

4. Martínez-Cecilia D, Arjona-Sanchez A, Gomez-Alvarez M, Torres-Tordera E, Luque-Molina A, Valenti-Azcarate V, et al. Conservative management of perforated duodenal diverticulum: A case report and review of the literature World. J Gastroenterol. 2008;14:1949-51.
5. Seneviratne SA, Samarasekera DN. Massive gastrointestinal haemorrhage from a duodenal diverticulum: A case report. Cases J. 2009;2:6710.
6. Reicher MC, Bittenbring JT, Fries P, Zimmer V, Lammert F, Dauer M. Recurrent pancreatitis caused by a huge intraluminal duodenal diverticulum. J Gastrointest Liver Dis. 2012;21:126.
7. Graur F, Bala O, Bodea R, Geczi-Toth I, Vlad L, Iancu C. Laparoscopic resection of duodenal diverticulum. A case report. Rom J Gastroenterol. 2005;14:405-8.
8. Beisani M, Espin F, Dopazo C, Quiroga S, Charco R. Manejo terapéutico del divertículo duodenal yuxtapapilar. Cir Esp. 2013;91:463-5.

Rebeca Saeta Campo^{a*}, Rosa Coves Alcocer^b,
Juan Navío Perales^b, Vanesa Maturana Ibáñez^b
y Emilio Meroño Carbajosa^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Virgen de la Salud de Elda, Elda, Alicante, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rebecasaeta@hotmail.com
(R. Saeta Campo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.04.006>

Mujer joven con tumoración quística en la cabeza pancreática

A young woman with a pancreatic head cystic neoplasm

El tumor sólido pseudopapilar pancreático (TSP) supone el 1-2% de los tumores pancreáticos¹. Descrito por Frantz en 1959², ha recibido múltiples denominaciones: tumor de Frantz, tumor de Hamoudi, tumor sólido quístico pancreático o neoplasia epitelial papilar. En 1996, la OMS estableció su denominación como tumor sólido pseudopapilar de páncreas³.

La epidemiología de esta neoplasia es muy característica, apareciendo casi exclusivamente en mujeres jóvenes, alrededor de la segunda o tercera décadas de la vida^{1,4,5}. Habitualmente es un hallazgo casual en estudios de imagen solicitados por otros motivos. A pesar de que un 15% de los casos puede presentar diseminación metastásica, se lo considera como un tumor con bajo potencial de malignidad, con cifras de

supervivencia global mayores del 95% y tasas de recurrencia inferiores al 10%^{4,5}.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 23 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal en la fosa ilíaca derecha. La exploración física así como la analítica básica no presentaban alteraciones. En la TC abdominal realizada se evidenciaba un engrosamiento de aspecto inflamatorio en el íleon terminal y una masa de 4 cm de diámetro, de márgenes bien delimitados y aspecto quístico, en la cabeza pancreática (fig. 1). El estudio se completó con una colonoscopia, cuyo resultado fue negativo, y una ecoendoscopia con punción de la lesión pancreática. El resultado de la citología no fue concluyente y el líquido

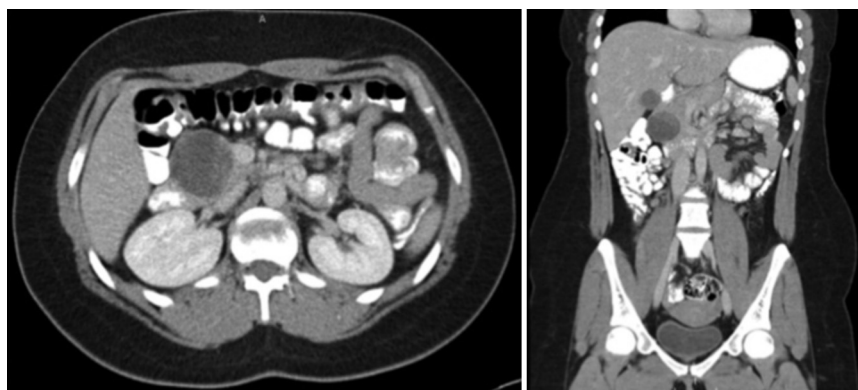


Figura 1 – Lesión quística con componente sólido intratumoral localizada en cabeza pancreática.



Figura 2 – Pieza quirúrgica de duodenopancreatectomía cefálica, incluyendo la lesión localizada en la cabeza pancreática.

aspirado contenía una concentración de antígeno carcinoembrionario menor de 2 ng/ml.

Con la sospecha clínica y radiológica de que se tratase de un TSP pancreático, se practicó la resección de la neoplasia mediante una duodenopancreatectomía cefálica con resección pilórica (fig. 2), seguida de una reconstrucción tipo Child. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

El informe anatomopatológico corroboró el diagnóstico de TSP pancreático, con los característicos componentes sólido y quístico y zonas de hemorragia intratumoral. Todos los márgenes de resección se hallaron libres, aunque se encontraron focos de invasión perineural, no así vascular. En la pieza quirúrgica se aislaron 11 ganglios linfáticos, todos ellos sin evidencia de malignidad. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para alfa-1-antitripsina, beta-catenina, vimentina y CD56, así como débil y focalmente positivo para sinaptofisina. Estos hallazgos también favorecían el diagnóstico de TSP pancreático.

La serie retrospectiva sobre TSP más importante fue publicada por Papavramidis⁵, quien revisó 718 casos descritos en la literatura inglesa, en 210 artículos publicados por grupos estadounidenses, europeos y japoneses, entre 1933 y 2003. Todas las series ponen de manifiesto la predominancia del sexo femenino, siendo el ratio hombre:mujer de 1:9,78. La edad media de presentación es 21,97 años (2-85 años) y el tamaño medio de los tumores es de 6,08 cm (0,5-34,5 cm). Cerca de la mitad de los casos presenta clínica por dolor abdominal, un tercio de ellos por sensación de masa abdominal y un 15% son asintomáticos. La localización más frecuentemente recogida es en la cola pancreática, seguida de la cabeza y el cuerpo pancreático.

La existencia o ausencia de metástasis o invasividad quedó descrita en 497 pacientes, de los cuales un 19,92% presentaba metástasis o invasión local. La localización más habitual de enfermedad a distancia fue el hígado. De los 553 pacientes sobre los que se pudo recoger el procedimiento quirúrgico realizado, tan sólo un 2,53% requirió un procedimiento paliativo y en el 3,07% no se realizó procedimiento terapéutico alguno. En el resto de casos se pudo reseccionar quirúrgicamente.

Las tasas de supervivencia global se cifran en el 95,5% a los 5 años y en 93,4% a los 10 años⁵.

Los TSP de páncreas son una entidad neoplásica poco frecuente y bien caracterizada por sus peculiaridades epidemiológicas, de imagen, histológicas y por su comportamiento biológico. La apariencia radiológica típica consiste en una tumoración quística con un componente sólido o nodularidad mural^{4,6}. Macroscópicamente, se trata de una neoplasia sólida con áreas degenerativas, hemorrágicas o necróticas quísticas. Histológicamente, es típica la configuración en cordones celulares a lo largo de un eje fibrovascular, conformando pseudopapilas. Aunque se desconoce su origen celular, los estudios inmunohistoquímicos y con marcadores celulares hacen suponer que derivan de un precursor pluripotencial, al compartir similitudes tanto con células ductales y acinares como endocrinas⁴.

A pesar de sus características radiológicas bien definidas y de tener un comportamiento biológico relativamente indolente en la mayoría de los casos, el hallazgo en una prueba de imagen de una lesión de naturaleza quística con componente sólido debe dirigir el algoritmo terapéutico hacia un manejo intensivo y, por tanto, hacia la escisión quirúrgica radical⁶. Incluso en aquellos casos con evidencia de invasión vascular de la vena porta o de la arteria mesentérica superior, o con diseminación metastásica, los TSP no deben ser considerados como irreseccionables, pues las cifras de supervivencia continúan siendo muy elevadas⁷. No se ha demostrado que sea precisa la realización de una linfadenectomía extensa⁸. Se ha descrito además el uso de quimio y radioterapia en ciertos pacientes considerados no candidatos para la cirugía⁹. La embolización intraarterial también puede resultar de utilidad en casos seleccionados¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- Martin RC, Klimstra DS, Brennan MF, Conlon KC. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: A surgical enigma. *Ann Surg Oncol*. 2002;9:35-40.
- Franz VK. Tumors of the pancreas. Atlas of tumor pathology. section 7, fasc 27-28, ser 7. Washington (DC): Armed Forces Institute of Pathology; 1959. p. 32-3.
- Kloppel G, Solcia E, Longnecker DS, Capella C, Sobin LH. Histological typing of tumours of the exocrine pancreas. World Health Organization, International Histological Classification of Tumours, 2nd ed. Springer-Verlag: Berlin. 1996.
- Pettinato G, Manivel JC, Ravetto C, Terracciano LM, Gould EW, di Tuoro A, et al. Papillary-cystic tumor of the pancreas: A clinicopathologic study of 20 cases with cytologic, immunohistochemical, ultrastructural, and flow cytometric observations, and a review of the literature. *Am J Clin Pathol*. 1992;98:478-88.
- Papavramidis T, Papavramidis S. Solid pseudopapillary tumors of the pancreas: Review of 718 patients reported in English literature. *J Am Coll Surg*. 2005;200:965-72.
- Sahani DV, Kadavigere R, Saokar A, Fernandez-del Castillo C, Brugge WR, Hahn PF. Cystic pancreatic lesions: A simple imaging-based classification system for guiding management. *Radiographics*. 2005;25:1471-84.

7. Jeng LB, Chen MF, Tang RP. Solid and papillary neoplasm of the pancreas: Emphasis on surgical treatment. *Arch Surg.* 1993;128:433-6.
8. Yoon DY, Hines OJ, Bilchik AJ, Lewin K, Cortina G, Reber HA. Solid and papillary epithelial neoplasms of the pancreas: Aggressive resection for cure. *Am Surg.* 2001;67:1195-9.
9. Matsunou H, Konishi F. Papillary-cystic neoplasm of the pancreas: A clinicopathologic study concerning the tumor aging and malignancy of nine cases. *Cancer.* 1990;65:283-91.
10. Shimizu M, Matsumoto T, Hirokawa M, Monobe Y, Iwamoto S, Tsunoda T, et al. Solidpseudopapillary carcinoma of the pancreas. *Pathol Int.* 1999;49:231-4.

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

^bGeneral and Gastrointestinal Surgery Department, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, Estados Unidos

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ludgregoriomuniz@yahoo.es (L. de Gregorio Muñoz).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.014>

Lucía de Gregorio Muñoz^{a,*}, Angela K. Moss^b,
Neda Farhangmehr Setayeshi^a, Antonio Colás Vicente^a
y Carlos Fernández-del Castillo^b

Neoplasia mucinosa quística de vesícula biliar con obstrucción intraluminal de colédoco, una entidad rara con un nuevo nombre

Mucinous cystic neoplasm of the gallbladder obstructing the common bile duct, a rare entity with a new name

De acuerdo con la última clasificación de tumores de la OMS¹, la neoplasia mucinosa quística de vesícula biliar se define como una neoplasia quística epitelial compuesta por células que contienen mucina intracitoplasmática. Tradicionalmente se la conoce también como cistoadenoma mucinoso (o cistoadenocarcinoma cuando se encuentra asociada a un carcinoma invasivo), comparte muchas similitudes histológicas con otras neoplasias del mismo nombre localizadas en páncreas o en vía biliar intra- o extrahepática y son extremadamente raras.

Presentamos el caso de una mujer de 75 años sin antecedentes de interés a la que, durante estudio de cuadro agudo de dolor abdominal e ictericia obstructiva, se le descubre imagen ecográfica quística en hilio hepático asociado a coledocolitiasis.

Se realiza colangio-RMN con hallazgo de masa quística multiseptada en región del hilio hepático (figs. 1A y B), además de discreta dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática con defecto de repleción a nivel del colédoco, sugestiva de coledocolitiasis. La serología para quiste hidatídico fue negativa.

Se realizó CPRE, confirmándose la dilatación de la vía biliar y extrayéndose un cálculo. No se encontró ninguna otra causa obstructiva en la vía biliar. Dada la ausencia de sospecha de malignidad, se decidió control evolutivo en consultas externas.

Tras un par de meses asintomática, presentó un nuevo episodio de ictericia obstructiva (sin cambios radiológicos en la tumoración quística descrita previamente). Una nueva CPRE confirmó la existencia de otro cálculo en la vía biliar y se procedió a su extracción.

Dadas la recurrencia del cuadro y la ausencia de un diagnóstico definitivo, se realiza cirugía programada mediante laparotomía, con hallazgo de una tumoración polipoidea intravesicular sólido-quística con pequeña base de implantación en bolsa de Hartmann que ocupaba toda la luz del conducto cístico y que prolapsaba hasta colédoco. Se realizó colecistectomía y coledocoscopía, observando dilatación de la vía biliar sin ningún otro hallazgo. El estudio intraoperatorio de la tumoración fue negativo para malignidad, por lo que se dio por finalizada la intervención.

El postoperatorio cursó sin incidencias reseñables. Una colangio-RMN postoperatoria mostró resección completa de la tumoración quística.

El resultado anatomopatológico definitivo informó de normalidad de la vesícula biliar con implantación de lesión compatible con neoplasia mucinosa quística (fig. 1C-E), por lo que la paciente no recibió ningún otro tratamiento adicional.

Realizamos una búsqueda de la literatura científica disponible en Pubmed y mediante búsquedas en cadena de las referencias encontradas. Posiblemente, el primer caso publicado de esta entidad fue realizado por Bishop et al. en la