Descargado el: 6-09-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Cistoadenoma seroso de páncreas. Presentación de un caso
Serous Cystadenoma of the Pancreas a Case Report

Daniel Olivera Fajardo[1] José Alberto Puerto Lorenzo[1] Abraham Osorio Peláez[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Fajardo D, Lorenzo J, Peláez A. Cistoadenoma seroso de páncreas. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Sep 6]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53312

Resumen

Las lesiones quísticas del páncreas son hallazgos cada vez más frecuentes, por lo que requieren de un manejo adecuado y pronóstico diferente. Se presenta el caso de un paciente operado de un cistoadenoma seroso de páncreas, de 43 años y antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo postquirúrgico con tratamiento médico, que acudió al cuerpo de guardia del Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima porque presentaba desde hacía mes y medio distensión abdominal y síntomas dispépticos, dado por dolor en epigastrio y nauseas. Al examen físico se constató la presencia de un tumor en epigastrio e hipocondrio izquierdo de bordes regulares, bien definido, de aproximadamente, 10 x 10 cm, poco móvil, doloroso. En el ultrasonido abdominal se observó la imagen hipoecogénica con reforzamiento acústico posterior y tabiques hiperecogénicos a nivel de cuerpo de páncreas, confirmado por tomografía contrastada que evidenció: lesión redondeada, hipodensa y ecolúcida con septos finos en su interior, de bordes definidos. El diagnóstico y tratamiento de estas entidades deben ser realizados siempre por un equipo médico especializado. Su importancia radica en que abarcan un espectro que va desde lesiones benignas hasta neoplasias premalignas o malignas. Se presenta el caso por lo interesante del reporte con fines docentes.

Palabras clave: neoplasias quísticas mucinosas y serosas, neoplasias pancreáticas, cistodenocarcinoma mucinoso, cistodenocarcinoma seroso

Abstract

Cystic lesions of the pancreas are being encountered with increasing frequency, requiring appropriate management and distinct prognostic approaches. We present the case of a 43-year-old patient—with a history of arterial hypertension and medically managed postsurgical hypothyroidism—who presented to the General Surgery Department at the Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. The patient reported a six-week history of abdominal distension and dyspeptic symptoms, specifically epigastric pain and nausea. Physical examination revealed a mass in the epigastrium and left hypochondrium measuring approximately 10 x 10 cm; it was well-defined with regular borders, tender, and had limited mobility, with no other abnormalities noted. Abdominal ultrasound showed a hypoechoic lesion with posterior acoustic enhancement and internal hyperechoic septations in the body of the pancreas; this was confirmed by contrast-enhanced CT, which revealed a well-defined, rounded, hypodense, and echolucent lesion containing fine internal septa. The diagnosis and treatment of these conditions should always be carried out by a specialized medical team. Their clinical significance lies in the fact that they encompass a spectrum ranging from benign lesions to premalignant or malignant neoplasms. This case is presented for educational purposes due to the interest of the report.

Key words: neoplasms cystic mucinous and serous, pancreatics neoplasm, mucinous cystadenocarcinoma, serous cystadenocarcinoma

Aprobado: 2026-06-30 12:17:11

Correspondencia: Daniel Olivera Fajardo. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba. josealbertopuertolorenzo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias quísticas pancreáticas (NQP) son un grupo heterogéneo de tumores, con aspectos clínicos y radiológicos compartidos. Engloban diversas entidades con distinto potencial de degeneración, desde formas benignas hasta cáncer infiltrativo. Representan el 10 % de las enfermedades de la glándula y menos del 1 % de las neoplasias pancreáticas. [1]

Se clasifican, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en neoplasias quísticas serosas (NQS), neoplasias quísticas mucinosas (NQM), neoplasias mucinosas papilares intraductales (NMPI), neoplasias tubulares intraductales (NTI) de las células endocrinas, de las células de los acinos pancreáticos (cistoadenoma y cistoadenocarcinoma de células acinares) y de elementos mesenquimales. Algunas neoplasias sólidas pseudopapilares (NSP) pueden formar quistes y simular NQS o NQM. [2]

En los cinco tipos de neoplasias existe expresión de marcadores epiteliales y de diferenciación serosa, sin embargo, en algunos casos hay expresiones aberrantes de marcadores neuroendocrinos, por lo que, para el patólogo quirúrgico, el diagnóstico se convierte en un desafío. [3]

Los cistoadenomas serosos de páncreas son lesiones neoplásicas benignas que representan menos del 1 % de las lesiones pancreáticas y se ubican con mayor frecuencia en la cabeza del páncreas 40 %, seguidos del cuerpo 34 %, mientras que el cistoadenocarcinoma seroso tiene mayor predilección por la cola pancreática. [1,4] Generalmente están compuestos por múltiples quistes que de forma aproximada miden menos de 2,0 cm de tamaño, separados por tabiques delgados de tejido fibroconectivo. [5]

La mayor incidencia de estas lesiones se encuentra entre la quinta y la séptima etapa de la vida, aunque puede aparecer en personas jóvenes, menores de 20 años, con mayor frecuencia en el sexo femenino con una relación de género de hasta 10:1 con respecto a los hombres. [2,6]

La caracterización clínica es inespecífica, con dolor abdominal, con predominio epigástrico, dispepsia, náuseas, vómitos, diabetes, ictericia y masa abdominal palpable o con signos de aparición de pancreatitis, sin embargo, más del 80 % de los casos son asintomáticos y son diagnosticados incidentalmente al realizar estudios de diagnóstico por imágenes a nivel abdominal por alguna otra afección. [7]

La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), tiene una sensibilidad baja, menor al 20 % para el diagnóstico de neoplasias serosas de páncreas. El estudio preoperatorio del líquido de la lesión quística puede ofrecer mejores datos que la BAAF, al medir valores como la amilasa, que se encuentra con cifras bajas en esta entidad, sin embargo, este estudio también carece de una especificidad y sensibilidad alta para el diagnóstico y puede expresar valores erróneos, compatibles con otras lesiones quísticas y lesiones malignas como el adenocarcinoma ductal de páncreas. [8]

La pancreatectomía cefalocaudal con o sin esplenectomía es la cirugía estandarizada para esta entidad y se asocia a una morbilidad perioperatoria de un 20 a un 40 % y a una mortalidad de menos del 1 %. [9] Las complicaciones más frecuentes en esta enfermedad se asocian a la fístula pancreática, la diabetes mellitus de nueva aparición y la insuficiencia exocrina, entre otras. [10] Se presenta el caso por lo interesante del reporte con fines docentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 43 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo postquirúrgico con tratamiento médico, que acudió al cuerpo de guardia del Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, porque presentaba desde hacía alrededor de mes y medio un cuadro clínico caracterizado por distensión abdominal y síntomas dispépticos, dado por dolor en epigastrio y nauseas.

En el examen físico realizado se constató:

- Abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa sin reacción peritoneal, donde se palpaba un tumor en epigastrio e hipocondrio izquierdo de bordes regulares, bien definido, de aproximadamente, 10 x 10 cm, poco móvil, doloroso, resto sin alteraciones.
- Signos vitales: Tensión arterial (TA): 110/80 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC): 84 L/min, Frecuencia respiratoria (FR): 18X/min.

Se realizaron los siguientes estudios complementarios:

- Hemoglobina: 11,4 g/l. Hematocrito: 0,38. Glicemia: 4,7mmol/L. Creatinina: 61mmol/L. Coagulograma: Tsang: 3 min. Tcuag: 5 min. Conteo de plaquetas: 230 x 10^{9} /mm. Colesterol: 7,0 mmol/L. TGP: 28,2 U/l. TGO: 75,4U/l. Fosfatasa alcalina: 134 U/l.
- Proteínas totales: 26,6 g/l. Proteínas fraccionadas: 41,1 g/l. Globulina: 35,5 g/l. Amilasa 58,6 Ul/L
- Electrocardiograma (ECG): normal.
- Ultrasonido abdominal: se observó una imagen hipoecogénica con reforzamiento acústico posterior y tabiques hiperecogénicos a nivel de cuerpo de páncreas, que medía aproximadamente, 10,7 x 10,9 x 13,86 cm con un volumen aproximado de 652 cc. El resto de los órganos intraabdominales se presentaron normales.
- Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis con doble contraste: evidenció la lesión redondeada hipodensa en rango líquido con septos finos en su interior, de bordes definidos, ofreció la impresión de formar parte del cuerpo y la cola de páncreas, con medición axial de 11,9 x 10,3 cm, coronal 11,7 x 10,2 cm y sagital 10,6 x 10,3 cm.

Después de realizados todos los complementarios el paciente se volvió a valorar en el Servicio de Cirugía General. Se le diagnosticó un tumor quístico a nivel de cuerpo y cola de páncreas, se anunció al salón electivo para realizar laparotomía exploratoria y conducta consecuente. El hallazgo encontrado en el acto operatorio confirmó el resultado de los análisis complementarios realizados y se observó un tumor quístico que abarcaba cuerpo y cola de páncreas de aproximadamente 15 x 15 cm de bordes regulares y consistencia dura. (Fig. 1).

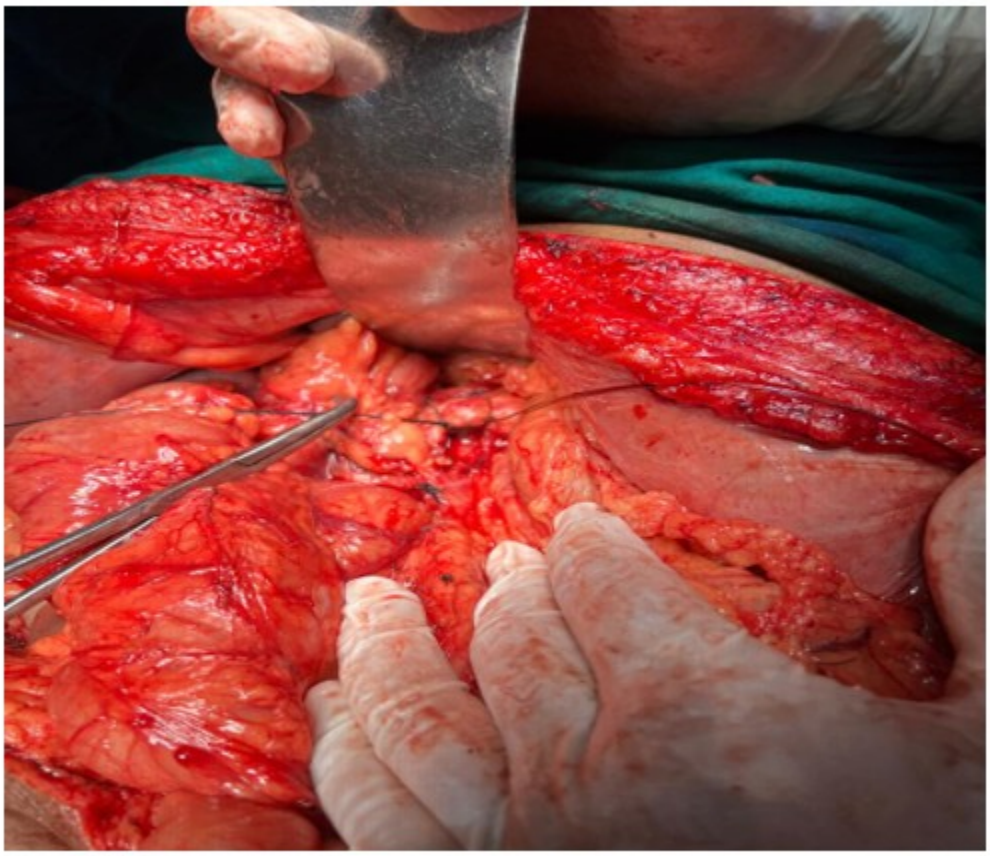

Fig. 1. Momento en que se localizó el tumor pancreático

El procedimiento realizado fue la pancreatectomía cefalocaudal con esplenectomía. (Fig. 2).

Fig. 2. Momento del acto quirúrgico donde se comienza a realizar la pancreatectomía cefalocaudal con esplenectomía

La pieza quirúrgica extraída fue enviada al departamento de anatomía patológica para la realización de biopsia por parafina. El resultado mostró la existencia de un cistoadenoma seroso del páncreas. (Fig. 3).

Fig. 3. Pieza quirúrgica completamente resecada (tumor de cuerpo y cola de páncreas con el bazo asociado)

El paciente fue trasladado a la sala de terapia intensiva durante las primeras 48 horas por la extensión de la cirugía realizada. Evolucionó favorablemente y fue trasladado a la sala de cirugía, de donde egresó posteriormente. En la actualidad lleva más de 6 meses de operado.

DISCUSIÓN

Las neoplasias quísticas serosas del páncreas, también llamadas cistoadenomas serosos, adenomas microquísticos, adenomas ricos en glucógeno y adenomas oligoquísticos mal delimitados, constituyen un proceso proliferativo epitelial benigno de diferenciación serosa, conformado generalmente por dilataciones de tejido fibroconectivo, recubiertas por epitelio simple, cúbico, con contenido seroso. Estas lesiones son consideradas premalignas y requieren extirpación quirúrgica según el tamaño y las características imagenológicas. Las lesiones sintomáticas en pacientes operables deben resecarse, mientras que en lesiones asintomáticas es importante diferenciar su estirpe, serosa o mucinosa y su riesgo de degeneración. [2] En el caso estudiado se trató de una etiología benigna de estipe serosa, de carácter sintomático.

La mayoría de estas neoplasias son descubiertas de forma incidental en estudios de diagnóstico por imagen, debido a que los síntomas pancreáticos típicos están ausentes en el 75 % de los pacientes. La información detallada para descartar la pancreatitis es importante, ya que pueden presentarse con dolor abdominal, pancreatitis recurrente, obstrucción de la salida gástrica, ictericia o pérdida de peso, [7] aspectos que no coinciden con el paciente del caso estudiado que presentó un cuadro clínico caracterizado por distensión abdominal y síntomas dispépticos, con dolor en el epigastrio y nauseas.

Se utilizan varios métodos para diagnosticar el tipo de lesión como son: el ultrasonido abdominal, el examen citopatológico del líquido quístico, más los análisis de marcadores tumorales. Las paredes gruesas con tabiques y presencia de nódulos murales son hallazgos ecográficos que indican malignidad. El ultrasonido, la tomografía axial computarizada (TAC) y la ecoendoscopia son las modalidades de diagnóstico por imagen más utilizadas. La resonancia magnética nuclear

(RMN) y la colangioresonancia tienen mejores resultados en la detección de comunicación entre los quistes pancreáticos y los conductos pancreáticos, además de una mejor detección de los nódulos murales. [8,11] En el caso presentado, los estudios realizados para el diagnóstico fueron: el ultrasonido abdominal y la tomografía contrastada.

Dado el riesgo de malignidad, la edad temprana de los pacientes al momento de la presentación y la baja tasa de recurrencia, la Asociación Internacional de Pancreatología recomienda: resección quirúrgica en pacientes aptos para cirugía. Por otro lado, el Comité Europeo, reserva la resección solo para lesiones sintomáticas o ≥ 4 cm, mientras que el Colegio Americano de Radiología considera como umbral de resección, las lesiones ≥ 3 cm, [9] criterio que coincide con el aplicado en el caso estudiado, la resección completa del tumor.

El tratamiento adecuado en la mayoría de los casos es la resección quirúrgica adaptada a la localización del tumor. El manejo de esta entidad debe ser individualizado, de acuerdo a las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas, [10] como se realizó con el paciente del caso presentado

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

1- Conceptualización: Daniel Olivera Fajardo, José Alberto Puerto Lorenzo.

2- Curación de datos: Daniel Olivera Fajardo.

3- Análisis formal: Daniel Olivera Fajardo.

4- Investigación: Daniel Olivera Fajardo, Abraham Osorio Peláez.

5- Redacción borrador original: Daniel Olivera Fajardo, José Alberto Puerto Lorenzo.

6- Redacción, revisión y edición: Abraham Osorio Peláez

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Medeiros LB, Nascimento A, Godim TS, Matias IM, Lopes LL, Bezerra L, et al. Cistoadenoma seroso do páncreas simulando tumor neuroendócrino: relato de caso. Brazilian Journal Health Review. 2024;7(5):e73535.

2- Betancourt AF, Padrón JA, Cedeño MO, Barrios AJ, González CA, MacGregor P. Cistoadenoma mucinoso de cuerpo y cola de páncreas: a propósito de un caso. Rev Venez Cir[Internet]. 2022[citado 10/1/26];75(1):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/download/450/603/2221.

3- Ramírez A, Pérez ML, Dorantes R. Cistoadenoma seroso pancreático subtipo microquístico con expresión de marcadores neuroendocrinos por inmunohistoquímica: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Patol Rev Latinoam[Internet]. 2024[citado 10/1/26];62(1):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://www.revistapatologia.com/articulo/cistoadenoma-seroso-pancreatico-subtipo-microquistico-con-expresion-de-marcadores-neuroendocrinos-por-inmunohistoquimica-reporte-de-un-caso-y-revision-de-la-bibliografia.

4- Amico EC, Siqueira CT, Emerenciano LM, Ferreira GAS, Alves JR, Oliveira LE, et al. Cistoadenoma seroso de pâncreas. ¿Por qué a acurácia é baixa aos exames de imagem? Arq Bras Cir Diges. 2021;34(4):e1640.

5- Hartley CP, Panarelli NC, Giorgadze T. Cystic Lesions of the Pancreas: Differential Diagnosis and Cytologic-Histologic Correlation. Arch Pathol Lab Med. 2020;144(1):47-61.

6- Bojanapu S, Kasi A. Pancreatic Mucinous Cystadenoma[Internet]. Florida:StatPearls Publishing;2022[citado 10/1/26]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557774/.

7- Chen JC, Beal EW, Pawlik TM, Cloyd J. Molecular Diagnosis of Cystic Neoplasms of the Pancreas: a Review. J Gastrointest Surg. 2020;24(5):1201-14.

8- Hartley CP, Panarelli NC, Giorgadze T. Cystic Lesions of the Pancreas: Differential Diagnosis and Cytologic-Histologic Correlation. Arch Pathol Lab Med. 2020;144(1):47-61.

9- Treviño L, Carrazana IG, Aritzi JP. Lesiones quísticas del pancreas. Diagnóstico diferencial y estrategia de tratamiento. Rev Gastroenterol Méx[Internet]. 2021[citado 10/1/26];87(2):[aprox. 41p.]. Disponible en: https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S037509062200015 5.

10- Okasha H, Awad A, El-meligui A, Ezzat R, Aboubakr A, Abou S, et al. Cystic pancreatic lesions, the endless dilemma. World J Gastroenterol. 2021;27(21):2664-80.

11- Miller FH. Pancreatic cystic lesions and malignancy: Assessment, guidelines, and the field defect. Radiographics. 2022;42(1):87-105.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS