




# MANEJO ACTUAL DE LOS QUISTES PANCREÁTICOS: UNA REVISIÓN NARRATIVA

## *Current management of pancreatic cysts: a narrative review*

### AUTORES

Cedeño-Muñoz, Ronald Eugenio<sup>1</sup>  , Moyano-Gaibor, Cinthya Belén<sup>2</sup> .

1. Unidad Técnica de Gastroenterología, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Quito - Ecuador.
2. Posgrado de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito - Ecuador.

 Recibido: 28-12-2025  Aceptado: 24-06-2026  Publicado: 29-06-2026

### Autor de correspondencia:

Cedeño-Muñoz, Ronald Eugenio  
Unidad Técnica de Gastroenterología, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín.

### Cómo citar esta obra:

Cedeño-Muñoz RE, Moyano-Gaibor CB. Manejo actual de los quistes pancreáticos: una revisión narrativa. Cambios rev. méd; 2026 Jun; 25 (1): 1097.

### CAMBios

<https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/issue/archive>  
ISSN Electrónico: 2661-6947  
Periodicidad semestral: Flujo continuo  
Vol. 25 (1) Ene-Jun 2026  
E-mail: revista.hcam@iess.gob.ec

DOI: <https://doi.org/10.36015/cambios.v25.n1.2026.1097>



Obra bajo licencia internacional Creative Commons  
Atribución-NoComercial-CompartirIgual.

### Resumen

**INTRODUCCIÓN:** Los quistes pancreáticos se detectan con creciente frecuencia debido al uso extendido de técnicas de imagen de alta resolución. Aunque la mayoría son lesiones benignas, un subgrupo presenta potencial de progresión a neoplasia maligna, lo que plantea un desafío clínico en su diagnóstico y manejo. El objetivo de esta revisión narrativa es sintetizar la evidencia actual sobre el enfoque diagnóstico, la estratificación del riesgo de malignidad y las estrategias de manejo de los quistes pancreáticos.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica. La búsqueda se efectuó en PubMed/MEDLINE y mediante revisión manual de referencias relevantes, incluyendo publicaciones desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de octubre de 2024. Se incluyeron revisiones sistemáticas con o sin metanálisis, estudios observacionales, ensayos clínicos y revisiones tipo state of the art en población adulta. Se excluyeron reportes de casos aislados, estudios preclínicos, cartas sin datos relevantes y publicaciones duplicadas.

**RESULTADOS:** La literatura revisada permite estructurar el manejo de los quistes pancreáticos en tres pilares: diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento. La resonancia magnética con colangiopancreatografía por resonancia magnética es la modalidad de imagen inicial de elección, mientras que la ultrasonografía endoscópica permite una caracterización más detallada y el análisis del fluido quístico. La integración de marcadores bioquímicos, citológicos y moleculares mejora la discriminación entre quistes mucinosos y no mucinosos. La vigilancia activa es segura para la mayoría de las lesiones de bajo riesgo, la resección quirúrgica se reserva para quistes con alto potencial maligno y la ablación guiada por ultrasonido endoscópico surge como alternativa mínimamente invasiva en pacientes seleccionados no candidatos a cirugía.

**CONCLUSIONES:** El manejo actual de los quistes pancreáticos se fundamenta en una evaluación multimodal orientada a una estratificación precisa del riesgo. La mayoría de los pacientes pueden ser manejados mediante vigilancia estructurada, reservando la cirugía y las terapias endoscópicas para casos seleccionados.

**Palabras clave:** Quiste Pancreático; Neoplasias Intraductales Pancreáticas; Endosonografía; Neoplasias Quísticas, Mucinosas y Serosas; Biopsia por Aspiración con Aguja Fina Guiada por Ultrasonido Endoscópico; Diagnóstico por Imagen.

### Abstract

**INTRODUCTION:** Pancreatic cysts are increasingly detected due to the widespread use of high-resolution imaging techniques. Although most lesions are benign, a subset carries malignant potential, posing a clinical challenge in diagnosis and management. The aim of this narrative review is to synthesize current evidence regarding the diagnostic approach, risk stratification for malignancy, and management strategies for pancreatic cysts.

**MATERIALS AND METHODS:** A narrative review of the scientific literature was conducted. The search was performed in PubMed/MEDLINE and through manual review of relevant references, including publications from January 1, 2020, to October 31, 2024. Systematic reviews with or without meta-analysis, observational studies, clinical trials, and state-of-the-art reviews in adult populations were included. Isolated case reports, preclinical studies, letters without relevant data, and duplicate publications were excluded.

**RESULTS:** The reviewed literature supports structuring the management of pancreatic cysts into three main pillars: diagnosis, risk stratification, and treatment. Magnetic resonance imaging with magnetic resonance cholangiopancreatography is the preferred initial imaging modality, whereas endoscopic ultrasound allows more detailed characterization and cyst fluid analysis. The integration of biochemical, cytological, and molecular markers improves discrimination between mucinous and non-mucinous cysts. Active surveillance is safe for most low-risk lesions, surgical resection is reserved for cysts with high malignant potential, and endoscopic ultrasound-guided ablation has emerged as a minimally invasive alternative for selected patients who are not surgical candidates.

**CONCLUSIONS:** Current management of pancreatic cysts is based on a multimodal evaluation aimed at precise risk stratification. Most patients can be managed with structured surveillance, reserving surgery and endoscopic therapies for selected cases.

**Keywords:** Pancreatic Cyst; Pancreatic Intraductal Neoplasms; Endosonography; Neoplasms, Cystic, Mucinous, and Serous; Endoscopic Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration; Diagnostic Imaging.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes pancreáticos son entidades clínicas cuya detección ha aumentado de manera significativa debido al uso extendido de técnicas de imagen de alta resolución<sup>1</sup>. Aunque su prevalencia reportada varía ampliamente (2-50% en estudios de imagen y autopsia), solo un subconjunto minoritario presenta potencial de progresión a adenocarcinoma pancreático<sup>1-3</sup>. Esta dualidad —entre una condición mayoritariamente benigna y un precursor reconocible de cáncer— constituye el núcleo del desafío clínico actual<sup>2</sup>.

Las lesiones quísticas del páncreas comprenden más de 20 tipos histológicos, siendo las más relevantes desde una perspectiva oncológica las neoplasias quísticas mucinosas (NQM), que incluyen la neoplasia intraductal papilar mucinosa (IPMN) y la neoplasia quística mucinosa (MCN), ambas consideradas lesiones premalignas<sup>1,3</sup>. Otras entidades relevantes incluyen el tumor pseudopapilar sólido (SPT), tumor neuroendocrino quístico (CNET)<sup>4</sup>. En contraste, los pseudoquistes y los cistoadenomas serosos (SCA) suelen considerarse lesiones benignas y, en ausencia de criterios de alarma, no requieren un enfoque oncológico<sup>4,5</sup>. El objetivo principal, por tanto, es discriminar con precisión las lesiones de bajo riesgo, candidatas a vigilancia, de aquellas de alto riesgo, que justifican una intervención quirúrgica potencialmente curativa, pero con morbilidad asociada<sup>6</sup>.

Dada la rápida evolución del conocimiento en esta área, con la publicación de múltiples revisiones de la literatura y avances en técnicas diagnósticas y terapéuticas, se hace necesaria una síntesis actualizada para el clínico<sup>7-10</sup>. El objetivo de esta revisión narrativa es describir de manera integral el enfoque diagnóstico contemporáneo, los criterios para la estratificación del riesgo de malignidad y las estrategias de manejo establecidas y emergentes para los quistes pancreáticos.

## METODOLOGÍA

**Diseño del estudio:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica con enfoque descriptivo e interpretativo, orientada a sintetizar la evidencia contemporánea sobre el diagnóstico, la estratificación del riesgo y el manejo de los quistes pancreáticos. La búsqueda bibliográfica fue organizada y reproducible, aunque sin pretensión de exhaustividad sistemática ni metaanálisis, de acuerdo con el objetivo clínico e integrador del manuscrito.

**Fuentes de información y estrategia de búsqueda:** La búsqueda principal se efectuó en PubMed/MEDLINE. De manera complementaria, se realizó una búsqueda manual secundaria en las referencias de los artículos seleccionados y en documentos de consenso y guías clínicas de sociedades científicas internacionales, incluyendo la American Gastroenterological Association, la International Association of Pancreatology, las guías europeas basadas en evidencia y el American College of Gastroenterology.

El período de búsqueda comprendió publicaciones entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de octubre de 2024.

La estrategia combinó términos MeSH y palabras clave libres mediante operadores booleanos: (“*Pancreatic Cysts*” OR “*Pancreatic Cystic Neoplasms*” OR “*Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm*” OR “*Mucinous Cystic Neoplasm*”) AND (“*Diagnosis*” OR “*Risk Stratification*” OR “*Management*” OR “*Surveillance*” OR “*Treatment*”).

**Selección de estudios:** La búsqueda inicial identificó 312 registros. Se eliminaron 22 artículos claramente irrelevantes por título, tras lo cual se realizó una evaluación inicial por título y resumen de 290 publicaciones. Posteriormente, 87 artículos fueron evaluados a texto completo. Finalmente, se seleccionaron 22 referencias principales consideradas pivotaes para la síntesis narrativa final, por su relevancia clínica, actualidad, impacto científico y utilidad para la toma de decisiones. La selección y síntesis de la evidencia fue realizada por los autores mediante consenso.

**Criterios de inclusión:** Se incluyeron publicaciones en inglés correspondientes a ensayos clínicos, estudios de cohorte, estudios de casos y controles, revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, revisiones narrativas de alto impacto, artículos tipo *state-of-the-art*. Se priorizaron estudios que abordaran criterios diagnósticos, estratificación de riesgo, indicaciones quirúrgicas, vigilancia y estrategias terapéuticas contemporáneas.

**Criterios de exclusión:** Se excluyeron reportes aislados de casos clínicos, estudios preclínicos o en modelos animales, cartas al editor sin información clínica relevante, publicaciones duplicadas, artículos redundantes y documentos con escaso aporte para la síntesis narrativa.

**Proceso de síntesis y control de calidad:** La evidencia se sintetizó de forma cualitativa, priorizando revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, estudios multicéntricos, y consensos internacionales. Durante la redacción del manuscrito se tuvieron en cuenta los principios de transparencia propuestos por la escala SANRA, especialmente la justificación del tema, la descripción explícita de la búsqueda bibliográfica, la adecuada sustentación bibliográfica y la síntesis razonada de la evidencia.

**Consideraciones metodológicas y limitaciones:** Al tratarse de una revisión narrativa, existen limitaciones inherentes, como el riesgo de sesgo de selección, la ausencia de evaluación cuantitativa formal de heterogeneidad y la búsqueda principal en una única base de datos biomédica. No obstante, la incorporación de búsqueda manual secundaria, documentos de sociedades científicas internacionales y literatura de alto impacto permitió construir una síntesis clínica actualizada, interpretativa y orientada a la práctica médica especializada.

## RESULTADOS

La síntesis de la literatura revisada permite estructurar el manejo de los quistes pancreáticos en tres pilares consecutivos: diagnóstico preciso, estratificación de riesgo y selección de la estrategia terapéutica. En el texto se hace referencia a los hallazgos clave resumidos en la Tabla 1, la cual organiza las contribuciones principales de las referencias utilizadas.

► **Tabla 1.** Síntesis de las referencias clave sobre manejo de quistes pancreáticos.

Ref.	Autor(es) y año	Tipo de publicación	Puntos clave para la revisión
1	Gonda et al., 2024	Artículo de revisión	Revisión exhaustiva y actualizada. Describe epidemiología, diagnóstico por imagen (estigmas de alto riesgo/características preocupantes), análisis de fluido quístico (bioquímico y molecular) y algoritmo de manejo basado en riesgo. Referencia esencial.
2	Luchini et al., 2020	Revisión	Contextualiza las lesiones quísticas neoplásicas entre otras lesiones pancreáticas inflamatorias y tumorales.
3	Canakis & Lee, 2022	Revisión de estado del arte	Síntesis de los últimos avances en el campo, incluyendo técnicas diagnósticas y debates de manejo.
4	Buerlein & Shami, 2021	Revisión	Enfoque en la interpretación y aplicación práctica de las guías para el gastroenterólogo.
5	Lee, 2021	Revisión	Actualización general sobre avances diagnósticos (EUS, biomarcadores) y manejo.
6	Lira et al., 2022	Revisión	Perspectiva desde Latinoamérica, con enfoque en diagnóstico diferencial y estrategias de tratamiento.
7	Chatterjee et al., 2024	Revisión	Síntesis práctica para el clínico, con enfoque en el diagnóstico diferencial y algoritmos de manejo simplificados.
8	Gardner et al., 2024	Revisión	Actualización de guías de diagnóstico y manejo, integrando evidencia reciente. Enfatiza el rol de la EUS y la toma de decisiones compartida.
9	Vladuț et al., 2023	Revisión	Revisa y compara las recomendaciones de las principales guías internacionales, destacando puntos de consenso y controversia.
10	Gupta et al., 2023	Revisión	Aborda el enfoque práctico paso a paso para las lesiones quísticas pancreáticas, incluyendo algoritmos de manejo simplificados y criterios para derivación quirúrgica.
11	Udare et al., 2021	Revisión sistemática y metanálisis	Cuantifica la alta precisión diagnóstica de la RM para diferenciar lesiones quísticas benignas y malignas.
12	Hu et al., 2024	Revisión	Analiza las alteraciones moleculares en la progresión maligna de los quistes, subrayando el valor de los biomarcadores genéticos.
13	Roldán et al., 2023	Estudio de cohorte retrospectivo	Describe las tendencias cambiantes en el diagnóstico y tratamiento de los tumores quísticos pancreáticos en 30 años.
14	Reeve et al., 2024	Estudio cualitativo	Explora las experiencias y la carga psicológica de los pacientes en programas de vigilancia de quistes.
15	Petrov, 2023	Revisión	Propone cuándo considerar la suspensión de la vigilancia en quistes pancreáticos estables de bajo riesgo, con umbrales de 5 a 10 años según tamaño y estabilidad.
16	Chhoda et al., 2023	Revisión sistemática y metanálisis	Evidencia a favor de la vigilancia extendida más allá de 5 años para quistes de bajo riesgo estables, sugiriendo la seguridad de espaciar o suspender el seguimiento.
17	Shah et al., 2020	Estudio de cohorte	Evalúa una consecuencia importante del tratamiento: la función pancreática a largo plazo tras la pancreatometomía.
18	Slobodkin et al., 2021	Estudio retrospectivo	Cuestiona la indicación quirúrgica para los cistoadenomas serosos, reforzando su naturaleza benigna.
19	Firkins et al., 2022	Estudio de cohorte	Cuantifica el riesgo de nueva diabetes tras la resección de lesiones quísticas.
20	Vargas et al., 2024	Revisión	Revisa las técnicas, eficacia y seguridad de la ablación guiada por EUS para quistes pancreáticos premalignos.
21	Othman et al., 2022	Ensayo clínico (fase temprana)	Presenta resultados iniciales de una nueva modalidad de quimioablación intracística (micropartículas de paclitaxel).
22	Jiang et al., 2023	Revisión	Describe el papel emergente de la inteligencia artificial y la radiómica en la caracterización y estratificación de riesgo de los quistes pancreáticos.

Elaborado: Por el autor.

## 1. Diagnóstico y clasificación: La base del manejo

El primer paso es la caracterización del quiste<sup>5</sup>. La tomografía computarizada (TC) y, preferentemente, la resonancia magnética (RM) con colangiopancreatografía por RM (CPRM) son las modalidades de imagen iniciales<sup>11</sup>. Estas permiten evaluar características morfológicas clave: comunicación con el conducto pancreático principal (sugestivo de IPMN), presencia de nódulos murales, tabiques o calcificaciones<sup>6,11</sup>. La ultrasonografía endoscópica (EUS) emerge como una herramienta de segunda línea de gran valor, con mayor sensibilidad para detectar nódulos murales pequeños y permitir la aspiración con aguja fina (PAAF) del fluido quístico<sup>4</sup>. El análisis de este fluido, midiendo

amilasa, antígeno carcinoembrionario (CEA) y glucosa, ayuda a distinguir entre quistes mucinosos y no mucinosos<sup>7</sup>. Recientemente, el análisis molecular del ADN del fluido (búsqueda de mutaciones en KRAS, GNAS, VHL) ha ganado terreno como complemento diagnóstico y de estratificación de riesgo<sup>12</sup>.

## 2. Estratificación del riesgo de malignidad: Integrando multimodalidades

Una vez identificado un quiste mucinoso o potencialmente mucinoso, el objetivo es clasificar su riesgo de neoplasia avanzada (displasia de alto grado o cáncer invasivo)<sup>13</sup>. Este proceso se basa en la integración de “estigmas de alto riesgo” y “características preocupantes” definidos en las revisiones

de la literatura actuales<sup>1</sup>. Los estigmas de alto riesgo (ictericia obstructiva, dilatación del conducto principal >10 mm, nódulo mural sólido 5 mm) se asocian fuertemente con malignidad y generalmente indican evaluación quirúrgica<sup>8</sup>. Las características preocupantes (tamaño >3 cm, crecimiento rápido, dilatación del conducto principal de 5-9 mm) señalan un riesgo intermedio y suelen requerir EUS con PAAF para mayor definición<sup>9</sup>. La ausencia de estos hallazgos define lesiones de bajo riesgo<sup>10,13</sup>.

### 3. Estrategias de manejo: De la vigilancia a la intervención

El manejo se individualiza según la estratificación de riesgo, las comorbilidades del paciente y sus preferencias<sup>4-9</sup>.

**Vigilancia:** Es la piedra angular para quistes de bajo riesgo y muchos de riesgo intermedio sin características adicionales<sup>14</sup>. Los intervalos de seguimiento (generalmente con RM cada 6-24 meses) varían según el tamaño y las características iniciales<sup>15</sup>. La decisión de suspender la vigilancia tras un período prolongado de estabilidad (>5 años) es un área de investigación activa<sup>14-16</sup>.

**Resección quirúrgica:** Está indicada para quistes con estigmas de alto riesgo y para aquellos de riesgo intermedio con hallazgos adversos en la EUS-PAAF (citología positiva, alteraciones genéticas de alto riesgo)<sup>17,18</sup>. La cirugía, aunque con morbilidad (riesgo de diabetes post-pancreatectomía), es el único tratamiento curativo<sup>19</sup>.

**Terapias emergentes:** Para pacientes con quistes de riesgo intermedio que no son candidatos a cirugía, la ablación guiada por EUS (con etanol o quimioablación) se presenta como una alternativa mínimamente invasiva, con estudios iniciales que muestran tasas prometedoras de regresión del quiste<sup>20,21</sup>. Además, la inteligencia artificial (IA) y la radiómica se exploran para mejorar la precisión del diagnóstico por imagen y la predicción de riesgo<sup>12,22</sup>.

## DISCUSIÓN

Esta revisión narrativa confirma que el manejo de los quistes pancreáticos ha evolucionado hacia un paradigma de medicina de precisión, donde la decisión entre vigilancia activa e intervención quirúrgica depende de una estratificación de riesgo cada vez más refinada<sup>1</sup>. La integración de hallazgos de imagen, endoscópicos, bioquímicos y moleculares, permite esta aproximación individualizada<sup>8</sup>.

El diagnóstico preciso es la piedra angular<sup>2</sup>. Como señalan Gonda et al.<sup>1</sup> y Gardner et al.<sup>8</sup>, la RM/CPRM es la modalidad de elección para la caracterización inicial, superando a la TC en la detección de la comunicación con el conducto<sup>11</sup>. La EUS complementa este panorama, no solo mejorando la resolución de las características morfológicas, sino también permitiendo el acceso al fluido quístico<sup>5</sup>. El análisis de este fluido ha trascendido la medición clásica de CEA y amilasa<sup>6</sup>. La baja concentración de glucosa (<50 mg/dL) ha demostrado ser un marcador altamente preciso para diferenciar quistes mucinosos de no mucinosos, mientras que el perfil genético (presencia de mutaciones en KRAS/GNAS para IPMN, o en VHL para SCA) ofrece una especificidad cercana al 100%<sup>12,22</sup>. Estos avances moleculares son cruciales para

lesiones indeterminadas y están siendo incorporados en guías recientes y pruebas comerciales<sup>8,12</sup>.

La estratificación del riesgo, basada en los criterios de “estigmas de alto riesgo” y “características preocupantes”, ha sido ampliamente adoptada<sup>17</sup>. Sin embargo, persisten desafíos<sup>9</sup>. La sobreindicación de cirugía para lesiones finalmente benignas sigue siendo un problema, como lo demuestran series quirúrgicas donde un porcentaje significativo de lesiones resecaadas mostraba solo displasia de bajo grado<sup>13,18</sup>. Esto subraya la necesidad de mejorar los valores predictivos positivos de los criterios actuales. Aquí es donde herramientas emergentes como la inteligencia artificial (IA) y la radiómica prometen un impacto transformador. Jiang et al.<sup>22</sup> describen cómo los algoritmos de IA pueden analizar miles de características de imagen imperceptibles para el ojo humano, generando modelos predictivos de malignidad con una precisión potencialmente superior a la de los criterios convencionales.

En cuanto al manejo, la literatura sugiere estrategias diferenciadas según la estratificación del riesgo. Las lesiones de alto riesgo generalmente requieren evaluación quirúrgica<sup>18</sup>, aun reconociendo la morbilidad asociada, como el riesgo de insuficiencia pancreática exocrina y endocrina<sup>17,19</sup>. Para las lesiones de bajo riesgo, la vigilancia estructurada es la estrategia estándar<sup>16</sup>. No obstante, dos debates clínicos cruciales emergen de la literatura reciente. Primero, ¿cuándo detener la vigilancia? Durante la vigilancia prolongada, los quistes pancreáticos de bajo riesgo y tamaño estable presentan una incidencia reducida de progresión a neoplasia avanzada. En este contexto, Chhoda et al.<sup>16</sup> observaron una baja tasa de eventos durante el seguimiento extendido de pacientes con IPMN de bajo riesgo, aunque señalan que el impacto de la vigilancia en la supervivencia y la conveniencia de suspenderla requieren confirmación mediante estudios de mayor calidad<sup>16</sup>. Por su parte, Petrov<sup>15</sup> propone que, en ausencia de características de alto riesgo, la interrupción del seguimiento puede considerarse razonable en quistes estables, recomendando evitar la sobrevigilancia y planteando umbrales temporales de 5 a 10 años según el tamaño y la estabilidad de la lesión<sup>15</sup>. Segundo, ¿cómo manejar al paciente de riesgo intermedio? Este grupo es el más heterogéneo y donde la toma de decisiones compartida adquiere mayor relevancia<sup>14</sup>. Para estos pacientes no candidatos a cirugía, la ablación guiada por EUS surge como una alternativa terapéutica mínimamente invasiva. Revisiones como la de Vargas et al.<sup>20</sup> y estudios piloto como el de Othman et al.<sup>21</sup> muestran tasas de regresión completas que superan el 50-60%, con un perfil de seguridad aceptable. Aunque se requieren estudios a más largo plazo, esta técnica podría redefinir el manejo de un subgrupo de pacientes en el futuro.

Finalmente, es imperativo reconocer la carga del paciente en este proceso. Reeve et al.<sup>14</sup> documentan la ansiedad significativa y el “estrés de la vigilancia” que experimentan muchos pacientes, un factor que debe ser incorporado de manera explícita en la consejería y la toma de decisiones compartida<sup>22</sup>.

Esta revisión narrativa presenta limitaciones metodológicas inherentes a su diseño. La búsqueda bibliográfica se realizó en una única base de datos biomédica, lo que podría haber limitado la identificación de literatura adicional relevante indexada en otras plataformas. Asimismo, debido al carácter narrativo del estudio, la selección de la literatura no siguió un proceso sistemático formal ni se aplicaron herramientas estandarizadas de evaluación crítica de calidad metodológica para todos los estudios incluidos, por lo que existe riesgo potencial de sesgo de selección e interpretación. La síntesis realizada fue predominantemente cualitativa y la evidencia disponible proviene en gran medida de estudios observacionales, los cuales presentan limitaciones y sesgos propios de su diseño. No obstante, se priorizaron artículos pivotaes, con el propósito de construir una síntesis interpretativa actualizada y clínicamente relevante sobre el manejo contemporáneo de los quistes pancreáticos. En consecuencia, las conclusiones deben interpretarse como una revisión narrativa orientada a la práctica clínica especializada, susceptible de actualización conforme emerja nueva evidencia científica y futuras recomendaciones internacionales.

## CONCLUSIONES

El manejo actual de los quistes pancreáticos se basa en un algoritmo secuencial que prioriza el diagnóstico preciso y la estratificación de riesgo multimodal. La vigilancia activa es segura para la mayoría, mientras que la cirugía se reserva para la minoría de alto riesgo. Los campos más prometedores para el futuro inmediato son la integración de biomarcadores moleculares y de IA para refinar la predicción de riesgo, y el desarrollo de terapias ablativas endoscópicas efectivas como alternativa a la cirugía en casos seleccionados.

## ABREVIATURAS

NQM: Neoplasias quísticas mucinosas.  
SCA: Cistoadenoma Seroso.  
CEA: Antígeno Carcinoembrionario.  
CPRM: Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética.  
EUS: Ultrasonido Endoscópico.  
IA: Inteligencia Artificial.  
IPMN: Neoplasia Intraductal Papilar Mucinosas.  
MCN: Neoplasia Quística Mucinosas.  
PAAF: Punción-Aspiración con Aguja Fina.  
RM: Resonancia Magnética.  
TC: Tomografía Computarizada.  
SPT: Tumor pseudopapilar sólido.  
CNET: Tumor neuroendocrino quístico.  
Ref.: Referencia bibliográfica.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

RC, CM: Concepción y diseño del trabajo, recolección de datos y obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final.

## DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Se utilizaron recursos bibliográficos de uso libre y limitado. La información recolectada está disponible bajo requisición al autor principal.

## CONSENTIMIENTO PARA PUBLICACIÓN

La publicación fue aprobada por el Comité de Política Editorial de la Revista Médico Científica CAMBIOS del HECAM en Acta 004 de fecha 24 de junio de 2026.

## FINANCIAMIENTO

Se trabajó con recursos propios de los autores.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

RC es editor de sección de la revista. No participó en el proceso editorial de este manuscrito. No existen otros conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gonda TA, Cahen DL, Farrell JJ. Pancreatic cysts. *N Engl J Med.* 2024; 391(9):832-843. doi:10.1056/NEJMra2309041. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39231345/>
- Luchini C, Fassan M, Doglioni C, Capelli P, Ingravallo G, Zamboni G. Inflammatory and tumor-like lesions of the pancreas. *Pathologica.* 2020;112(3):197-209. DOI: 10.32074/1591-951X-168. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33179622/>
- Canakis A, Lee LS. State-of-the-art update on pancreatic cysts. *Dig Dis Sci.* 2022;67(5):1573-1587. PMID: 34383196. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9142439/>
- Buerlein R, Shami VM. Management of pancreatic cysts and guidelines: what the gastroenterologist need to know. *Ther Adv Gastrointest Endosc.* 2021;14:2617745211045769. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34589706/>
- Lee LS. Updates in diagnosis and management of pancreatic cysts. *World J Gastroenterol.* 2021;27(34):5700-5714. DOI: 10.1177/26317745211045769. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34589706/>
- Lira-Treviño A, Carranza Mendoza IG, Borbolla Arizti JP, Soriano-Ríos A, Uscanga-Domínguez L, Peláez-Luna M. Pancreatic cystic lesions. Differential diagnosis and treatment strategy. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed).* 2022;87(2):188-197. doi:10.1016/j.rgmexen.2022.05.002. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35610168/>
- Chatterjee A, Stevens T, Chahal P. Diagnosis and management of pancreatic cystic lesions for the non-gastroenterologist. *Cleve Clin J Med.* 2024; 91(2):96-102. DOI: 10.3949/ccjm.91a.23019. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38307608/>
- Gardner TB, Park WG, Allen PJ. Diagnosis and management of pancreatic cysts. *Gastroenterology.* 2024;167(3):454-468. DOI: 10.1053/j.gastro.2024.02.041. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38442782/>

9. Vladuț C, Bilous D, Ciocîrlan M. Real-Life Management of pancreatic cysts: Simplified review of current guidelines. *J Clin Med.* 2023;12(12):4020. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12124020>. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/12/4020>
10. Gupta A, Chennatt J, Chirag M, Gupta J, Krishnasamy S, Bose B, et al. Approach to pancreatic cystic lesions: a review. *Cureus.* 2023;15(3):e36241. DOI: 10.7759/cureus.36827. Available from: [https://assets.cureus.com/uploads/review\\_article/pdf/143514/20230428-2370-d2fkv1.pdf](https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/143514/20230428-2370-d2fkv1.pdf)
11. Udare A, Agarwal M, Alabasi A, McInnes M, Rubino J, Marcaccio M, et al. Diagnostic accuracy of MRI for differentiating benign and malignant pancreatic cystic lesions: systematic review and meta-analysis. *Magn Reson Imaging.* 2021;54(4):1126-1137. DOI: 10.1002/jmri.27606. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33847435/>
12. Hu Y, Jones D, Chen W, Esnakula A, Krishna SG. Molecular pathology of pancreatic cystic lesions and malignant progression. *Cancers (Basel).* 2024;16(6):1183. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers16061183>. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6694/16/6/1183>
13. Roldán J, Harrison J, Qadan M, Bolm L, Brugge W, Casey B, et al. Evolving trends in pancreatic cystic tumors: a 30-year experience. *Ann Surg.* 2023;277(3):491-497. DOI: 10.1097/SLA.0000000000005142. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34353996/>
14. Reeve R, Foster C, Brindle L. Exploring patient experiences of surveillance for pancreatic cystic neoplasms: a qualitative study. *BMJ Open Gastroenterol.* 2024;11(1):e001264. DOI: 10.1136/bmjgast-2023-001264. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38969363/>
15. Petrov MS. When to stop surveillance: pancreatic cysts. *Am J Gastroenterol.* 2023;118:440-442. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002178. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36695782/>
16. Chhoda A, Singh S, Sheth A, Grimshaw A, Gunderson C, Sharma P, et al. Extended surveillance of low-risk pancreatic cysts after 5 years: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;21(6):1430-1446. Available from: <https://secure.jbs.elsevierhealth.com/action/getSharedSiteSession?redirect=https%3A%2F%2Fwww.cghjournal.org%2Farticle%2FS1542-3565%2822%2900668-1%2Ffulltext&rc=0>
17. Shah K, Baugh K, Brubaker L, Van Buren G, Villafañe N, McElhany A, et al. Long-term evaluation of pancreatic function after pancreatectomy for cystic neoplasms. *J Surg Res.* 2020;247:547-555. DOI: 10.1016/j.jss.2019.09.045. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3174001>
18. Slobodkin A, Minh D, Höhn J, Fahlbusch T, Tannapfel A, Uhl W, et al. Is surgery for serous cystic neoplasms of the pancreas still indicated? Sixteen years of experience at a high-volume center. *Pancreatology.* 2021;21(5):983-989. DOI: 10.1016/j.pan.2021.03.020. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33840637/>
19. Firkins SA, Hart PA, Porter K, Chiang C, Cloyd JM, Dillhoff M, et al. Incidence and Risk Factors for New-onset diabetes mellitus after surgical resection of pancreatic cystic lesions. A MarketScan study. *Pancreas.* 2022;51(5):427-434. DOI: 10.1097/MPA.0000000000002054. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35858183/>
20. Vargas A, Dutta P, Carpenter E, Machicado JD. Endoscopic Ultrasound-Guided ablation of premalignant pancreatic cysts and Pancreatic Cancer. *Diagnostics (Basel).* 2024;14(5):564. DOI: 10.3390/diagnostics14050564. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38473035/>
21. Othman MO, Patel K, Krishna SG, Mendoza A, Verco S, Abidi W, et al. Early-phase trial of intracystic paclitaxel microparticles for mucinous pancreatic cysts. *Endosc Int Open.* 2022;10(12):E1517-E1525. DOI: 10.1055/a-1949-7730. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36531683/>
22. Jiang J, Chao WL, Culp S, Krishna SG. Artificial intelligence in the Diagnosis and Treatment of Pancreatic Cystic Lesions and Adenocarcinoma. *Cancers (Basel).* 2023;15(9):2410. DOI: 10.3390/cancers15092410. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37173876/>