

Lesión pancreática que esconde una transformación quística acinar

Rocío Forneiro Pérez^{1,a}, Pablo Dabán López^{1,b}, Clotilde Moreno Cortés^{1,c}

Pancreatic lesion that hides an acinar cystic transformation

Objective: Acinar cystic transformation of the pancreas is a rare pathology that affects mostly middle-aged women. **Material and Methods:** We present a case of this pathology in a young man who presented with pain in the left hypochondrium and imaging tests revealed a cystic lesion in the pancreatic tail measuring 50x45mm, with linear calcifications. Distal pancreatectomy was performed. **Results:** The anatomopathological diagnosis was acinar cystic transformation. **Discussion:** given the difficulty of a preoperative diagnosis, the patient is often subjected to surgery with high morbidity, despite being a benign lesion, as surgical indications for other pancreatic cystic pathologies are followed. The presence of mutations and the fact that some of them also present mucinous epithelial changes would justify discussing the possibility of keeping these patients under long-term surveillance.

Keywords: pancreas; cystadenoma; cystic acinar transformation.

Resumen

Objetivo: La transformación quística acinar del páncreas es una patología poco frecuente y que afecta en su mayoría a mujeres de mediana edad. **Material y Métodos:** Presentamos el caso de dicha patología en un varón joven que debutó con dolor en hipocondrio izquierdo y en la pruebas de imagen se evidenció una lesión quística en cola pancreática de 50x45mm, con calcificaciones lineales. Se realizó pancreatectomía distal. **Resultados:** El diagnóstico anatomopatológico informó de transformación quística acinar. **Discusión:** Dada la dificultad de un diagnóstico preoperatorio, es frecuente someter al paciente a una intervención quirúrgica con una elevada morbilidad, a pesar de tratarse de una lesión benigna, ya que se siguen las indicaciones quirúrgicas para otras patologías quísticas pancreáticas. La presencia de mutaciones y el hecho de que algunos de ellos también presentan cambios epiteliales mucinosos, justificaría el debatir la posibilidad de mantener a estos pacientes bajo vigilancia a largo plazo.

Palabras clave: páncreas; cistoadenoma; transformación quística acinar.

¹Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España.

^a<https://orcid.org/0000-0002-5804-5784>

^b<https://orcid.org/0000-0002-2863-1723>

^c<https://orcid.org/0009-0009-0673-6944>

Recibido el 2023-06-12 y aceptado para publicación el 2023-07-10

Correspondencia a:

Dra. Rocío Forneiro Pérez
rocio.forneiro@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

La transformación quística acinar (TQA) del páncreas, anteriormente denominada cistoadenoma de células acinares, fue descrita por primera vez en el año 2001¹. Se trata de una patología poco frecuente entre las lesiones quísticas pancreáticas. Afectan en su mayoría a mujeres, con una edad media de 48 años. Se sitúan en su mayoría en la región del cuerpo-cola pancreáticos, con un tamaño medio (al diagnóstico) de 4 cm. El diagnóstico diferencial plantea un reto diagnóstico con los quistes pancreáticos², que albergan potencial maligno, como la neoplasia

mucinosa papilar intraductal (NMPI) o la neoplasia quística mucinosa³. A continuación, presentamos el caso de un paciente adulto joven intervenido por dicha patología.

Caso Clínico

Varón de 39 años, fumador, sin antecedentes de interés. En estudio por dolor en hipocondrio izquierdo, se solicitan una tomografía computerizada abdominopélvica con contraste (Figura 1), colangiograma y RM pancreática (Figura 2) que informaron de la

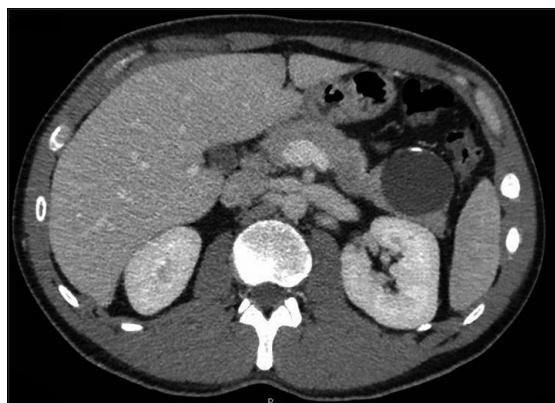


Figura 1. Imagen de corte axial de tomografía computarizada abdominopélvica con contraste donde se visualiza la lesión pancreática.

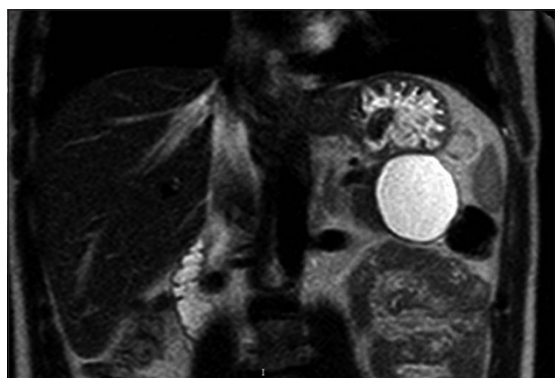


Figura 2. Imagen de corte coronal de resonancia magnética nuclear donde se aprecia a la derecha la lesión pancreática.

presencia de una lesión quística en cola pancreática de 50x45mm, con calcificaciones lineales, así como otra formación adyacente al segmento VI hepático, quística, de 35x45mm con calcificaciones periféricas. Se descartó origen hidatídico de estas lesiones. Se intervino realizándose pancreatectomía distal laparoscópica de la tumoración (que no infiltraba estructuras vecinas), preservación esplénica y extirpación de la lesión quística dependiente de peritoneo parietal diafragmático con apertura y cierre del diafragma por vía laparoscópica. Esta última parece corresponderse con la tumoración hepática en segmento 6 descrita en las pruebas de imagen previas, ya que tras la liberación del hígado derecho se evidencia dicha formación quística del peritoneo parietal diafragmático que impronta sobre el hígado sin dependencia del mismo.

El paciente recibió el alta a los 10 días de la cirugía por una reacción adversa a parches de nicotina y permanece en seguimiento y asintomático 4 meses después. El diagnóstico anatomopatológico informó de quiste de inclusión peritoneal y de TQA. Éste último con el siguiente perfil Inmunoquímico: Positividad de Ck7, CK19(+/-), Antiquimiotripsina (débil), Antitripsina (débil) y Negatividad para CK20, Calretinina, HBME-1, wt-1; CK 5/6, D2-40. CD31, ERG.

Discusión

En general, el TCA es una entidad benigna. Sin embargo, la posible aparición de mutaciones impulsoras sugiere discutir un posible papel de la vigilancia a largo plazo para estos pacientes².

Habitualmente, no es posible llegar a un diagnóstico preoperatorio certero dado que es difícil obtenerlo por técnicas de imagen, a menudo se confunde con otras lesiones quísticas⁴ al no existir características en las pruebas de imagen. Delavaud et al⁵ sugirieron que la presencia de los siguientes hallazgos en las imágenes está más relacionadas con el cistoadenoma de células acinares que con la neoplasia mucinosa papilar intraductal de conducto ramificado: 1) cinco o más quistes, 2) quistes periféricos pequeños agrupados, 3) presencia de calcificación del quiste y 4) ausencia de comunicación con el conducto pancreático principal. La modalidad mostró una sensibilidad del 100% y una especificidad del 60% cuando se cumplía al menos un criterio frente a una sensibilidad del 60% y una especificidad del 100% cuando se cumplían los cuatro criterios.

La citología como única prueba tampoco suele ser concluyente⁶. Sólo el uso de micro fórceps específicos puede ayudar⁷. Por lo que, en términos generales, dada la dificultad de un diagnóstico preoperatorio, es frecuente someter al paciente a una intervención quirúrgica con una elevada morbilidad, a pesar de tratarse de una lesión benigna, ya que se siguen las indicaciones quirúrgicas para otras patologías quísticas pancreáticas⁸. En los casos donde es posible realizar un diagnóstico preoperatorio, la evidencia de áreas ductales y/o PanIN en el preoperatorio justifica la resección quirúrgica o, al menos, un seguimiento adecuado.

Un estudio reciente², sugiere que esta patología puede abarcar un espectro de lesiones con distinta etiopatogenia, incluidas las que evolucionan a partir de microquistes acinares con una naturaleza neoformativa más evidente y otras que se desarro-

llan a partir de lesiones obstructivas subyacentes. En particular, la aparición de mutaciones *driver* en algunos pacientes apunta a la posibilidad de que esta entidad pueda tener potencial de transformación neoplásica. No obstante, al mismo tiempo, ninguno de los casos notificados hasta la fecha presentó un comportamiento maligno². Con todo ello, la presencia de mutaciones y el hecho de que algunos de ellos también presentan cambios epiteliales mucinosos, justificaría el debatir la posibilidad de mantener a estos pacientes bajo vigilancia a largo plazo.

En general, si no puede establecerse un diagnóstico preoperatorio, deben seguirse indicaciones quirúrgicas similares a las observadas para otras entidades quísticas².

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Contribución de autoría

1. Conceptualización: Clotilde Moreno Cortés
2. Curación de datos: Rocío Forneiro Pérez
3. Análisis formal: Rocío Forneiro Pérez
4. Adquisición de fondos: no aplica
5. Investigación: Pablo Dabán López
6. Metodología: Pablo Dabán López
7. Administración del proyecto: Clotilde Moreno Cortés
8. Recursos: Pablo Dabán López
9. Software: Rocío Forneiro Pérez
10. Supervisión: Pablo Dabán López
11. Validación: Rocío Forneiro Pérez
12. Visualización: Rocío Forneiro Pérez
13. Redacción - borrador original: Rocío Forneiro Pérez
14. Redacción - revisión y edición: Clotilde Moreno Cortés

Bibliografía

1. Klöppel G. Pseudocysts and other non-neoplastic cysts of the pancreas. *Semin Diagn Pathol* [Internet]. 2000 [cited 2023 Feb 1];17(1):7-15. Available from: https://www.researchgate.net/publication/298885395_Pseudocysts_and_other_non-neoplastic_cysts_of_the_pancreas
2. Luchini C, Mattioli P, Basturk O, Hong S, Brosens LA, Marchegiani G, et al. Acinar Cystic Transformation of the Pancreas Histomorphology and Molecular Analysis to Unravel its Heterogeneous. *Am J Surg Pathol*. 2023;00(00):1-8.
3. Del Chiaro M, Besselink MG, Scholten L, Bruno MJ, Cahen DL, Gress TM, et al. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms [Internet]. Available from: <http://gut.bmj.com/>
4. Büyükk M, Gündüz M, Berker N, Serin K, Çetin S, Özdemir H, et al. Acinar Cystic Transformation of the Pancreas: Report of Three Cases. *Int J Surg Pathol* [Internet]. 2022 Mar 3 [cited 2023 Jan 23];30(6):697-705. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10668969221080070?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acr&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
5. Delavaud C, D'Assignies G, Cros J, Ruszniewski P, Hammel P, Levy P, et al. CT and MR imaging of multilocular acinar cell cystadenoma: Comparison with branch duct intraductal papillary mucinous neoplasia (IPMNs). *Eur Radiol* [Internet]. 2014 [cited 2023 Feb 1];24(9):2128-36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24895037/>
6. Chen BB, Amdur R, Komar S. Cystadenoma Mimicking Pancreatic Serous Cystadenoma. *Korean J Gastroenterol* [Internet]. 2021 Aug 25 [cited 2023 Feb 1];78:138-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34446637/>
7. Chen AL, Misdragi J, Brugge WR, Ferrone CR, Pitman MB. Acinar cell cystadenoma: A challenging cytology diagnosis, facilitated by moray® micro-forceps biopsy. *Diagn Cytopathol* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2023 Jan 23];45:557-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28236434/>
8. Rift CV, Hasselby JP, Hansen CP, Federspiel B. Acinar cystic transformation of the pancreas: Report of a case and a review of the literature. *Pathol Res Pract*. 2020 Jun 1;216(6).