

Tumor pseudopapilar de páncreas. Reporte de un caso

Pseudopapillary tumor of the pancreas. A case report

* Miguel Ángel Aranda Wildberger
* Robert Ayala

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional, Hospital Nacional,
Departamento de Cirugía. Itauguá, Paraguay.

RESUMEN

El tumor pseudopapilar representa el 1 a 2% de todas las neoplasias exocrinas del páncreas. Tiene mayor incidencia en mujeres jóvenes y es de crecimiento lento. Se presenta el caso de paciente de sexo femenino, de 41 años, con antecedente de dolor de 4 semanas de evolución, a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, náuseas y vómitos sin ictericia ni pérdida de peso, sometida a pancreatectomía corporocaudal laparoscópica.

Palabras claves: Cistoadenocarcinoma, tumor de Frantz, quiste de páncreas.

SUMMARY

The pseudopapillary tumor accounts for 1 to 2% of all exocrine neoplasms of the pancreas. It has a higher incidence in young women and grows slowly. We present the case of a 41-year-old female patient with a history of 4 weeks of pain in the epigastrium and right hypochondrium, along with nausea and vomiting, without jaundice or weight loss. She underwent laparoscopic corporocaudal pancreatectomy.

Keywords: Cystadenocarcinoma, Frantz tumor, pancreatic cyst.

INTRODUCCIÓN

El tumor sólido pseudopapilar de páncreas es una de las neoplasias menos comunes dentro de los tumores exocrinos de esta glándula. Fue descrito por primera vez por Frantz en 1959 como un tumor papilar del páncreas. En 1996, la OMS la renombró como SPT dentro de la clasificación histológica internacional de tumores.⁽¹⁾

Comprende sólo 0,2 a 2,7 % de todos los tumores del páncreas. Su etiología es incierta, se presenta en mujeres jóvenes entre 18 y 40 años de edad. La manifestación clínica es una masa abdominal de crecimiento lento sin dolor abdominal. Su localización preferente es la cola del páncreas, seguida del cuerpo.⁽²⁾ Son de bajo potencial maligno, sin embargo, algunos casos pueden ser localmente agresivos e infiltrativos, con metástasis en el hígado, pulmón y piel.⁽³⁾

Las características imagenológicas del tumor de Frantz son componentes sólidos y quísticos, hemorragia intratumoral, cápsula fibrosa con cambios degenerativos, y en algunas ocasiones calcificaciones. Estas características hacen posible diferenciar a este tumor de otros tumores pancreáticos.⁽⁴⁾ El patrón clásico histológico son células tumorales papilares compuestas de un tallo fibrovascular rodeado de varias capas de células epiteliales que contienen pequeños vasos sanguíneos formando así pseudopapilas.⁽⁵⁾

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 41 años, consulta por dolor de 4 semanas de evolución, a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, de tipo pesadez, moderada intensidad, que irradia a región dorsal derecha. Refiere además decaimiento del estado general, náuseas y vómitos en varias oportunidades de contenido líquido; niega pérdida de peso, fiebre e ictericia. Como antecedente refiere episodios similares de dolor desde hace 14 años, que cedieron con analgésicos comunes, y colecistectomía convencional hace 7 años. Al examen físico el abdomen se presenta globuloso, asimétrico por cicatriz subcostal de Kocher y de Pfannstiel; blando, depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en región periumbilical, donde se palpa una tumoración de 6 x 10 cm aproximadamente mal definida, cuyos bordes se pierden bajo el reborde costal, de consistencia sólida elástica, con sonoridad pre tumoral, sin movimientos con la respiración, ni modificaciones con las maniobras de Valsalva.

Cabe destacar de los análisis laboratoriales solicitados: hemoglobina 13,3 g/dL, hematocrito: 39%, Glicemia: 262 mg/dL, Hb1Ac: 9,3%, Hepatograma Normal, alfafetoproteína: 1,26 ng/mL, CEA: 1,8 ng/mL, CA 15-3: 7 U/mL, CA 125: 13 U/mL.

El informe ecográfico cita: en proyección a cola de páncreas con extensión hacia el espacio esplenorenal se visualiza una


* Residente de Cirugía General

Autor correspondiente: Dr. Miguel Angel Aranda Wildberger

Correo electrónico: maaw_94@hotmail.com - Dirección: Ruta Mariscal Estigarribia. Numero 244. Ypacarai, Paraguay

Fecha de recepción: 18/11/2022 - Fecha de aprobación: 28/04/2023

Editor responsable: Dr. Helmut A. Segovia Lohse

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

tumoración nodular sólida, hipocogénica de borde regular que mide 72 x 76 mm con señal vascular periférica y central al Doppler color. Colédoco no dilatado.

La tomografía abdominal contrastada indique que en proyección de cuerpo y cola del páncreas existe una masa redondeada de contornos lobulados, con calcificaciones gruesas predominantemente periféricas que mide aproximadamente 11 x 8 x 7 cm; heterogénea, de aspecto quístico y áreas de mayor densidad, sin poder determinar la presencia de papilas interna. No presenta realce de contraste en fase arterial, en fase portal ni en tardía. No se observan adenopatías perilesionales (*Figura 1*). Y sugiere complementar con resonancia magnética para determinar mejor las características intraquísticas del tumor.

El informe de la resonancia magnética magnética expresa: a nivel de la cola pancreática una imagen de masa con forma ovalada, polilobulada, que mide 125mm de diámetro transversal, 84mm de diámetro antero posterior y 84mm de altura. Fino realce periférico irregular con áreas de captación de contraste irregulares intralesionales, que podría corresponder a pseudopapilas internas (*Figura 2*).

La operación realizada fue una pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía por vía laparoscópica: se constató una tumoración de 12 x 8 x 8 cm ubicada en cuerpo y cola del páncreas, sin adenomegalias macroscópicas, con firme adherencia a la vena esplénica que impresiona trombosada, con un tiempo quirúrgico fue de 4 horas. (*Figura 3*)

El informe de anatomía patológica refiere: tumor epitelial con células poligonales de tamaño medio con citoplasma eosinófilo, con núcleos centrales poco atípicos; se disponen en área sólidas o quísticas con hemorragia o con patrón pseudopapilar. Son positivas para vimentina en forma intensa y para CD56, marcan además zonas con B-catenina y en forma parcial con CD10. No se observa invasión vascular de la vena esplénica.

La paciente tuvo una evolución favorable en sus primeros días post operatorios, al quinto día presentó una fistula pancreática de bajo débito que fue tratada con hipernutrición y antibioticoterapia. Presentó un cierre espontáneo al décimo segundo día post operatorio, misma fecha de egreso de la paciente.

DISCUSIÓN

El tumor pseudopapilar de páncreas tiene la característica de ser de crecimiento lento.⁽¹⁾ En el caso de esta paciente la tumoración no fue advertida en los estudios preoperatorios de una colecistectomía convencional previa hace 7 años. El tumor es de bajo potencial maligno, pero puede presentarse metástasis en un 15%, en pacientes con criterios clínicos de mal pronóstico que son: sexo masculino y edad avanzada.⁽⁶⁾ El tamaño no es un signo de mal pronóstico, en esta paciente pese al tamaño de 12 cm, se le propuso una cirugía de carácter curativo.

La cirugía propuesta fue una pancreatectomía corporocaudal. El abordaje fue videolaparoscópico, considerando la edad de

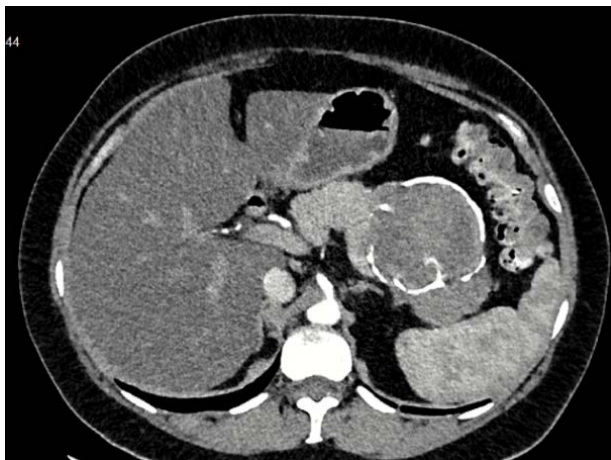


Figura 1. Tomografía abdominal. Imagen heterogénea, con contornos lobulados, con calcificaciones.

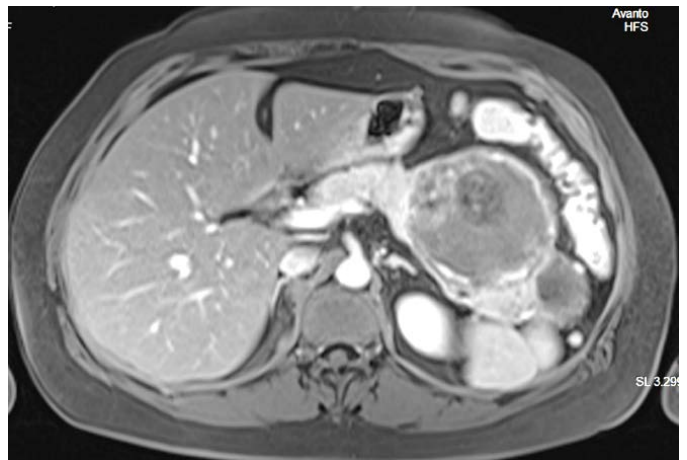


Figura 2. Resonancia magnética abdomen imagen masa redondeada de contornos lobulados, que mide aproximadamente 11 x 8 x 7 cm.

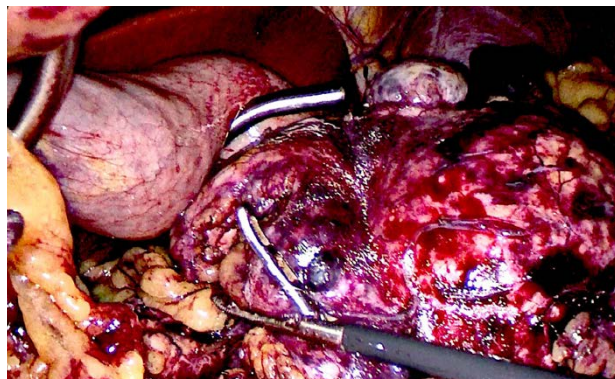


Figura 3. Tumor de 12 x 8 x 8 cm ubicada en cuerpo y cola del páncreas, sin adenomegalias macroscópicas

la paciente y la ausencia de signos de mal pronóstico.³ Macroscópicamente impresionaba compromiso de la vena esplénica por lo que fue realizada una esplenectomía conjunta, para disminuir el 15% de riesgo de metástasis mencionado previamente, la cual fue descartada por anatomía patológica.^(2,6)

El abordaje laparoscópico es una vía segura en estos pacientes, ofrece márgenes oncológicos satisfactorios, mejora la evolución postoperatoria disminuyendo las complicaciones propias de las grandes incisiones abdominales y el tiempo quirúrgico no es elevado.

Conflictos de interés: los autores manifiestan, que no existe conflicto de interés entre los autores y respetan las conductas éticas y de buenas prácticas de publicación. No se recibió apoyo

financiero externo.

Contribución de autores: MAAW participó en la recolección y el análisis de datos para el trabajo; búsqueda bibliográfica, Redacción del trabajo y de revisión crítica y aprobación final; y Acuerda ser responsable de todos los aspectos del trabajo para garantizar que las cuestiones relacionadas con la precisión o integridad de cualquier parte del trabajo se investiguen y resuelvan adecuadamente. RA participó en la concepción o diseño del trabajo recolección y el análisis de datos para el trabajo; búsqueda bibliográfica, redacción del trabajo y de revisarlo críticamente en busca de contenido intelectual importante, revisión crítica y aprobación final

Financiación: este artículo ha sido financiado por los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Begoña-Álvarez C. Tumor de Frantz o neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas. *gastroenterología y hepatología*, 2015. 38 (7): 468-470.
2. Jiménez-Fuertes M, Ramírez-García J, Ruiz-Tovar J, Díaz G, Durán-Poveda M. Neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas. *Cirugía Española*. 2016. 94 (2): 31-33.
3. Barreda-Bolaños F. Tumor sólido pseudopapilar de páncreas: Tumor de Frantz. *Horizonte Médico*, 2018. 18 (2): 80-85
4. Tafur A, Suarez D. Tumor de Frantz: el tumor de las mujeres jóvenes. correlación radiológica-patológica de dos casos en tomografía
5. Llatas J, Frisancho A. Tumor de Frantz: neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas. *Revista gastroenterología del peru*, 2011; 31(1): 56-60.
6. Wang P, Wei J, Wu J, Xu W, Chen Q, Gao W, Miao Y. Diagnosis and treatment of solid-pseudopapillary tumors of the pancreas: A single institution experience with 97 cases. *Pancreatology* 2018; 18(4): 415-419.