



El Reto Clínico del mes Diciembre 2020

Lesiones pancreáticas como diagnóstico incidental.

Dr. Alejandro Pérez Fernández. Hospital Morales Meseguer.

Dr. Enrique Pérez-Cuadrado Robles. Hospital Europeo Georges-Pompidou, París.

- Varón de 60 años no fumador con consumo diario de 10 gramos de alcohol sin otros antecedentes médicos ni quirúrgicos.
- En el contexto de estudio por elevación de transaminasas de más de 6 meses de duración, se realiza una ecografía abdominal que identifica esteatosis hepática sin signos que sugieran hepatopatía crónica, así como dos estructuras anecoicas bien delimitadas con refuerzo posterior en la celda pancreática, con un diámetro mayor de 35 y 27 mm. Por interposición de gas no se consigue visualizar adecuadamente el parénquima pancreático en su totalidad. La amilasa sérica era normal.

Siguiente

Pregunta 1: ¿Cuál sería el siguiente paso a seguir?

- a) Realizar anamnesis dirigida enfocada a valorar la existencia de antecedentes personales de pancreatitis aguda y factores de riesgo y etiológicos, síntomas sugerentes, así como antecedentes familiares de pancreatitis crónica.
- b) Ampliar estudio analítico y genético para descartar causas potenciales de pancreatitis crónica.
- c) Realizar una prueba de imagen radiológica con contraste (TC o RMN).
- d) Realizar ecoendoscopia diagnóstica con/sin PAAF.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

- a) Realizar anamnesis dirigida enfocada a valorar la existencia de antecedentes personales de pancreatitis aguda y factores de riesgo y etiológicos, síntomas sugerentes, así como antecedentes familiares de pancreatitis crónica.

[Siguiete](#)

- Las estructuras anecogénicas con refuerzo posterior en ecografía se suelen corresponder con quistes. Los quistes pancreáticos no son nada raros, siendo frecuente su diagnóstico de forma incidental.
- El primer paso sería una anamnesis dirigida con el fin de descartar episodios de pancreatitis aguda, así como síntomas y signos sugerentes de pancreatitis crónica y sus causas, debido a que el diagnóstico diferencial de los quistes pancreáticos comprende tanto las lesiones de tipo inflamatorio o post-traumático, como las colecciones en el contexto de una pancreatitis aguda o crónica, así como las neoplasias quísticas y otras causas más raras.

Bibliografía:

- Brewer Gutierrez OI, Lennon AM. Pancreatic Cysts: Sinister Findings or Incidentalomas? Med Clin North Am. 2019; 103(1): 163-72.
- Farrell JJ. Pancreatic Cysts and Guidelines. Dig Dis Sci. 2017; 62(7): 1827-39. doi: 10.1007/s10620-017-4571-5.
- ASGE Standards of Practice Committee, Muthusamy VR, Chandrasekhara V et al. The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory pancreatic fluid collections. Gastrointest Endosc. 2016; 83(3): 481-8. doi: 10.1016/j.gie.2015.11.027.
- Dumonceau JM, Delhaye M, Tringali A et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Updated August 2018. Endoscopy. 2019; 51(2): 179-93. doi: 10.1055/a-0822-0832.

Siguiente

- El paciente no recuerda haber presentado ningún cuadro clínico compatible con un dolor de tipo pancreático, así como tampoco refiere esteatorrea ni ha perdido peso, presentando adecuados controles glucémicos en análisis de sangre anuales realizados hasta este momento.
- Tampoco refiere antecedentes familiares ni factores de riesgo que predispongan al desarrollo de pancreatitis crónica, salvo el consumo de alcohol no de riesgo. No refiere síndrome constitucional ni presenta antecedentes familiares de cáncer de páncreas.

Siguiente

Pregunta 2: ¿Cómo seguiría el proceso diagnóstico?

- a) Realizaría TC con contraste intravenoso.
- b) Realizaría RMN con contraste (gadolinio).
- c) Realizaría TC o RMN con contraste.
- d) Solicitaría valoración quirúrgica.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

c) Realizaría TC o RMN con contraste.

Siguiente

- Ante la detección de uno o más quistes pancreáticos, el desafío es diagnosticarlos con precisión antes de decidir, en función de su potencial de malignidad, sobre su tratamiento (quirúrgico principalmente), seguimiento, o no hacer nada.
- La etiología de dichos quistes puede variar desde quistes benignos sin potencial maligno, como pseudoquistes pancreáticos y cistoadenomas serosos; hasta quistes premalignos de los que hay que diferenciar, como neoplasias pseudopapilares sólidas, neoplasias quísticas mucinosas, neoplasias mucinosas papilares intraductales; pudiendo tratarse también de tumores francamente malignos, como degeneración quística asociada con tumores sólidos como adenocarcinoma pancreático, y neoplasias endocrinas pancreáticas.

Siguiente

- Varias sociedades científicas han elaborado algoritmos de diagnóstico y manejo que difieren entre sí, recomendando la mayoría una prueba de imagen como el TC o RMN con contraste como siguiente paso ante su detección. Estas pueden en algunos casos llegar al diagnóstico o al menos acotarlo, ayudando en la toma de decisión acerca de realizar o no una ecoendoscopia diagnóstica.

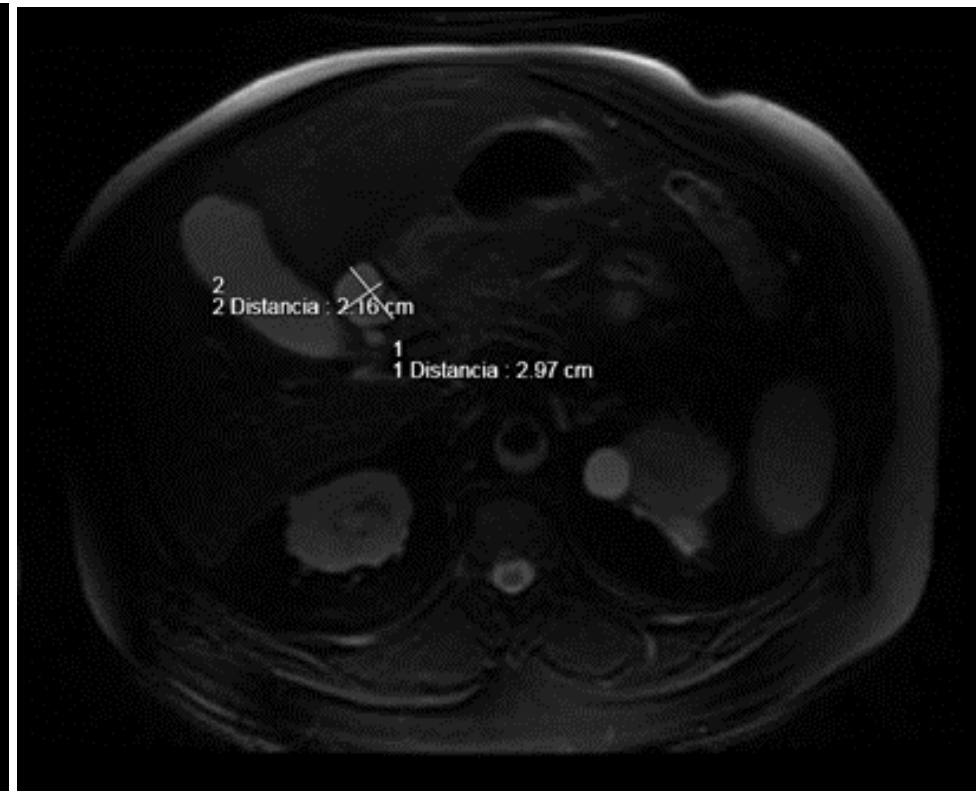
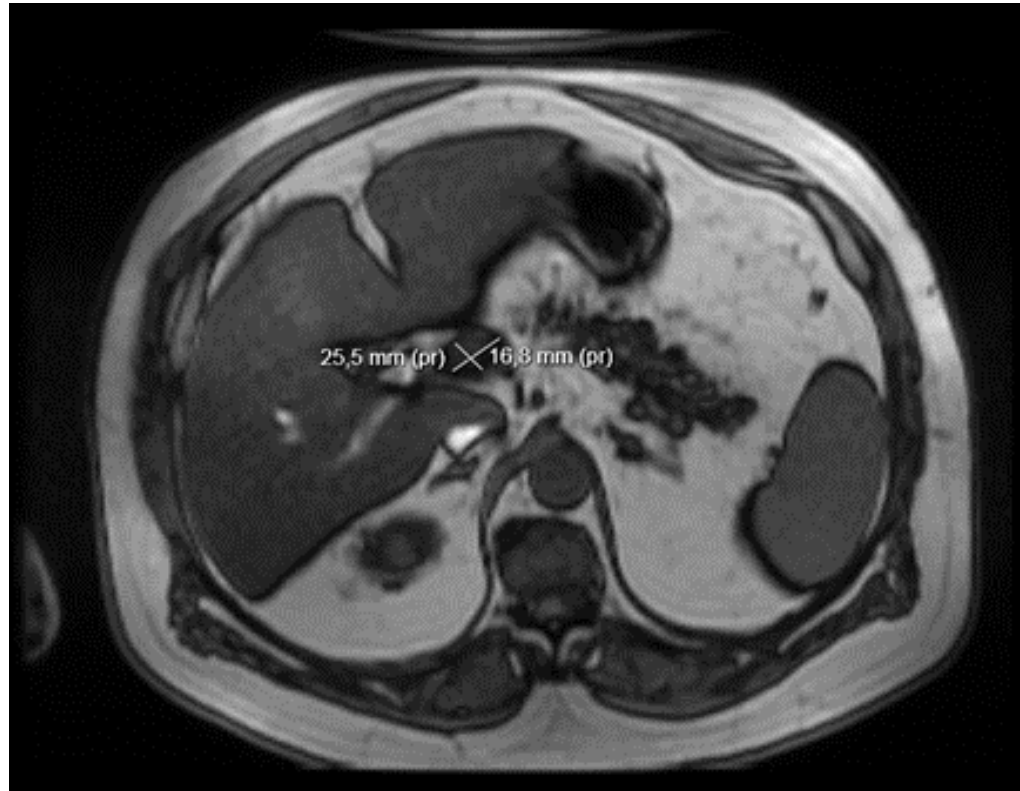
Bibliografía:

- Ita GH, Enestvedt BK, Sauer BG et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Pancreatic Cysts. *Am J Gastroenterol.* 2018; 113(4): 464-79.
- Farrell JJ. Pancreatic Cysts and Guidelines. *Dig Dis Sci.* 2017; 62(7): 1827-39. doi: 10.1007/s10620-017-4571-5.
- ASGE Standards of Practice Committee, Muthusamy VR, Chandrasekhara V et al. The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory pancreatic fluid collections. *Gastrointest Endosc.* 2016; 83(3): 481-8. doi: 10.1016/j.gie.2015.11.027.
- Lekkerkerker SJ, Besselink MG, Busch OR et al. Comparing 3 guidelines on the management of surgically removed pancreatic cysts with regard to pathological outcome. *Gastrointest Endosc.* 201; 85(5): 1025-31. doi: 10.1016/j.gie.2016.09.027.
- Tanaka M, Fernández-Del Castillo C, Kamisawa T et al. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. *Pancreatology.* 2017; 17(5): 738-53. doi: 10.1016/j.pan.2017.07.007.
- Vege SS, Ziring B, Jain R, Moayyedi P; Clinical Guidelines Committee; American Gastroenterology Association. American gastroenterological association institute guideline on the diagnosis and management of asymptomatic neoplastic pancreatic cysts. *Gastroenterology.* 2015; 148(4): 819-22; quiz 823-4. doi: 10.1053/j.gastro.2015.01.015.
- European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut.* 2018; 67(5):789-804. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316027.

Siguiente

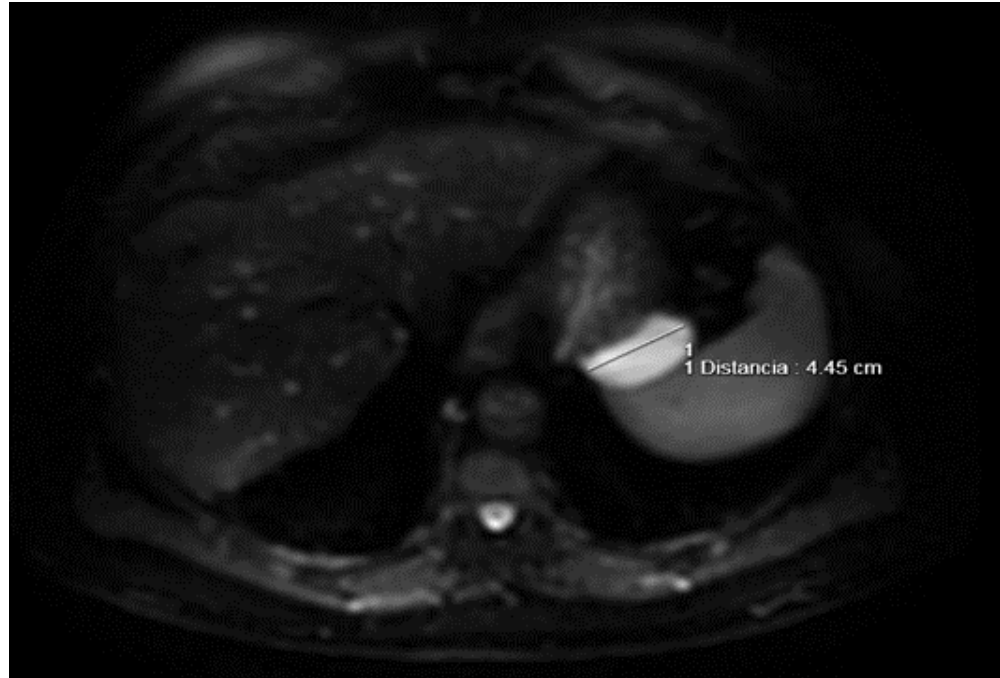
- En este caso en concreto, se realizó una RMN con gadolinio, observando dos lesiones quísticas dependientes del páncreas (en ligamentos hepatoduodenal de 29x22 mm, dependiente de cabeza del páncreas; y en el ligamento gastrocesplénico de 51x32 mm, dependiente de la cola del páncreas), de similares características: sin contacto con el conducto pancreático principal ni secundarios, hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, con septos internos y realce de las paredes tras la administración de gadolinio.

Siguiente



- RMN con gadolinio. Izquierda: plano axial potenciado en T1. Lesión quística hipointensa en T1 en ligamento hepatoduodenal; derecha: plano axial potenciado en T2. Lesión quística hiperintensa en T2.

Siguiente



- RMN con gadolinio. Plano axial potenciado en T2. Lesión quística hiperintensa entre el bazo y el fundus gástrico.

Siguiente

Pregunta 3: ¿Qué lesión quística pancreática puede descartarse con esta prueba de imagen?

- a) Tumor mucinoso papilar intraductal.
- b) Pseudoquiste pancreático.
- c) Neoplasia quística mucinosa.
- d) Degeneración quística con neoplasia sólida como adenocarcinoma

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

a) Tumor mucinoso papilar intraductal.

Siguiente

- Al no observar comunicación de las lesiones quísticas con el conducto pancreático principal ni los secundarios, puede descartarse que se trate de un tumor mucinoso papilar intraductal, siendo por su apariencia el resto de posibilidades diagnósticas no totalmente descartables.

Bibliografía:

- ASGE Standards of Practice Committee, Muthusamy VR, Chandrasekhara V et al. The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory pancreatic fluid collections. *Gastrointest Endosc.* 2016; 83(3): 481-8. doi: 10.1016/j.gie.2015.11.027.
- Lekkerkerker SJ, Besselink MG, Busch OR et al. Comparing 3 guidelines on the management of surgically removed pancreatic cysts with regard to pathological outcome. *Gastrointest Endosc.* 2016; 85(5): 1025-31. doi: 10.1016/j.gie.2016.09.027.
- Tanaka M, Fernández-Del Castillo C, Kamisawa T et al. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. *Pancreatology.* 2017; 17(5): 738-53. doi: 10.1016/j.pan.2017.07.007.
- Vege SS, Ziring B, Jain R, Moayyedi P; Clinical Guidelines Committee; American Gastroenterology Association. American gastroenterological association institute guideline on the diagnosis and management of asymptomatic neoplastic pancreatic cysts. *Gastroenterology.* 2015; 148(4): 819-22; quiz 823-3. doi: 10.1053/j.gastro.2015.01.015.
- European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut.* 2018; 67(5):789-804. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316027.

Siguiente

- Se acaba realizando ecoendoscopia diagnóstica con PAAF usando una aguja de 22 gauge (G) (Cook Echotip FNA needle) de la lesión quística más grande, obteniendo 40 cc de un líquido opalescente, blanquecino y de baja viscosidad, con análisis bioquímico: 150 mg/dl glucosa, 37 UI/L amilasa, CEA 2 ng/ml, Ca 19-9 10 UI/ml . Por lo tanto, a priori era poco probable el diagnóstico de neoplasias quísticas mucinosas y pseudoquistes.
- El análisis citológico inicial realizado in situ, observó abundantes linfocitos sin atipias aparentes. En las muestras observadas al microscopio, se observó espacios linfáticos dilatados revestidos de células endoteliales, compuestos de tejido conectivo colágeno y músculo liso (5), conteniendo el estroma de soporte material proteinaceo y linfocitos, confirmando por inmunohistoquímica que las poblaciones linfocitarias observadas eran CD3/20 positivos.
- El informe anatomo-patológico concluyó que se trataba de un linfangioma pancreático.

Siguiente

Pregunta 4: ¿Qué actitud tomarías en este momento?

- a) Seguimiento con pruebas de imagen.
- b) No precisa seguimiento, por lo que daría de alta.
- c) Tratamiento quirúrgico excisional conservador.
- d) Esclerosis percutánea y aspiración del contenido de los quistes.

Respuesta incorrecta

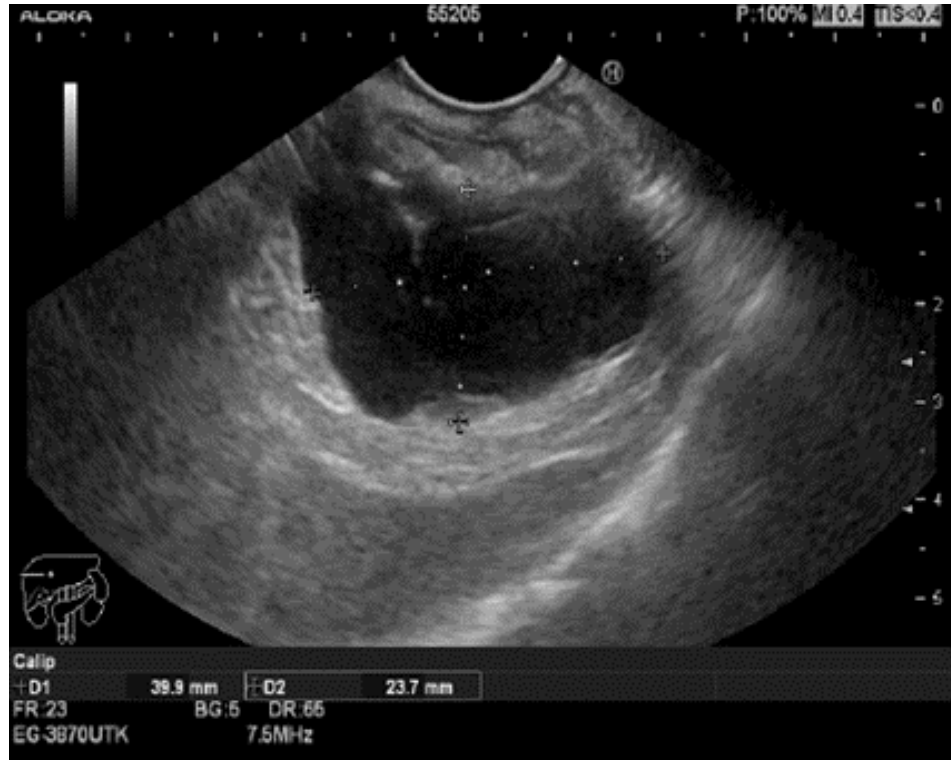
Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

a) Seguimiento con pruebas de imagen.

Siguiente

- En este caso, dado que se trataba de un paciente asintomático, se decidió manejo conservador con seguimiento con pruebas de imagen periódicas.



Ecoendoscopia-PAAF. Izquierda. Lesión quística de 48 x 29 mm situada entre la pared del fundus gástrico y el bazo de contenido anecoico con algunos tractos fibrosos ecogénicos periféricos; derecha. PAAF guiada por ecoendoscopia de lesión quística con aguja de 22 G.

Siguiente

Aclaración I:

- Los linfangiomas son un tumor linfático benigno que puede localizarse en varios sitios, siendo más frecuentes en cuello (75%) seguido de las axilas (20 %), siendo inusuales a nivel abdominal (2-10 %). Su diagnóstico es más frecuente en edad pediátrica, y en el caso de que la afectación sea multifocal o difusa, recibe el nombre de linfangiomatosis.
- Suelen ser asintomáticos, pudiendo producir alteraciones clínicas y radiológicas variadas según su localización y tamaño.
- Pueden suponer hasta el 5 % de las lesiones quísticas pancreáticas, siendo el diagnóstico diferencial con otras lesiones quísticas pancreáticas difícil por presentar características similares en dichas pruebas. En ocasiones, presenta calcificaciones de la pared, y pueden ser multiloculados (75 %) o uniloculados (25 %), independientemente de que presenten o no tabiques en su interior.

Siguiente

Aclaración II:

- La ecoendoscopia con punción es una exploración complementaria importante en el diagnóstico, con una especificidad del 100 %, ya que nos permite obtener una muestra para su análisis histopatológico, que aporta el diagnóstico definitivo.
- Macroscópicamente, su contenido suele observarse blanquecino, poco viscoso y con un contenido en triglicéridos elevados.
- Al microscopio óptico, se suelen observar vasos linfáticos dilatados revestidos por células epiteliales con músculo liso y tejido conectivo, pudiendo observarse linfocitos en el estroma entre otras células.

Siguiente

Aclaración III:

- En pacientes asintomáticos, puede realizarse un seguimiento periódico con pruebas de imagen, habiéndose observado en algunos pacientes su regresión espontánea (1,6-16%).
- En cambio, en pacientes sintomáticos o con lesiones de un gran tamaño que pueden presentar complicaciones en la evolución, el tratamiento estaría indicado, siendo el tratamiento quirúrgico excisional conservador el tratamiento preferido (tumor benigno), habiéndose descrito un porcentaje de recidivas considerable tanto si se produce su resección completa (17%) o incompleta (40%).
- Existen alternativas terapéuticas a valorar en pacientes no candidatos quirúrgicos, lesiones fácilmente accesibles y de gran tamaño:
 - Esclerosis percutánea (con inyección de sulfato de bleomicina, doxiciclina, ácido acético o alcohol, entre otros): ha llegado a tener una eficacia del 100 % con alcohol en algunos estudios.
 - La aspiración del contenido del quiste con o sin inyección de sustancias esclerosantes: no se recomienda debido a la elevada tasa de recurrencia observada.

Siguiente

Bibliografía:

- Castro-Poças FM, Bernardo S, Lima OM et al. Miniprobe endoscopic ultrasonography for the diagnosis of colon hemangiolympangioma. Rev Esp Enferm Dig. 2019; 111(6): 488-90.
- Levy AD, Cantisani V, Miettinen M. Abdominal lymphangiomas: imaging features with pathologic correlation. AJR Am J Roentgenol. 2004; 182(6):1485-91. doi: 10.2214/ajr.182.6.1821485.
- Black T, Guy CD, Burbridge RA. Retroperitoneal cystic lymphangioma diagnosed by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration. Clin Endosc. 2013; 46(5): 595-7. doi: 10.5946/ce.2013.46.5.595
- Thiam O, Faye PM, Niasse A et al. Cystic mesenteric lymphangioma: A case report. Int J Surg Case Rep. 2019; 61: 318-21. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.07.051.
- Karajgikar J, Deshmukh S. Pancreatic Lymphangioma: A Case Report and Literature Review. J Comput Assist Tomogr. 2019; 43(2): 242-4.

Siguiente



Ha finalizado el caso clínico.

Lesiones pancreáticas como diagnóstico incidental.

Dr. Alejandro Pérez Fernández. Hospital Morales Meseguer.

Dr. Enrique Pérez-Cuadrado Robles. Hospital Europeo Georges-Pompidou, París.