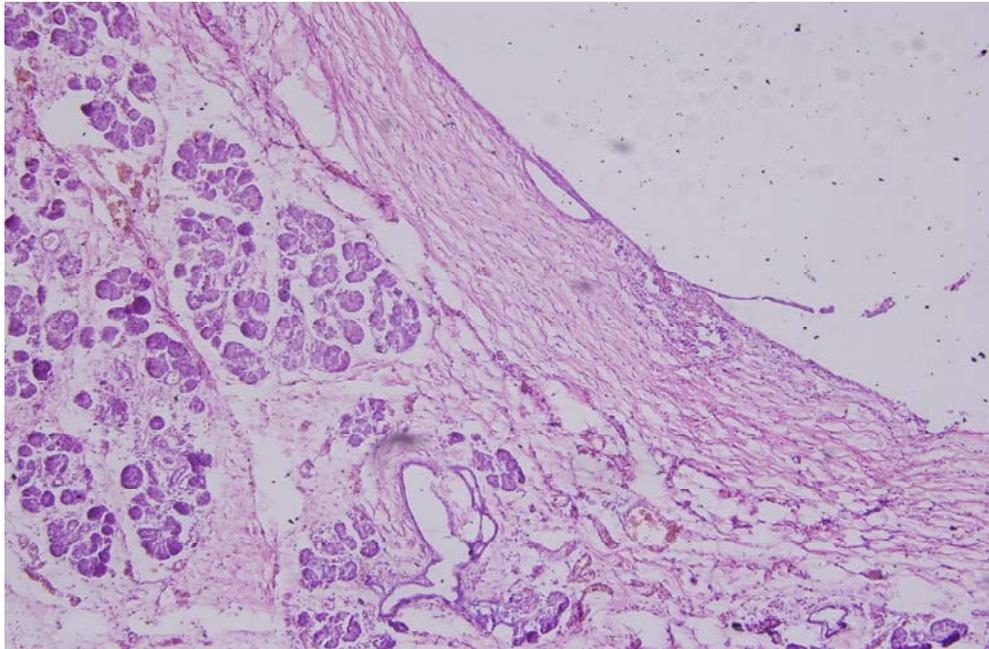


Fig 4 Quiste pancreático verdadero glandular de tipo cistadenoma seroso (biopsia 191).

Comentario

Los quistes pancreáticos verdaderos son anomalías infrecuentes en la niñez, lo que en este caso hizo pensar, primero, que se trataba de un linfangioma quístico del mesenterio. Los quistes pancreáticos verdaderos se clasifican en: congénitos o adquiridos, de retención, de duplicación y parasitarios, y en tumores quísticos. Los quistes congénitos verdaderos son infrecuentes; en la literatura consultada hasta el 2007 solo se han informado 26 casos; estos quistes, cuando se manifiestan, producen síntomas antes de los dos años, generalmente¹; estos pueden ser uniloculares o multiloculares y pueden ocurrir aislados o con quistes en otros órganos. Pueden asociarse a la enfermedad de Von Hippel-Lindau, la cual se caracteriza por presentar quistes cerebelosos hereditarios, hemangiomas de la retina y quistes del páncreas y otros órganos; se asocian también al síndrome de Beckwith-Wiedemann, y a la enfermedad poliquística renal^{1,2}. En nuestro caso, no se identificó alguna otra enfermedad asociada. Desde el punto de vista embriológico, existe la teoría de que se originan por secuestro de los conductos pancreáticos primitivos. Contienen líquido turbio de color pajizo con niveles normales de enzimas pancreáticas. Por lo general, se encuentran en la parte distal del páncreas y son susceptibles a la resección local con un margen de tejido pancreático normal^{1,3,4}. Los quistes adquiridos están rodeados por un epitelio de tejido acinar y son más comunes en el cuerpo y en la cola del páncreas; pueden lograr grandes dimensiones y contener un líquido amarillo turbio estéril con poca actividad enzimática²⁻⁵. Los quistes de retención también son adquiridos, parecen ser producidos por ectasia de los conductos pancreáticos; estos contienen un líquido rico en enzimas pancreáticas. Los quistes de duplicación se producen por la posibilidad de que las duplicaciones congénitas del intestino queden secuestradas dentro del páncreas^{1,4,5}. Los quistes parasitarios son producidos por equinococos y se conocen como quistes hidatídicos²⁻⁶. Los tumores quísticos del páncreas representan el 1 % de los tumores pancreáticos y el 15 % de las lesiones quísticas pancreáticas; son muy raros en la niñez y presentan dos formas principales: los cistadenomas serosos y los tumores mucinosos. Los cistadenomas serosos son tumores multiloculados y microquísticos, casi siempre pequeños y sin potencial maligno, representan del 25 al 30 % de los tumores quísticos, del 60 al 70 % predominan en mujeres alrededor de los 65 años con rango de edades entre los 35 y los 90 años. Pueden localizarse en cualquier parte del páncreas, con predominio en la cabeza. Su diámetro

varía entre 1 y 20 cm. Se clasifican en cistadenomas microquísticos, oligocistadenomas y cistadenocarcinomas^{7,8}.

Los tumores mucinosos (sean cistadenomas o cistadenocarcinomas) están integrados por quistes más grandes llenos de material mucinoso espeso; el otro tipo lo ocupan las neoplasias intraductales papilares mucinosas. Los quistes mucinosos representan el 80 % de las neoplasias quísticas mucinosas, y se localizan en el cuerpo y en la cola del páncreas; al corte, pueden ser uni- o multiloculados, poseen un elevado potencial premaligno, incluso pueden ser malignos en el momento del diagnóstico, por lo que deben ser resecados, ya que pueden crecer y alcanzar dimensiones importantes^{2,8,9}. Los tumores serosos pueden dejarse, si no inducen síntomas obstructivos; los mucinosos deben extirparse completos, incluida la cápsula periquística, ya que hay recurrencia carcinomatosa de los cistadenomas mucinosos^{9,10}. En este caso, resultó imposible realizar la diferenciación macroscópica específica de la causa del quiste pancreático; se realizó resección quirúrgica, con revisión ganglionar local, según el procedimiento propuesto por Miyano y Heij; otros, como Vitaly, no hacen comentarios sobre la revisión de los ganglios peripancreáticos^{1,2,8}.

Referencias bibliográficas

1. Miyano T. The Pancreas. En: O`Neill JA, Grosfeld JL, Fonskalrud EW, Coran AG. Pediatric Surgery. 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. p. 1677-86.
2. Heij HA. Rare tumors. En: Carachi R, Grosfeld JL, Azmy AF. The Surgery of Childhood tumors. 2nd ed. Berlín: Springer; 2008. p. 453-70.
3. Tissieres P, Le Coultre C. Acute and chronic pancreatitis in children. En :Stringer MD, Oldham KT, Mouriquand PD. Pediatric Surgery and Urology. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 519-25.
4. Steer ML. Exocrine Pancreas. En: Townsend Jr, Courtney M. Sabiston Textbook of Surgery. 18va ed. Estados Unidos: Saunder Elsevier; 2008. p. 435-9.
5. Morales IA. Quistes y tumores del páncreas. En: Gutiérrez AG, Gómez GP. Cirugía. La Habana: Ecimed; 2007. p. 1427-37.
6. Moo-Young TA, Linehan DC. Páncreas. En: Klingensmith ME, Li CE, Sean CG, Trudie AG, Spencer MJ. Manual of Surgery. 5th ed. Washington: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 250-1.
7. Oria A. Páncreas. En: Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. 5ta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2008. p. 670-6.
8. Vitaly GC, Tran TC, Davis BR. Pancreatic Pseudocyst: Laparoscopic or Endoscopic Versus Conventional Surgery. En: Fisher JE. Mastery of Surgery. 5th ed. Boston : Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 1290-8.
9. Muguerza R, Rodríguez A, Formigo E. Pancreatoblastoma associated with incomplete Beckwith-Wiedeman syndrome: Case report and review of the literature. J Pediatr Surg. 2005; 40:1341-4.
10. Harb R, Naon H. Idiopathic fibrosing pancreatitis in a 3 year old girl: a case report and review of literature. J Pediatr Surg. 2005;40:1335-40.

Recibido: 8 de mayo de 2010

Aprobado: 17 de noviembre de 2010