



# CASO 4

P. EDUARDO DACOSTA E.

M<sup>a</sup> TERESA SALCEDO A.

---

**Servicio de Anatomía Patológica**  
**Hospital Universitario Vall de Hebrón**





# NUESTRO CASO

---

# HISTORIA CLÍNICA

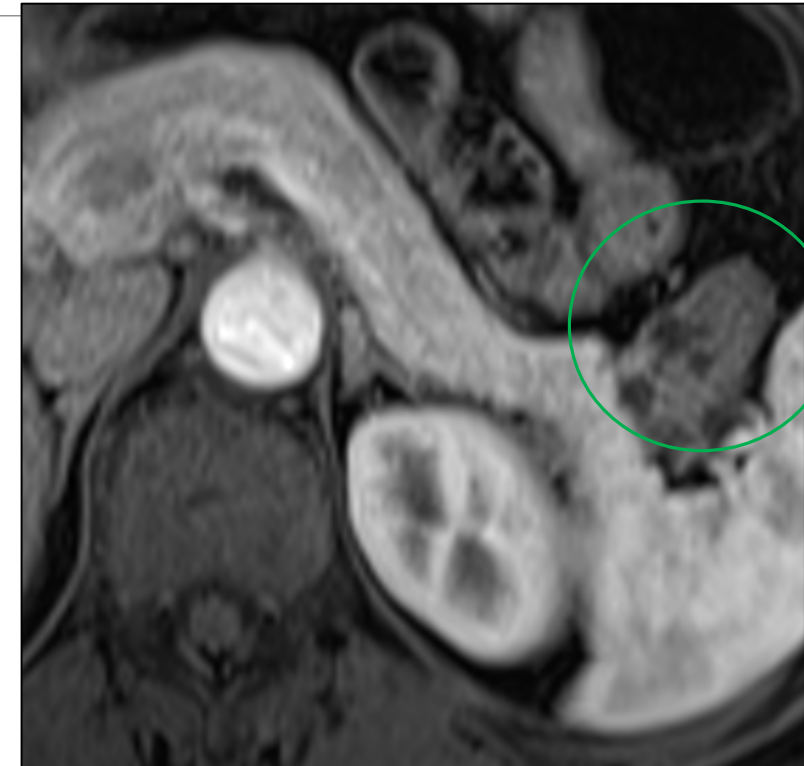
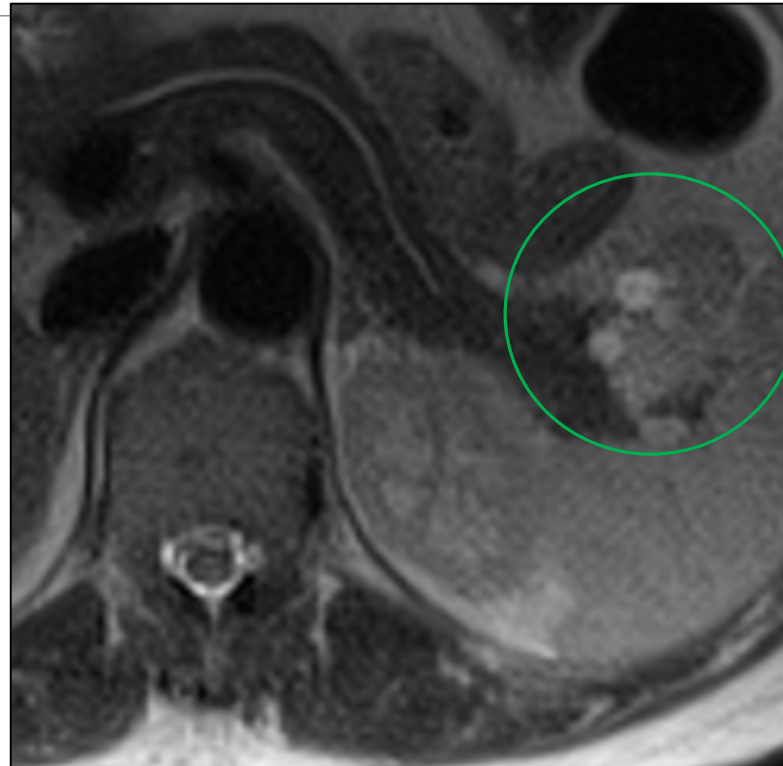
**Mujer de 50 años**

**Antecedentes:**

- TNE gástrico de reciente diagnóstico en contexto de gastritis atrófica

**Enfermedad actual:**

- Durante el estudio de la lesión gástrica se evidencia lesión en cola de páncreas y se realiza biopsia guiada por TC.



... (presencia pancreas divisum). Lesión nodular en hilio esplénico, que parece depender de la cola pancreática y presenta áreas quísticas en su interior, con unos diámetros máximos de 31 x 40 mm, a descartar TM mucinoso.

# Dx Radiológico

## Conclusión:

La exploración realizada muestra una tumoración en hilio esplénico, aparentemente dependiente de cola pancreática, con áreas quísticas en su interior, a descartar TM mucinoso. Engrosamiento nodular de pared gástrica a nivel de fundus y cuerpo con presencia de una lesión polipoidea de 16 mm en cuerpo gástrico. A valorar completar estudio mediante endoscopia para valoración de ambas lesiones.

- **Cistoadenoma mucinoso de páncreas.** (Neoplasia mucinosa quística de bajo y alto grado)
- **Cistoadenocarcinoma mucinoso de páncreas.** (Neoplasia mucinosa quística con carcinoma invasivo asociado)
- **Tumor papilar mucinoso intraductal.**

# PAAF LESIÓ QUÍSTICA EN PANCREAS DISTAL

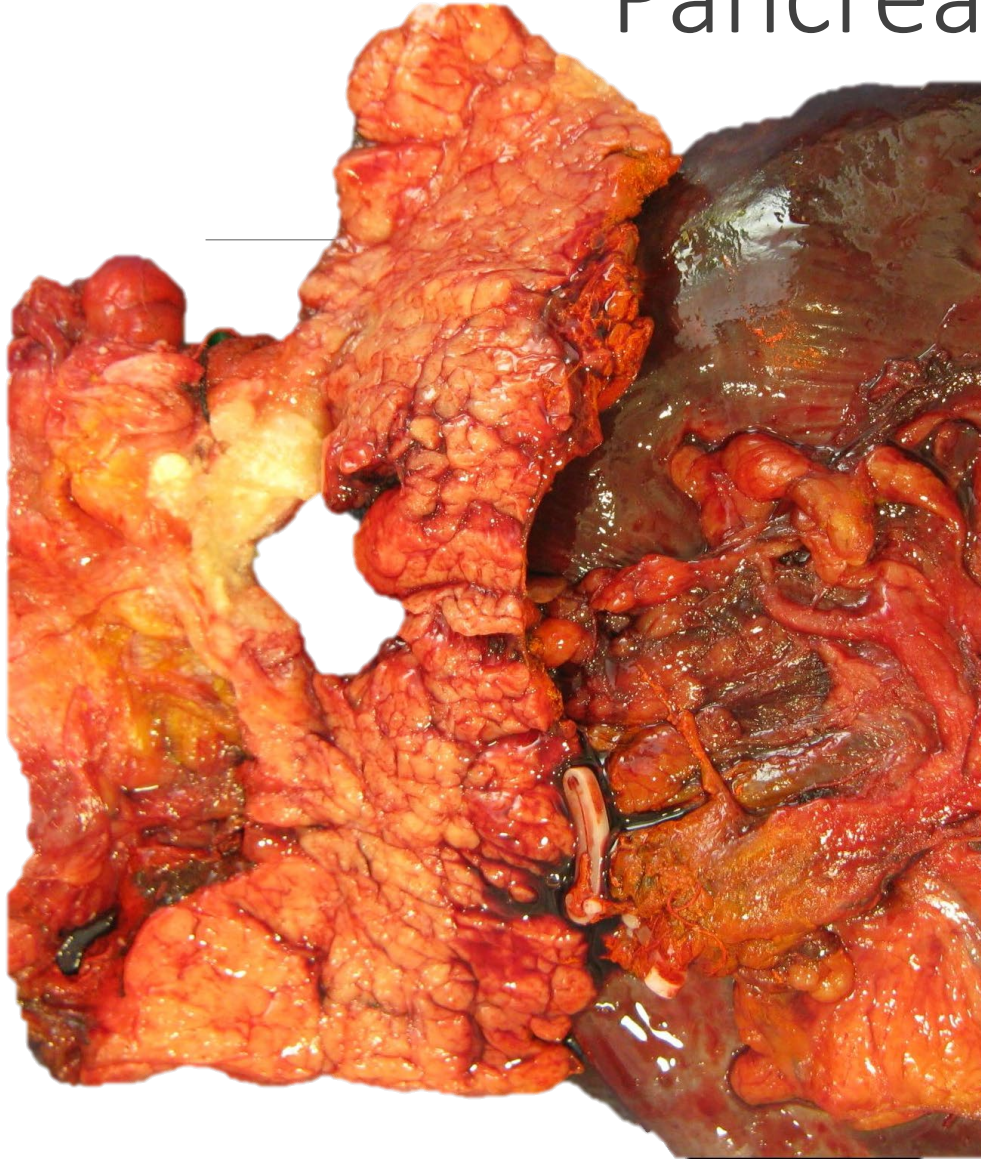
---



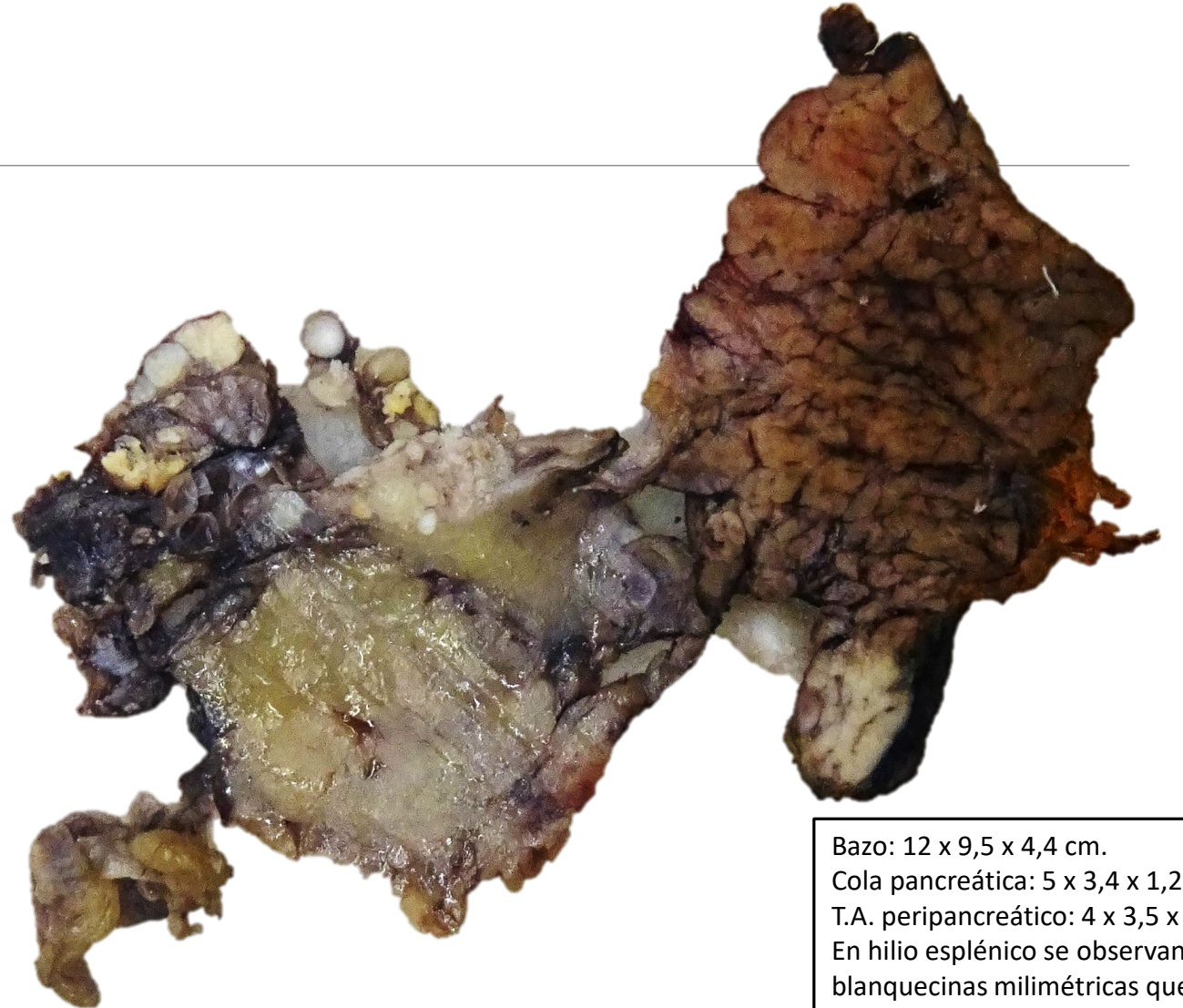
A) PAAF de lesió quística a pàncreas. Control per TAC:

MUESTRA INADECUADA PARA VALORACIÓN DIAGNÓSTICA.  
REPRESENTACIÓN DE ESCASOS FRAGMENTOS DE TEJIDO ADIPOSO Y ESCAMAS CÓRNEAS ANUCLEADAS SIN EVIDENCIA DE PARÉNQUIMA PANCREÁTICO NI CAMBIOS QUÍSTICOS. MUESTRA NO REPRESENTATIVA DE LA LESIÓN.  
CORRESPONDE A LA CATEGORÍA I DE LA CLASIFICACIÓN DE PAPANICOLAOU.

# Pancreatectomía distal + esplenectomía



Lesión redondeada, multinodular quística y bien delimitada con contenido grumoso de coloración blanquecino que mide 1,8 x 1,1 x 0,7 cm.



Bazo: 12 x 9,5 x 4,4 cm.  
Cola pancreática: 5 x 3,4 x 1,2 cm.  
T.A. peripancreático: 4 x 3,5 x 1,5 cm.  
En hilio esplénico se observan lesiones blanquecinas milimétricas que no invaden el parénquima.

# Neoplasia mucinosa quística

(CISTOADENOMA MUCINOSO/CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO)

**OMS:** “Neoplasia epitelial formadora de quistes y productora de mucina asociado a un estroma subepitelial de tipo ovárico”.

Usualmente tumores pequeños (<3 cm); hallazgo incidental.

Etiología desconocida.

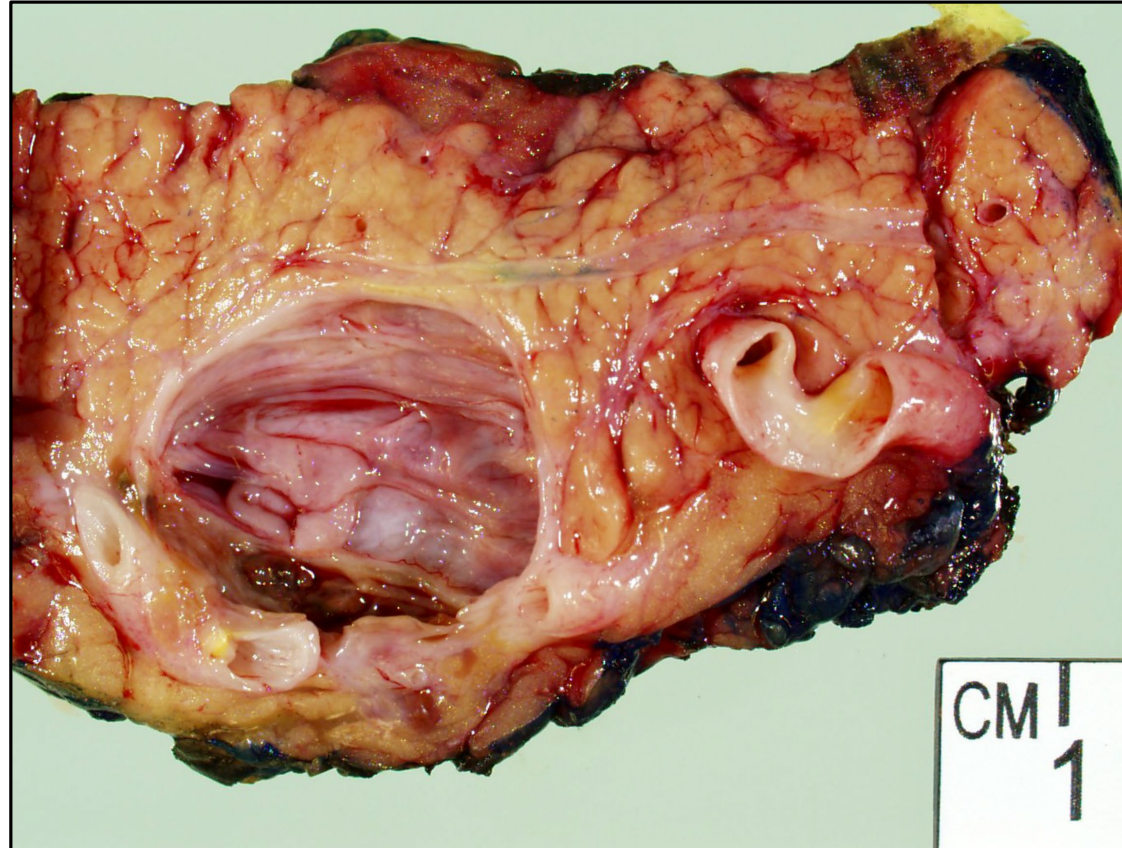
> 98% Cuerpo-cola.

> 98% Mujeres; 48 años (14-95).

Cx: asintomático; compresivo (> tamaño); masa palpable.

Sugestivo de componente invasivo:

- Tamaño >5cm
- Engrosamiento irregular de la pared
- Nódulos murales intraquísticos
- ↑ CA19-9 (>37kU/L)



## MACROSCÓPICAMENTE:

Masa quística con paredes fibrosas de grosor variable.

Sin relación con el ducto pancreático

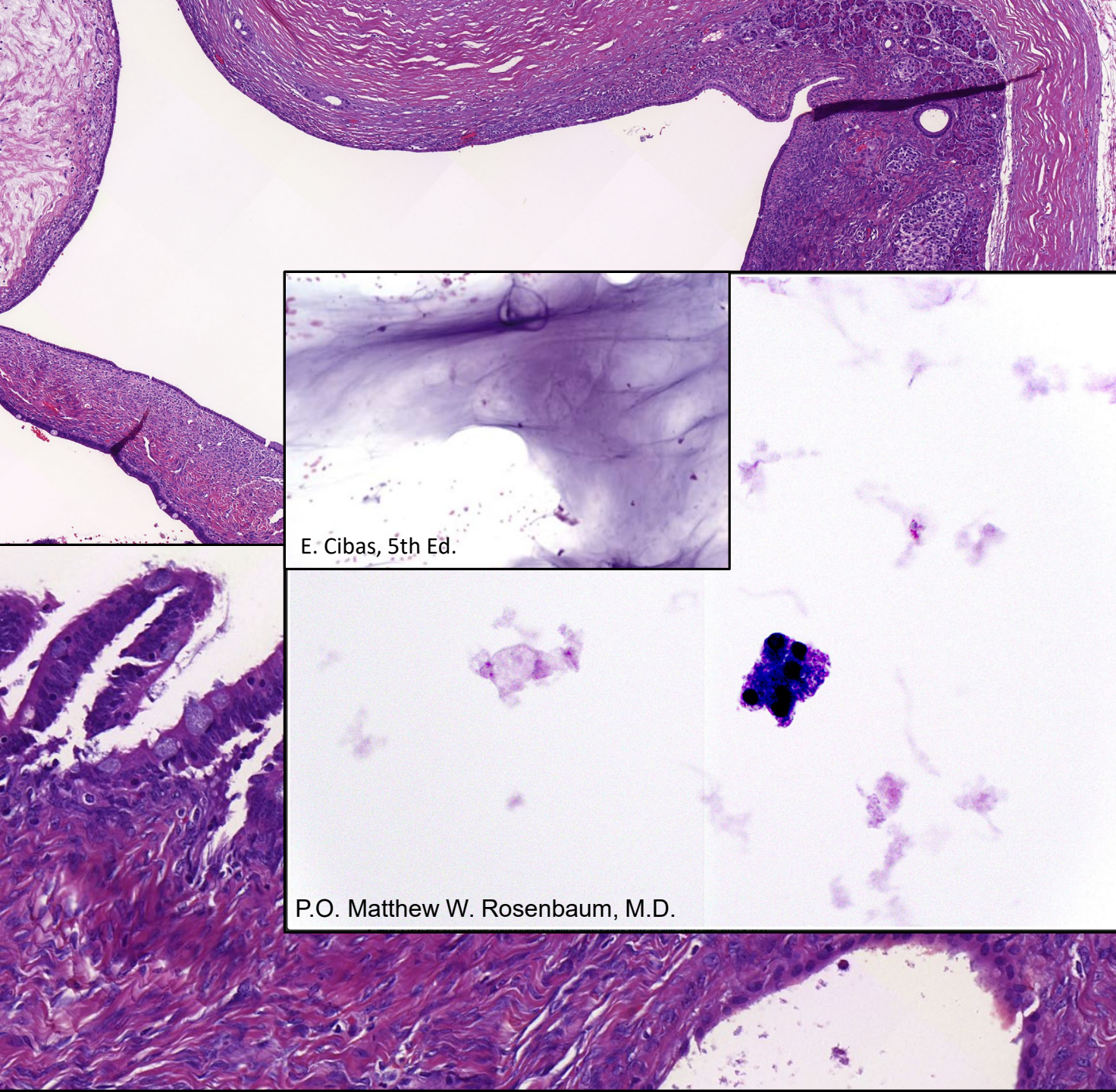
Tamaño medio 6 cm (2-35cm).

Quistes uni o multiloculares y contenido mucinoso denso, hemorrágico o necrótico.

Cara interna puede ser lisa.  
Alto grado: Suelen tener proyecciones papilares o nódulos.

P.O.: Diana Agostini-Vulaj, D.O. and AFIP images





E. Cibas, 5th Ed.

P.O. Matthew W. Rosenbaum, M.D.

## MICROSCOPICAMENTE:

- Formación quística
  - Epitelio columnar productoras de moco (epitelio cuboidal de tipo ductal no secretor).
  - Estroma de tipo ovárico (células fusiformes con nucleo redondo o alargado y escaso citoplasma) .
- Según el grado de atipia citoarquitectural:
  - Bajo grado: Atipia leve-mod.; +/- papilas; +/- mitosis.
  - Alto grado: Atipia severa; Papilas con ramificaciones irregulares, apelotonamiento, estratificación nuclear, pérdida de polaridad.
- El componente invasivo (presente en un 15%) es usualmente adenocarcinoma tubular.
- IHQ:
  - Epitelial: CK7, CK8, CK18, CK19, EMA, CEA y MUC5AC; No invasivo ( + SMAD4 –EMA); Invasivo (pueden –SMAD4 y +EMA)
  - Estroma: AML, desmina, RP (90-60%), RE (30%) (células luteinizadas: hidroxilasa tirosina, calretinina, a-inhibina)
- Citología:
  - Mucina densa
  - Células neoplásicas mucinosas (escasas) en grupos o placas.

# Tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI)

**OMS:** "Lesión epitelial intraductal visible macroscópicamente (>5mm) de células productoras de mucina que se origina en el ducto pancreático principal y/o sus ramas".

Usualmente en cabeza

Multicéntricos en 40% de los casos.

Etiología y patogenia no están bien establecidas.

Edad media 62-66 años, aumenta en la 8va década

Cx: Dolor epigástrico, pancreatitis crónica, pérdida de peso, DM e ictericia.

CEA y Ca19.9 no son de utilidad



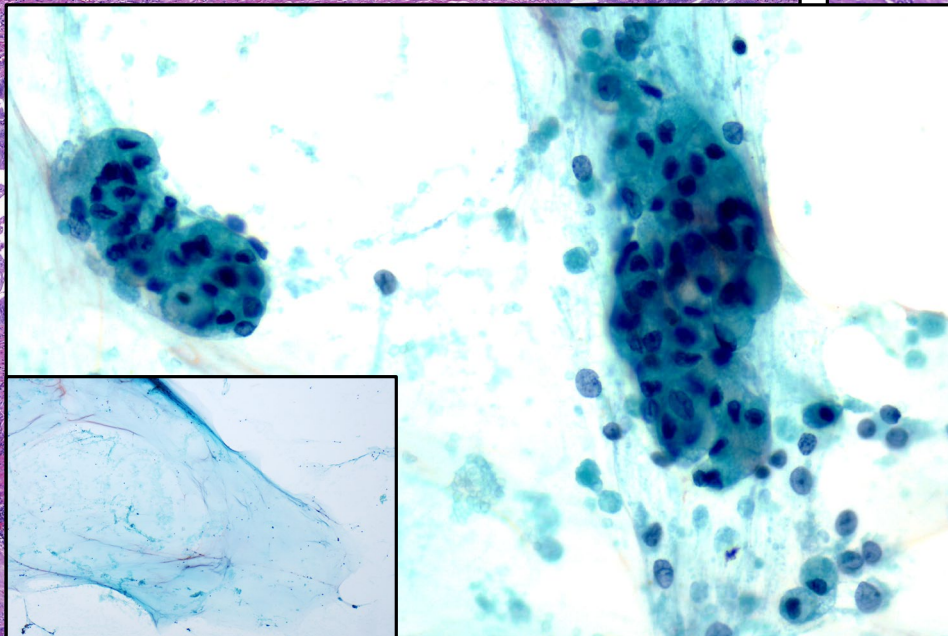
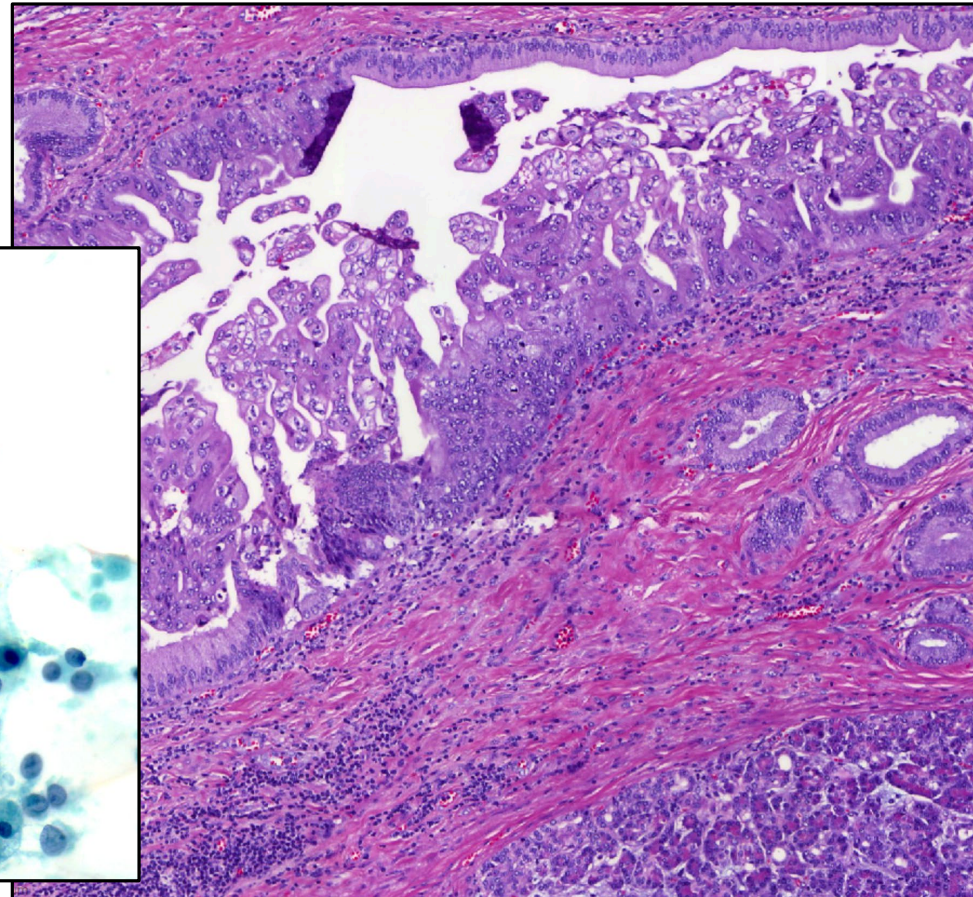
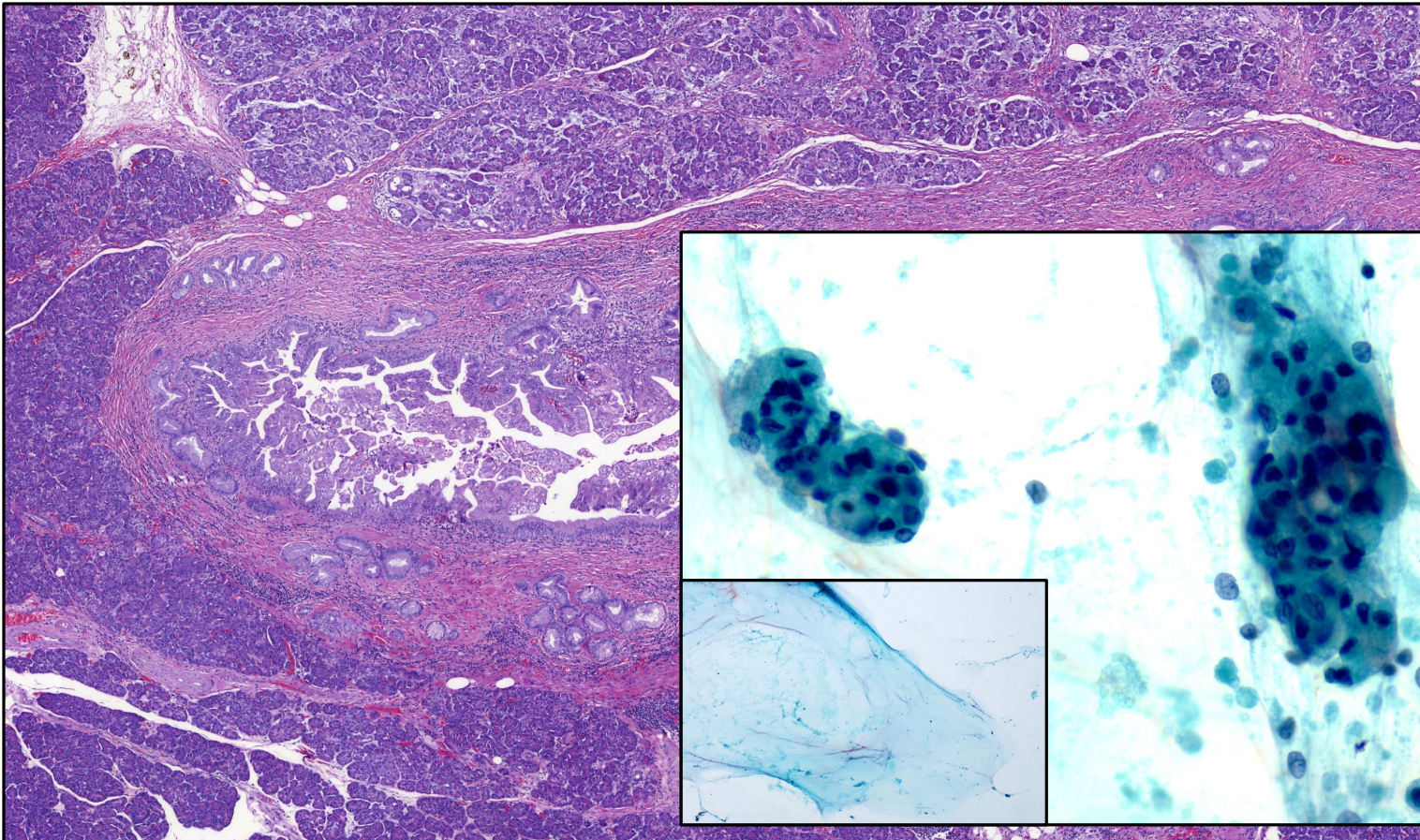
## MACROSCOPICAMENTE

**Tipo ducto principal:** Ducto principal dilatado (>5mm) mucoso y revestido por formaciones papilares blandas y friables. +F en cabeza.

**Tipo ducto secundario:** Lesiones quísticas multiloculares periféricas, con contenido mucinoso, en un parénquima circundante normal. +F en proceso uncinado.

**Alto grado/Componente invasivo:**  
> 30mm +/- nódulos/papilas.

**Carcinoma invasivo:** Lesiones mucinosas o sólidas firmes usualmente con dilataciones quísticas adyacentes.



- Proliferación intraductal de células columnares productoras de moco.
- Disposición plana o formando papilas, desde proyecciones microscópicas a proyecciones macroscópicas.

- Según el grado de atipia citoarquitectural:
  - **Bajo grado:** atipia leve a moderada con o sin proyecciones papilares y mitosis.
  - **Alto grado:** atipia severa, papilas con ramificaciones irregulares, budding, estratificación nuclear con pérdida de polaridad, pleomorfismo y nucléolos prominentes, abundantes mitosis.

- 3 subtipos: gástrico (70%), intestinal (20%) y pancreatobiliar.
- Puede asociarse a carcinoma invasivo, de tipo carcinoma coloide o adenocarcinoma tubular (ductal)
- IHQ: CK7, CK20, CDX2, CK19, CA19-9, CEA en la mayoría
- Citología: Hipo o hiper celular con células columnares mucinosas sueltas o en grupos poco cohesivos. Pueden verse estructuras papilares o placas. Fondo mucoso denso abundante en casi todos los casos.

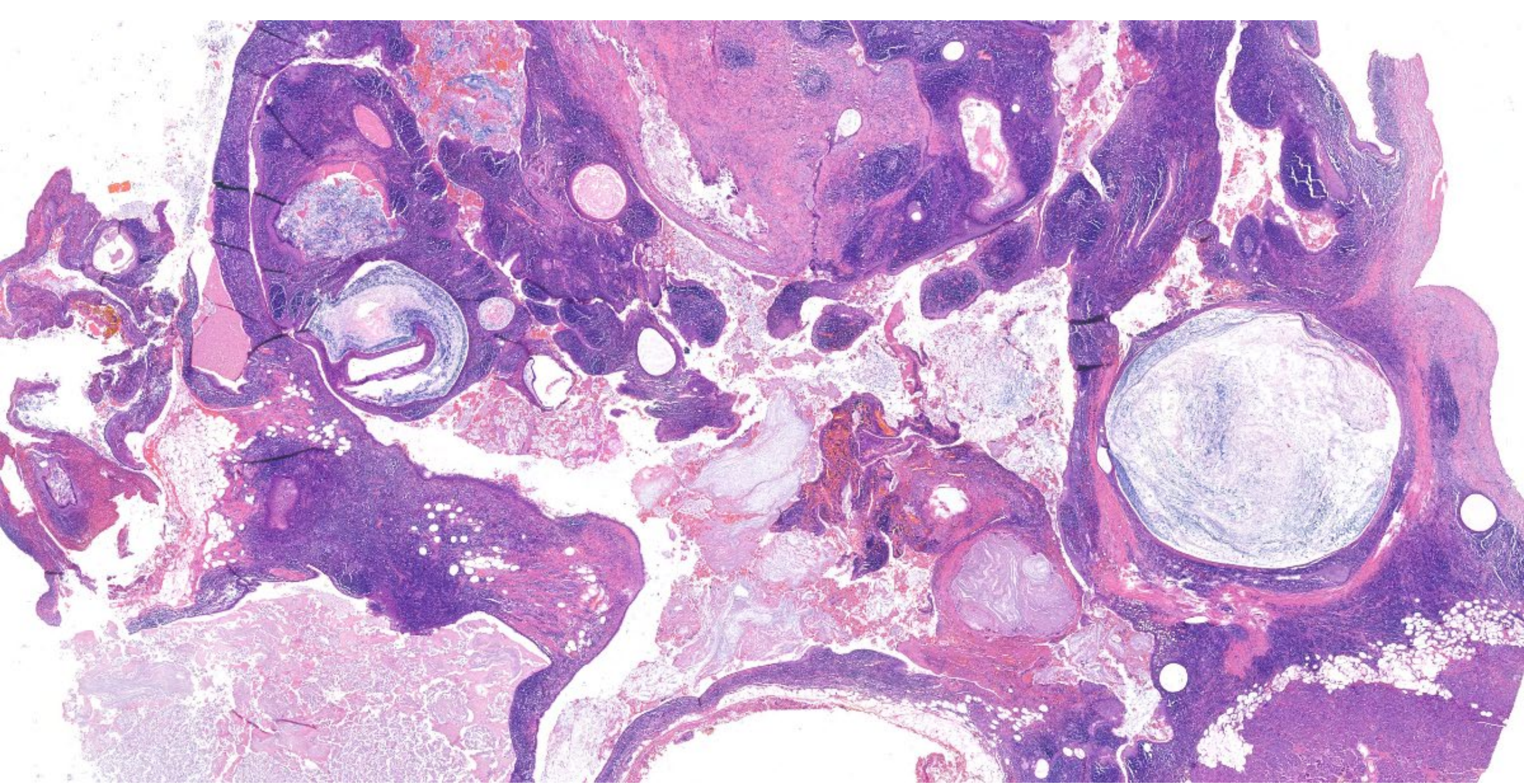


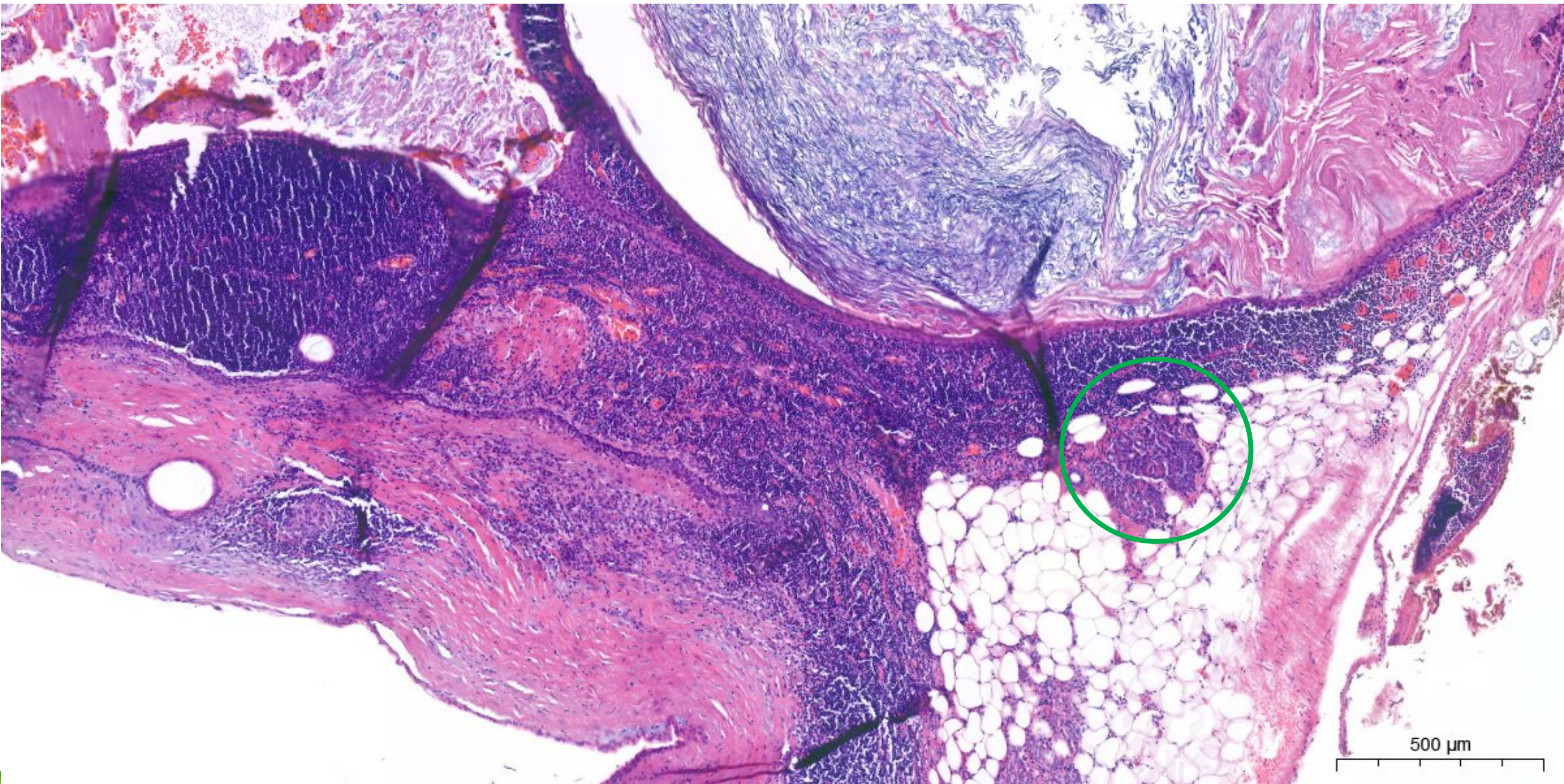
Bazo: 12 x 9,5 x 4,4 cm.  
Cola pancreática: 5 x 3,4 x 1,2 cm.  
T.A. peripancreático: 4 x 3,5 x 1,5 cm.  
En hilio esplénico se observan lesiones blanquecinas milimétricas que no invaden el parénquima.

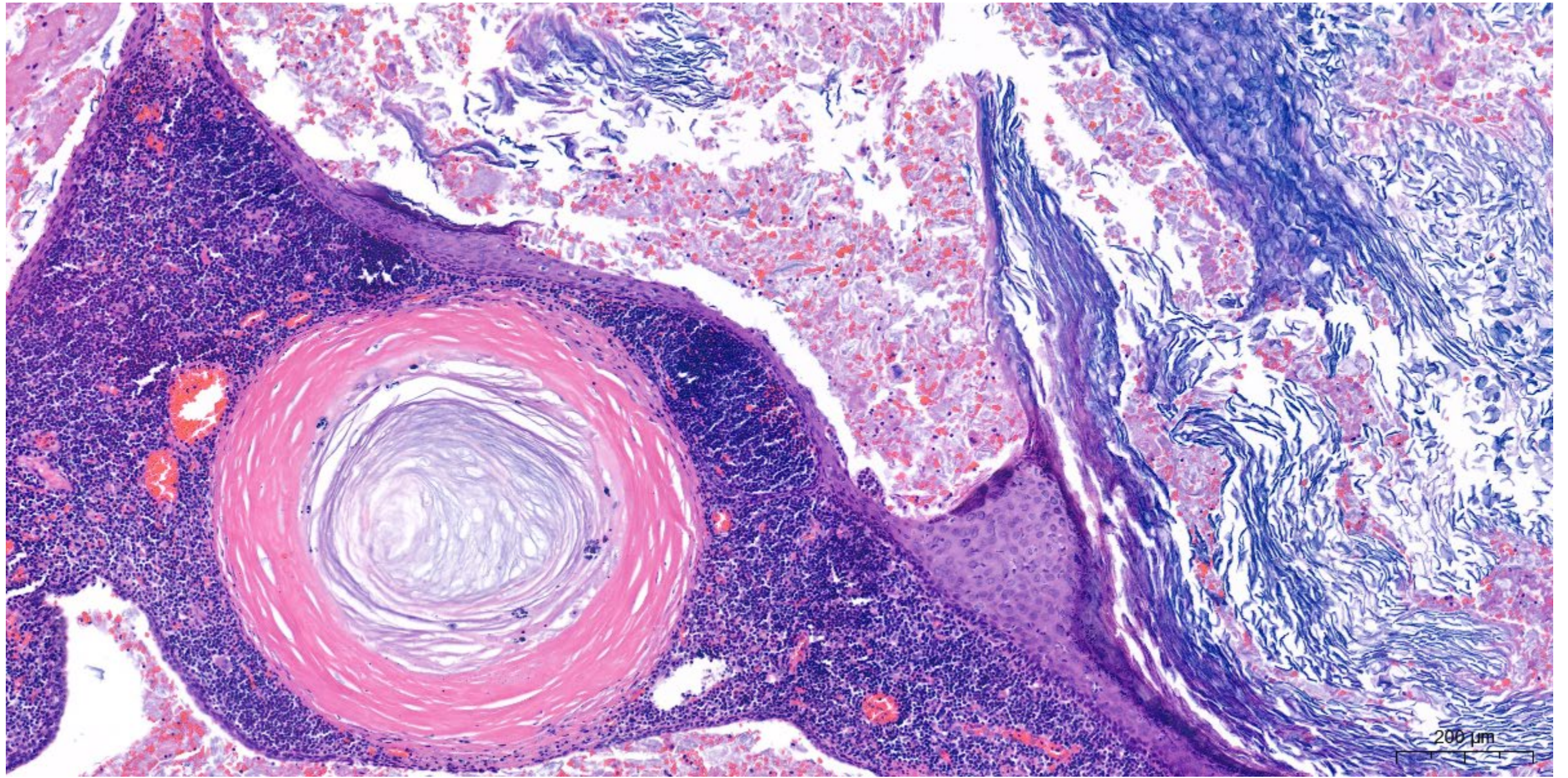
Lesión redondeada, multinodular quística y bien delimitada con contenido grumoso de coloración blanquecino que mide 1,8 x 1,1 x 0,7 cm.

# Hallazgos microscópicos

---









# Diagnóstico

---

- **QUISTE LINFOEPITELIAL DE PÁNCREAS** DE 1'8 cm DE DIMENSIÓN MÁXIMA
- PARÉNQUIMA PANCREÁTICO CON OCASIONALES FOCOS MICROSCÓPICOS DE PANCREATITIS CRÓNICA Y METAPLASIA MUCINOSA EPITELIAL DUCTAL (PanIN1A).
- MARGEN QUIRÚRGICO LIBRE DE LESIÓN.
- EN TEJIDO ADIPOSO PERIPANCREÁTICO SE IDENTIFICAN 12 GANGLIOS LINFÁTICOS CON LINFADENITIS REACTIVA.

# Lymphoepithelial Cyst of the Pancreas

## *An Analysis of 117 Patients*

*Diane Mege, MD,\*† Emilie Grégoire, MD,\*† Louise Barbier, MD,\*†  
Jean Del Grande, MD,\*‡ and Yves Patrice Le Treut, MD\*†*

*Pancreas* • Volume 43, Number 7, October 2014

Raro tumor quístico benigno.

Sin riesgo de evolución maligna.

Descrito por primera vez en 1985.

Histológicamente similar los quistes branquiales originados en el cuello.

No tiene asociación con los quistes linfoepiteliales de glándula salival.

**Macroscopicamente:** Quiste encapsulado de pared gruesa con contenido grumoso blanquecino-amarillento, algunas veces marronaceo.

**Microscopicamente:** Quiste revestido por epitelio escamoso queratinizante y rodeado por tejido linfoide abundante con folículos y centros germinales dispersos. Lumen con debris queratinaceo y cristales de colesterol.

- Células mucinosas (13 casos).
- Diferenciación sebácea (16 casos).
- No se han descrito células atípicas.

Citología: Epitelio escamoso queratinizante y tejido linfoide. Podría sugerir el diagnóstico y proponerse una cirugía limitada con seguimiento estrecho.

# Lymphoepithelial Cyst of the Pancreas

## *An Analysis of 117 Patients*

*Diane Mege, MD,\*† Emilie Grégoire, MD,\*† Louise Barbier, MD,\*†  
Jean Del Grande, MD,\*‡ and Yves Patrice Le Treut, MD\*†*

*Pancreas* • Volume 43, Number 7, October 2014

### **Clínica:**

Incidental

Dolor abdominal asociado a:

- Náuseas y vómitos
- Pérdida de peso
- Diarrea
- Ictericia

Sensibilidad abdominal

Fiebre

### **Hallazgos de laboratorio n:60 casos**

Elevación sérica CA19-9 (50%)

Función hepática y pancreática normal

Transaminasemia (2%)

Colestasis (3%)

Amilasa pancreática (2%)

CEA elevado(6%)

### **Hallazgos radiológicos n: 70 casos**

**ECO:** Quístico, sólido, heterogéneo, vegetaciones.

**TAC:** Lesión hipodensa y/o quística con o sin realce de la pared.

#### **Localización:**

- Cabeza (25%), cuerpo (39%), cola (36%)

Tamaño medio de 4,5 cm (0,5 – 17cm)

Lesión única (98%)

Multilocular (54%)

### **3 hipótesis**

Metaplasia escamosa de ductos intrapancreáticos obstruidos y ensanchados.

Hendiduras branquiales fuera de lugar durante la embriogénesis.

Inclusión de epitelio o páncreas ectópico en un ganglio peripancreático.

# Diagnóstico diferencial

## Otras lesiones quísticas pancreáticas:

- **Tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI)**
- **Neoplasia mucinosa quística**
- **Tumor neuroendócrino quístico**
- **Neoplasia pseudopapilar sólida**
- **Adenocarcinoma con degeneración quística**

## Diferenciales histológicos:

- **Quiste dermoide:** Presenta apéndices dérmicos; células mucinosas prominentes o mucosa respiratoria; menor edad media.
- **Quiste epidermoide en bazo intrapancreático:** Rodeado por tejido esplénico.
- **Quiste epidérmico:** Pequeños, sin tejido linfoide acompañante.
- **Linfangioma:** Revestimiento endotelial, positividad para marcadores endoteliales y linfáticos, pequeños agregados de tejido linfoide en lugar de bandas densas.
- **Pseudoquistes:** No tiene epitelio de revestimiento ni estroma linfoide.

**Manejo:** Resecciones amplias por no poder descartar tumores malignos.

# T.H.M.



- El quiste linfoepitelial de pàncreas es un tumor raro, es bueno tenerlo en mente para poder orientar su diagnostico en material de citología (PAAF)



# GRACIAS

---