



Carta científica

Tumor seudopapilar sólido del páncreas: presentación de un caso y revisión del tema

Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: Case report and review of the literature

El tumor seudopapilar sólido (TPPSP) fue caracterizado por Hamoudi¹; es el 1-2% de los tumores pancreáticos. Frecuentemente, es incidental con ecografía (US) o tomografía computarizada (TC)².

El objetivo de este artículo es presentar un nuevo caso clínico y hacer una puesta al día del mismo.

Presentamos el caso de una mujer de 47 años, sin antecedentes personales de interés, que acude por epigastralgia de intensidad progresiva desde hace 2 meses. Analítica sin alteraciones, con marcadores normales. El US muestra una masa pancreática de 10 × 6 cm. La TC pancreática evidencia en la cabeza y el cuerpo una lesión de 11 × 6 × 9 cm, predominantemente sólida, parcialmente calcificada, con contenido de densidad heterogénea y discreta captación de contraste con

contornos irregulares y mal definidos. Provoca compresión y desplazamiento del eje venoso esplenoportal, al que rodea completamente. También presenta contacto amplio con la bifurcación del tronco celiaco, con las arterias hepática común y esplénica rodeándola en un 50% (figs. 1 y 2). Los US por vía endoscópica (USE) con citología informan de un TPPSP.

Tras laparotomía subcostal, hallamos un tumor en la cabeza/uncinado/cuerpo de páncreas (fig. 3); incluye el eje venoso mesentérico portal. Se practicó una duodenopancreatectomía total con esplenectomía con linfadenectomía sin preservación pilórica. La reconstrucción venosa se realizó con un injerto de porta-mesentérica de cadáver en Y de 7 cm de largo, anastomosando las 2 bocas de venas mesentéricas a la Y del injerto y el otro extremo a la vena porta. Luego una

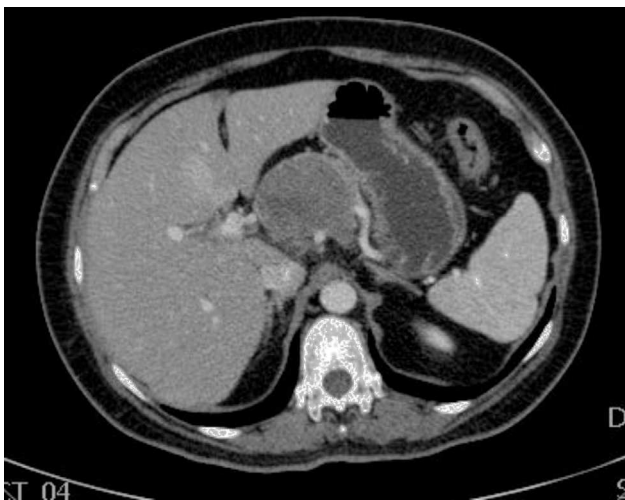


Figura 1 – TC pancreática, corte axial. Observamos compresión directa sobre la bifurcación del tronco celiaco con la arteria esplénica y hepática común.

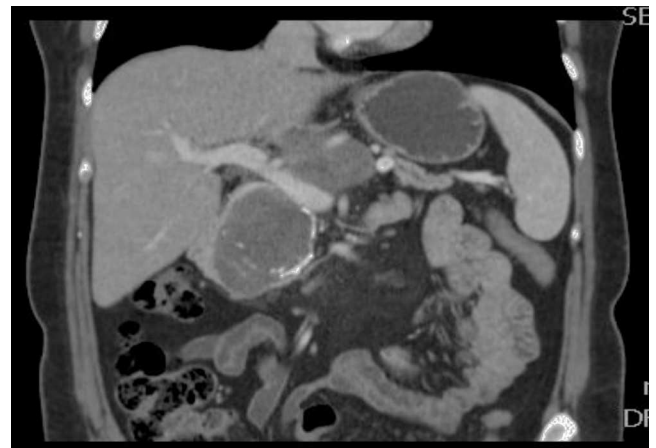


Figura 2 – TC de abdomen, corte coronal. Se observan desplazamiento y compresión del eje esplenoportal y de la vena esplénica.

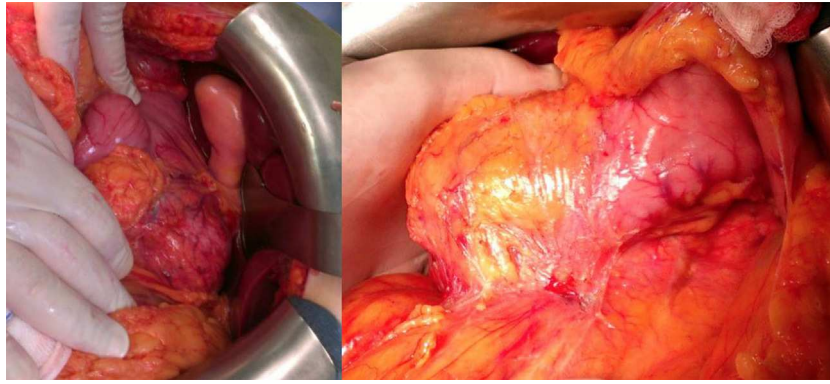


Figura 3 - Imagen quirúrgica en donde se visualiza el tumor que afecta a cabeza, uncinado y cuerpo del páncreas.

hepático-yeyunostomía transmesocólica y una gastro-yeyunostomía en la misma asa, antecólica.

El informe de anatomía patológica (figs. 4 y 5) describió una lesión epitelial sólido-quística, pseudoencapsulada, heterogénea. Las células neoplásicas crecen formando estructuras pseudopapilares con ejes conectivos largos, fibróticos y vascularizados. No atipias y escasas mitosis. En las zonas más sólidas, hay agregados de células espumosas de hábito macrofágico rodeadas de cristales de colesterol y células gigantes multinucleadas. Hay signos de calcificación del estroma con zonas degeneradas. No se evidencia estructuras de mal pronóstico. El Ki-67 es del 1-2%. Técnicas de inmunohistoquímica (fig. 6). Es un TPPSP con linfadenitis reactiva (0/16).

La evolución posterior ha sido buena, pero los estudios de imagen nos han demostrado una trombosis del eje portal, sin repercusión sobre la función hepática.



Figura 4 - Imagen panorámica macroscópica de la lesión tumoral, mostrando áreas quísticas con necrosis y áreas sólidas calcificadas.

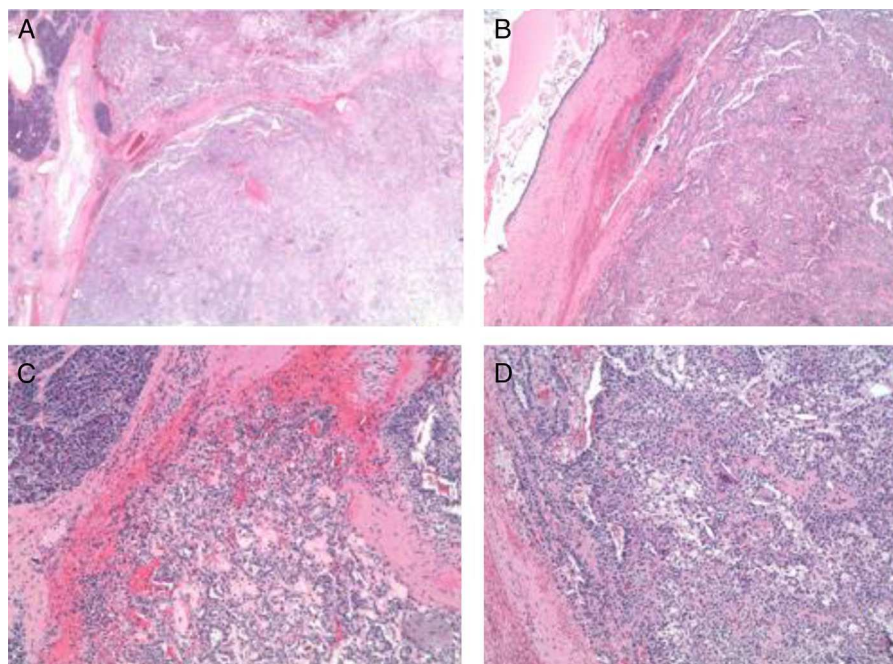


Figura 5 - A) Imagen panorámica macro/micro de la lesión tumoral con tejido acinar pancreático adyacente normal. B y C) Imágenes en HE 4x y 10x de zona sólida y pseudopapilar del tumor. D) Detalle citológico (10x) de las células tumorales con presencia de células macrofágicas, células gigantes y cristales de colesterol.

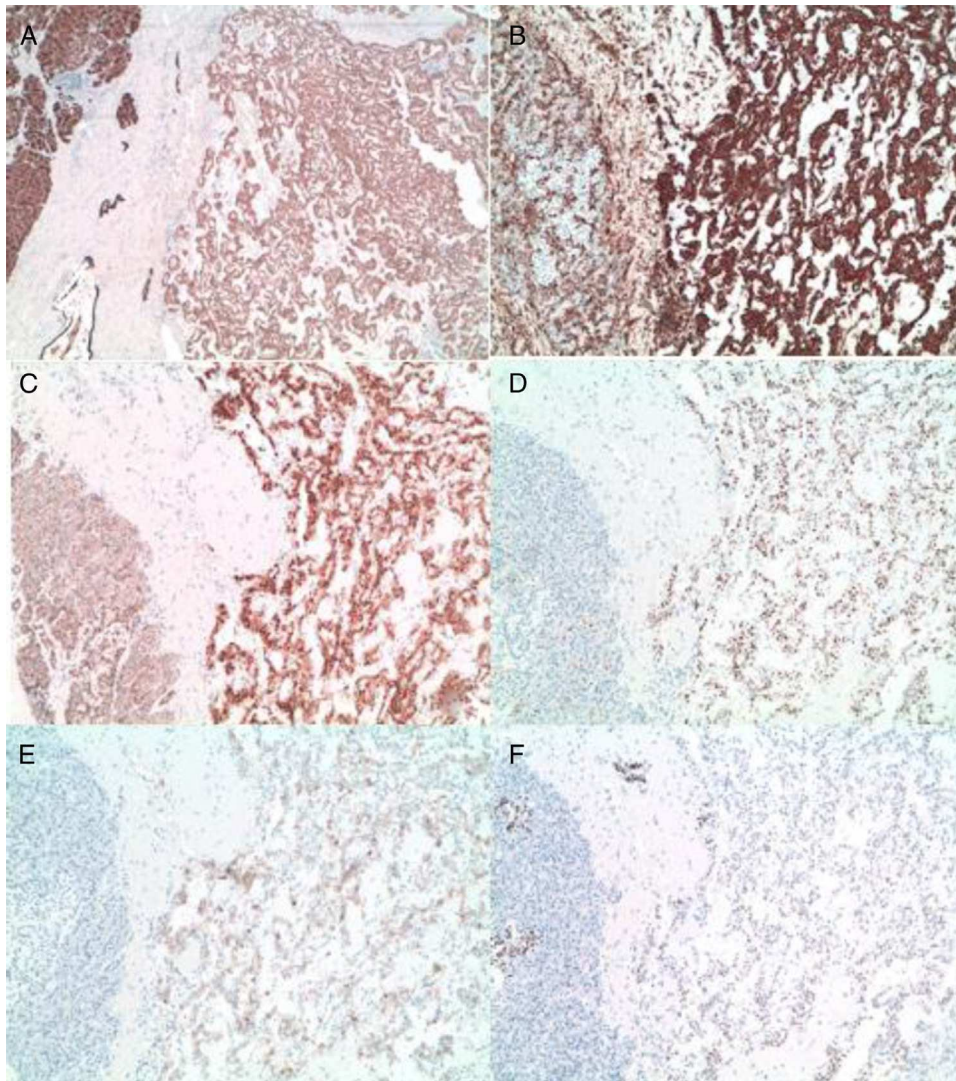


Figura 6 – A y B) Expresión difusa e intensa de citoqueratina AE1.3 y vimentina de las células tumorales (10×). C) Sobreexpresión nuclear y citoplasmática de la B-catenina (10×). D) Traslocación nuclear de la ciclina D1 (10×). E y F) Expresión de CD 10 y receptores de progesterona en las células tumorales (10×).

El TPPSP es de etiología desconocida. Relación hombre-mujer de 1:9,5 y aparición entre la 2.ª y 3.ª décadas de la vida³⁻⁶.

Las manifestaciones clínicas son dolor abdominal (como en nuestro caso), masa palpable, dispepsia, plenitud, ictericia, náuseas, vómitos y pérdida de peso³.

Otra forma de presentación es de forma incidental durante estudios complementarios como el US y/o la TC realizados por diferentes motivos^{5,7}. La localización más frecuente es en la cabeza de páncreas (39,8%), seguida de la cola (24,1%). La TC, como en nuestra paciente, muestra menor realce en los espacios de los quistes en el centro y un aumento en las áreas sólidas de alrededor. También son características las calcificaciones⁷.

Actualmente, la resonancia magnética (RM) es mejor que la TC para detectar los componentes sólidos o quísticos del tumor^{1,5,7,8}, así como la degeneración quística¹. En la serie de Guo et al.⁸, hubo cambios degenerativos en los 24 casos

reportados. Aunque la caracterización tumoral es alta en este tipo de tumores por las pruebas de imagen, el estudio histológico mediante citología o biopsia de trucut es de gran ayuda para diferenciar el tumor pseudopapilar del páncreas de otros tumores, como así sucedió en nuestro caso.

En la revisión de Yu et al.⁶ se registraron 553 casos en 13 años; solo en 77 pacientes se tuvo la sospecha o se hizo el diagnóstico antes de la cirugía, demostrando que la TC y la RM combinadas con la edad y género del paciente son suficientes para tomar la decisión quirúrgica y que los procedimientos intervencionistas solo deben realizarse cuando haya duda en el diagnóstico y en tumores menores de 3 cm^{6,8,9}.

Macroscópicamente, estos tumores son de color pardo amarillento y consistencia blanda, y en su superficie de corte presentan áreas sólidas, hemorrágicas, necróticas y quísticas, comprometiendo principalmente la cola de páncreas⁴.

Inmunohistoquímicamente es positivo a: vimentina, α -1-antitripsina, α -1-antiquimotripsina, enolasa específica neuronal, CD 10 y receptores de progesterona (nuestro caso), y cerca del 75% también expresa ciclina D1^{2,6,7}.

La resección radical es el tratamiento de elección, incluso con metástasis o recurrencia local⁴⁻⁶. La linfadenectomía no se recomienda⁶.

El pronóstico es bueno, a pesar de una recurrencia local (< 10%), metástasis o invasión local, colocándose dentro de las neoplasias de bajo potencial de malignidad^{4,5,7}. Guo et al.⁸ mencionan que 20/22 pacientes con seguimiento medio de 68 meses seguían sin evidencia de recurrencia de la enfermedad, igual que Slako et al.¹.

El TPPSP es un tumor con bajo potencial de malignidad. Su etiología es desconocida, aunque tiene fuerte relación con las hormonas sexuales femeninas. El diagnóstico previo a la intervención quirúrgica sigue siendo un reto para el médico y ante una masa sólida-quística encapsulada con degeneración hemorrágica, calcificaciones y realce de lesiones sólidas, debe ser tomado como diagnóstico diferencial. Actualmente, la RM es el estudio de elección para el diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica radical, presentando una supervivencia hasta del 95% a los 5 años.

BIBLIOGRAFÍA

- Slako M, Muñoz C, Briceño E, Moisan F, Martínez J, Patillo JC, et al. Tumor sólido pseudopapilar del páncreas: estudio descriptivo de una serie de casos. *Rev Chil Cir.* 2012;64:251-6.
- Palmucci S, Uccello A, Leone G, Failla G, Ettorre GC. Rare pancreatic neoplasm: MDCT and MRI features of a typical solid pseudopapillary tumor. *JRCR.* 2012;6:17-24.
- Camacho AJF, Duarte VJC, Hidalgo CJF, Valenzuela EA, Ortiz EP. Tumor sólido pseudopapilar del páncreas pediátrico. Presentación de un caso y revisión en la literatura. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2010;67:133-41.
- Núñez E, Zamalloa C, Frias V, Mayo N. Tumor sólido pseudopapilar del páncreas. Reporte de un caso. *Rev Med Hered.* 2012;23:110-4.
- Adkisson CD, Harris AS, Bridges MD, Nguyen JH, Asbun HJ, Stauffer JA. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: Report of five cases. *IJHPD.* 2012;2:9-14.
- Yu PF, Hu ZH, Wang XB, Guo JM, Cheng XD, Zhang YL, et al. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: A review of 553 cases in Chinese literature. *World J Gastroenterol.* 2010;16:1209-14.
- Lashkarizadeh MR, HayatbaKhsh M, Nikpour H, Savavi M, Lashkarizadeh M, Sattari H. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: A case report and review of literature. *IJP.* 2012;7:190-6.
- Guo N, Zhou QB, Chen RU, Zou SQ, Li ZH, Lin Q, et al. Diagnosis and surgical treatment of solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: Analysis of 24 cases. *Can J Sur.* 2011;54:368-74.
- Choudhury AR, Mitra B, Bhattacharya P, Bhattacharya A. CT guided fineneedle aspiration cytology of solid pseudopapillary tumor of the pancreas: Case series and review of literature. *IJHPD.* 2012;2:15-8.

Karla Leonher-Ruezga^a, Susana Lopez-Espinosa^a,
Angel Moya Herraiz^{b*}, Judith Perez Rojas^c
y Rafael López Andújar^b

^aUnidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

^bCirugía General, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: moya.ang@gmail.com

(A. Moya Herraiz).

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.2013.04.007>