

Cirugía General

Volumen
Volume **24**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2002**

Artículo:

Cáncer papilar quístico de páncreas: informe de un paciente

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Carcinoma papilar quístico de páncreas: informe de un paciente

*Cystic papillary carcinoma of the pancreas:
Report on one patient*

Dr. Juan José Granados Romero,

Dr. Daniel Sánchez Ávila,

Dr. Gerardo Martínez Carballo,

Dra. Karina Ericka Cabal Jiménez,

Dr. Felipe Estrada León

Resumen

Antecedentes: Los tumores papilares quísticos de páncreas o tumor de Frantz, son tumores poco frecuentes que afectan mayormente a mujeres jóvenes, poseen un bajo potencial de metástasis, y su etiología es desconocida.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción del caso: Mujer de 31 años de edad, inició su padecimiento un año antes con presencia de aumento progresivo de volumen abdominal, sensación de plenitud y disminución de peso de 8 kg, se le realizó tomografía abdominal computada, la cual demostró una masa retrogástrica, por lo que se efectuó laparotomía exploradora con el hallazgo de un tumor dependiente del cuerpo de páncreas, de 10 cm en su diámetro mayor, friable, sólido, con adherencias laxas, hipervascularizado; se extirpó en su totalidad y se incluyó en la resección un 25% del cuerpo del páncreas; evolucionó en forma satisfactoria en el postoperatorio.

Conclusión: La resección total del carcinoma papilar quístico de páncreas es la conducta quirúrgica de elección en estos tumores.

Palabras clave: Carcinoma quístico, páncreas, mucina.
Cir Gen 2002;24: 155-159

Abstract

Antecedents: Cystic papillary tumors of the pancreas or tumor of Frantz are uncommon, affecting mostly young women. They have a low metastatic potential and are of unknown etiology.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: Woman of 31 years, who initiated her ailment a year before with progressive increase of abdominal volume, sensation of fullness, and weight loss of 8 kg. Computed abdominal tomography revealed a retrogastric mass, for which she was subjected to exploratory laparotomy, revealing a tumor depending on the pancreas body, of 10 cm in its largest diameter, friable, solid, with loose adherences, and hypervascularized. The tumor was completely resected, including 25% of the pancreas body in the resection. The patient evolved satisfactorily during the postoperative period.

Conclusion: Total resection of the cystic papillary carcinoma of the pancreas is the surgical treatment of choice for this type of tumors.

Key words: Pancreas, cyst, neoplasm.
Cir Gen 2002;24: 155-159

Hospital Central Norte de Concentración Nacional. PEMEX México, D.F.

Recibido para publicación: 6 de julio de 2001

Aceptado para publicación: 20 de agosto de 2001

Correspondencia: Dr. Juan José Granados Romero. Aniceto Ortega No. 919, Colonia del Valle, 03100, México, D.F.

Teléfono: 56 04 69 38; E-mail: www.graneyd@correoweb.com

Introducción

Los tumores papilares quísticos de páncreas son poco frecuentes, afectan mayormente a mujeres jóvenes y tienen un bajo potencial de metástasis, su resección quirúrgica, en este grupo de pacientes, tiene un pronóstico favorable.¹

Los tumores pancreáticos muestran múltiples variaciones morfológicas. En 1984, Bombí y colaboradores describieron una variedad de tumores pancreáticos a los cuales llamaron epiteliales-papilares.²

Asimismo, se debe distinguir entre los tumores microquísticos, productores de glucógeno, de los macroquísticos o mucinosos y, de la misma manera, diferenciar dos entidades distintas, los tumores quísticos papilares y los mucinosos intraductales³ (**Cuadro I**).

El uso de la tomografía computada y la angiografía puede diferenciar entre variedades microquísticas y macroquísticas, la pancreatografía retrógrada endoscópica no ayuda a diferenciar los tumores quísticos de los pseudoquistes ya que estos tumores comunican con el conducto pancreático principal.³

Los tumores sólidos quísticos papilares del páncreas son entonces un tipo poco frecuente de tumor pancreático productor de mucina. Se ha adoptado el término neoplasia intraductal papilar para las neoplasias papilares con tendencia a la diseminación intraductal y la dilatación de conductos pancreáticos, los cuales están cubiertos por epitelio papilar neoplásico que puede ser adenocarcinoma o adenoma.⁴

Las neoplasias quísticas mucinosas (cistadenoma/cistadenocarcinoma) se presentan como quistes de localización unifocal y multifocal.

Cuadro I

Diagnóstico diferencial de lesiones quísticas del páncreas

- Quistes no neoplásicos epiteliales

Quistes disgenéticos

Asociados con síndrome de Von Hippel-Lindau

Asociados con enfermedad poliquística del riñón

Quistes de retención

Asociados con obstrucción del conducto pancreático

Asociados con fibrosis quística -pseudoquistes

Inflamatorios

Posnecróticos

Postraumáticos

Asociados con infección parasitaria (*Echinococcus*)

-Neoplasias quísticas

Tumor quístico mucinoso (cistadenoma y cistadenocarcinoma)

Adenoma microquístico

Linfangioma

Hemangioma

Angiosarcoma

Cistadenocarcinoma de células acinares

Neoplasia quística epitelial papilar

El tumor sólido quístico papilar, también llamado tumor de Frantz, aparece predominantemente en mujeres jóvenes en la tercera década de la vida.

Dichos tumores tienen una etiología desconocida y frecuentemente contienen áreas hemorrágicas y alcanzan en promedio un tamaño de 10 cm y en ocasiones mayor, la sintomatología es inespecífica por lo que el diagnóstico es un hallazgo ante la sintomatología abdominal vaga persistente; sin embargo, se ha descrito ruptura de la cápsula con hemoperitoneo y abdomen agudo en algunos pacientes.⁴

En su mayoría, los pacientes a quienes se les ha resecado quirúrgicamente este tipo de tumor tienen muy buen pronóstico, por lo que es importante distinguirlo de otros tumores en el páncreas.

Sólo el 14% de estos tumores han sido reconocidos como malignos. El diagnóstico preoperatorio no es fácil, pueden ser diagnosticados como pseudoquistes pancreáticos en pacientes sin historia o factores de riesgo para pancreatitis con niveles séricos normales de amilasa y un componente sólido en una cavidad quística, sin comunicación entre el quiste y los conductos pancreáticos, lo cual ayuda a realizar el diagnóstico diferencial; en otros casos son diagnosticados erróneamente como tumores ováricos.⁴

Descripción del caso

Se trató de una mujer de 31 años de edad con antecedentes familiares de importancia de cáncer de próstata por rama paterna.

Inició su padecimiento un año antes con evolución caracterizada por aumento progresivo de volumen abdominal, estado nauseoso, plenitud abdominal y disminución de 8 kg de peso.

A la exploración física se encontró consciente, orientada, sin facies característica, sin adenopatías palpables, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos ritmicos y de buena intensidad, abdomen con tumoración localizada en epigastrio y mesogastrio, sin hiperalgesia ni hiperbaralgesia; a la palpación, dolor moderado, no móvil, de aproximadamente 10 cm, sin ascitis ni datos de irritación peritoneal, peristalsis normal.

La endoscopia refirió hernia hiatal tipo I, había compresión extrínseca en la pared posterior del estómago que impedía su distensión.

Se le realizó ecografía abdominal, la cual informó la existencia de tumoración abdominal de características quísticas, se le efectuó tomografía computada en la cual se corroboró la tumoración abdominal ubicada por arriba del páncreas, en contacto con el estómago y el lóbulo izquierdo del hígado (**Figuras 1 y 2**).

Los exámenes preoperatorios básicos dentro de límites normales, sin datos de hiperglucemia y sus pruebas de funcionamiento hepático normales.

Se realizó laparatomía exploradora, los hallazgos transoperatorios fueron: hígado y estómago de características normales, páncreas edematoso con una masa retrogástrica de 10 cm en su diámetro mayor,

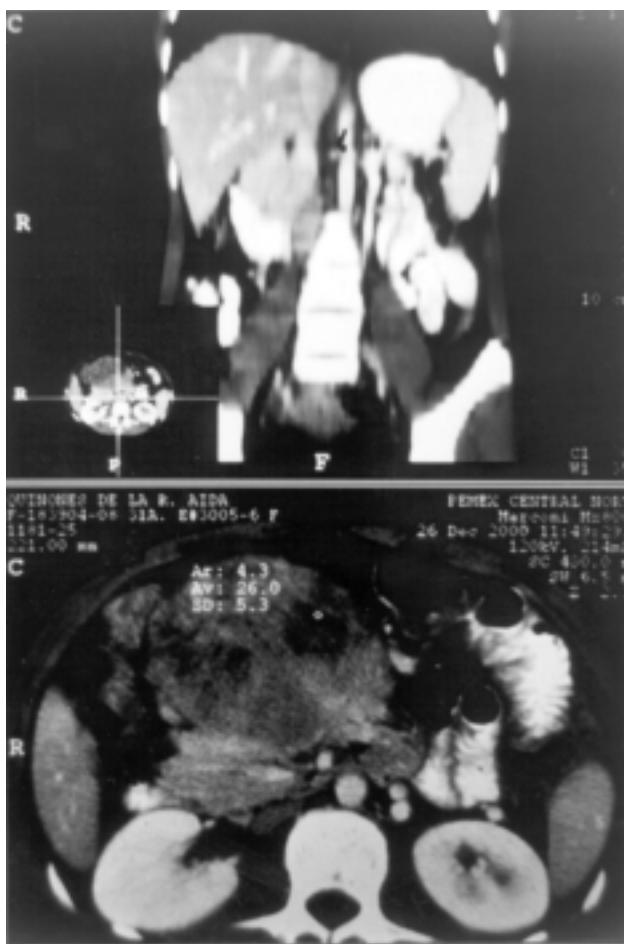


Fig. 1. Placa inicial de la tomografía computada, en donde se hace evidente la masa tumoral retrogástrica.

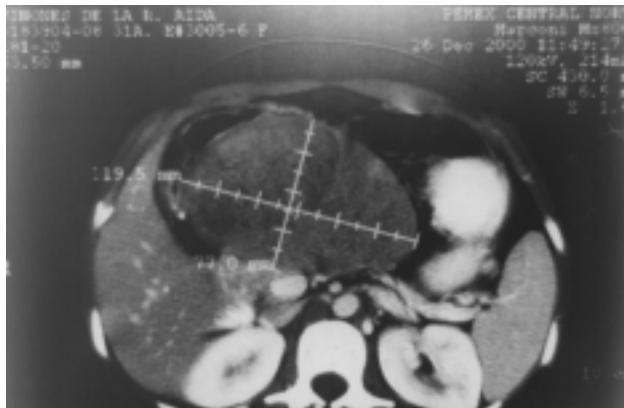


Fig. 2. Medición de la masa tumoral por medio de TAC con dimensiones de 19.5 mm por 77 mm.

de características quísticas, friable, sólida, semimóvil con abundantes adherencias laxas a estómago y duodeno, hipervascularizada, dependiente de páncreas, sin encontrar adenopatías a nivel retrogástrico del tronco celiaco, periaórticas o mesentéricas.

Se realizó resección de la tumoración, se encontró hipervascularización proveniente de la vena esplénica, ramas duodenales; el conducto pancreático principal estaba indemne y la tumoración proveniente de la porción anatómica del páncreas fue resecada, incluyendo aproximadamente un 25% del cuerpo. El peso del tumor fue de 900 mg.

La paciente evolucionó en forma satisfactoria, sin datos de fistulización pancreática, amilasa en cifras normales, los drenajes se retiraron al 10º día postoperatorio. El informe de patología fue de: *carcinoma papilar quístico de páncreas* (**Figuras 3 y 4**).

Se le realizó tomografía en el postoperatorio tardío, la cual mostró cambios postquirúrgicos segmentarios, páncreas sin evidencia de recidiva locorregional, no se observaron adenopatías ni metástasis a distancia.

Discusión

Se ha propuesto un origen embriológico para los tumores quísticos papilares y el término tumores pancreáticos embrionarios al demostrarse su origen a partir de las células pluripotenciales embrionarias.⁵

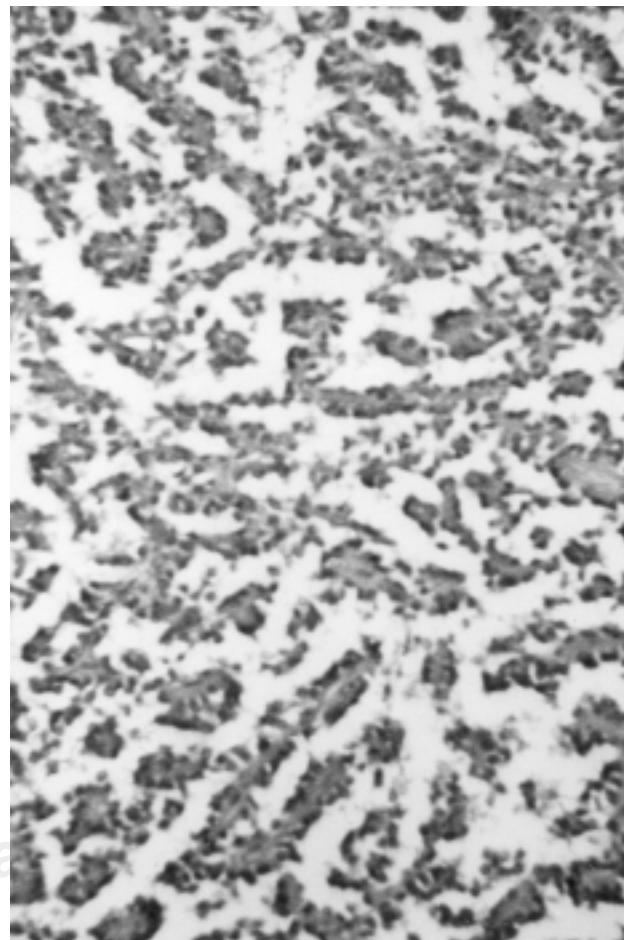


Fig. 3. Microfotografía de la tumoración, donde se observan células epiteliales cuboidales con abundante citoplasma claro, núcleos claros con nucleólos pequeños.

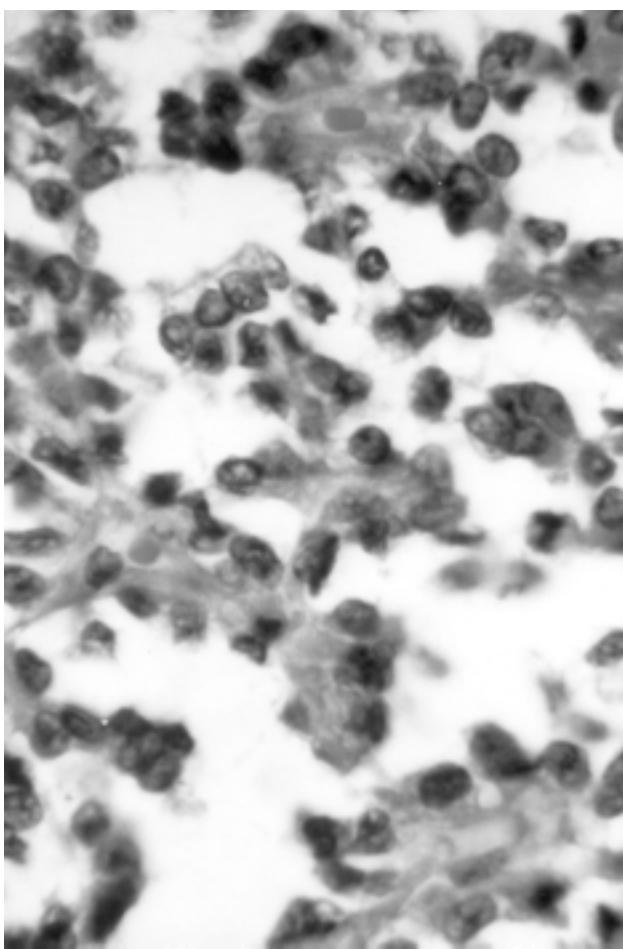


Fig. 4. Mayor aumento, donde observamos estructuras papilares y poliestratificadas.

Se ha encontrado este tipo de tumores en adolescentes, predominantemente del sexo femenino, quienes presentan dolor abdominal o masa abdominal dolorosa, por lo que se ha sugerido que este tumor aparece en la vida temprana y crece en forma lenta, con bajo potencial para producir metástasis.

Lam encontró aproximadamente unos 452 tumores sólidos quísticos papilares en la literatura inglesa⁶ y Mao 292 casos.⁵

Es un tumor poco frecuente, que ocurre con una incidencia de 0.2 a 2.7% de los tumores de páncreas exocrino. El porcentaje de aparición en mujeres jóvenes es de 95% con una edad promedio de 20 años, y más de 50% ocurre en mujeres menores de 20 años. Puede manifestarse como un tumor sólido (60%) y un 10% se encuentra incidentalmente en el examen físico, 25% cursan con dolor, la obstrucción biliar es poco frecuente y el crecimiento, por lo general, es lento. Su presentación en la cabeza del páncreas es del 30 al 40% de los casos.¹¹

Las neoplasias intraductales papilares están caracterizadas por dilatación quística de los conductos pancreáticos, acumulación de mucina y excreción de la misma a través del ámpula de Vater.⁵

Los tumores quísticos mucinosos son productores de mucina, con formaciones quísticas que frecuentemente se acompañan de proyecciones papilares intraquísticas y un estroma tipo ovárico, algunos autores han especulado que se trata de la misma entidad llamada tumores sólido quísticos papilares de páncreas.⁷

Las neoplasias quísticas mucinosas predominan en el sexo femenino, mientras que en el masculino lo hacen las papilares intraductales, las primeras tienen una presentación a edad más temprana y se localizan predominantemente en el cuerpo y cola del páncreas, con un tamaño de masa mayor (10 cm vs 4 cm). La presentación clínica de las neoplasias intraductales papilares incluye: dolor epigástrico, pérdida de peso, síntomas semejantes a pancreatitis crónica, ictericia, diabetes mellitus y episodios de dolor intenso, mientras que los tumores quísticos mucinosos lo hacen con dolor epigástrico crónico y masa abdominal.^{8,9}

La diferencia preoperatoria es difícil de establecer entre ambos e incluso con otras patologías con las que frecuentemente se confunden como pseudoquistes pancreáticos o tumores ováricos;⁵ ambas neoplasias pueden llegar a ser irresecables, por invasión vascular producen metástasis hepáticas y ascitis, con una sobrevida de 15 meses, aproximadamente, en pacientes sometidos a resección.

El nivel sérico del antígeno carcinoembrionario CA 19-9 está por arriba de niveles normales en todos los pacientes con adenocarcinoma intraductal papilar y en la mayoría de aquellos con neoplasia quística. En los estudios realizados, ningún tumor papilar intraductal ha demostrado incremento en los niveles de antígeno carcinoembrionario; pero, hasta el 50% de las neoplasias quísticas mucinosas presentaron un aumento del mismo marcador.

Este tipo de tumores no tiene una estructura característica en la ecografía. La angiografía puede ayudar a distinguirlos de neoplasias hipervasculares. La resonancia magnética es útil para observar áreas hemorrágicas en un tumor sólido que se presentan en forma usual. La tomografía computada posee la mayor especificidad para los tumores papilares quísticos, particularmente cuando hay calcificaciones presentes. La aspiración con aguja fina, guiada por ecografía puede aportar datos útiles pero no decisivos.

Los tumores quísticos de páncreas deben, en general, ser resecados para el alivio de los síntomas y el tratamiento del cáncer; aunque algunos autores como Compagno y Shorten sugieren que los cistadenomas serosos deben ser vigilados, especialmente en los pacientes de edad avanzada, por los riesgos que puede conllevar la cirugía, con el fundamento de que los tumores quísticos nunca son malignos.¹³⁻¹⁵

Este concepto en la práctica es difícil de realizar por la dificultad en muchos de los casos de determinar con certeza si la lesión es un cistadenoma seroso o de alguna otra variedad y Warshaw³ refiere que los parámetros para no intervenir a un paciente son sólo si el tumor tiene por tomografía computada, características de microlocularidad y una cicatriz central con calcificaciones.

Conclusión

La resección total del carcinoma papilar quístico de páncreas es la conducta quirúrgica de elección en estos pacientes.

Referencias

1. Rustin RB, Broughan TA, Hermann RE, Grunfest-Broniatowsky SF, Petras RE, Hart WR. Papillary cystic epithelial neoplasms of the pancreas. A clinical study of four cases. *Arch Surg* 1986; 121: 1073-6.
2. Bombí JA, Milla A, Badal JM, Piulachs J, Estape J, Cardesa A. Papillary-cystic neoplasm of the pancreas. Report of two cases and review of the literature. *Cancer* 1984; 54: 780-4.
3. Warshaw AL, Compton CC, Lewandrowski K, Cardenosa G, Mueller PR. Cystic tumors of the pancreas. New clinical, radiologic, and pathologic observations in 67 patients. *Ann Surg* 1990; 212: 432-43; discussion 444-5.
4. Shyr YM, Su CH, Tsay SH, Lui WY. Mucin producing neoplasms of the pancreas. Intraductal papillary and mucinous cystic neoplasm. *Ann Surg* 1996; 223: 141-6.
5. Mao C, Guvendi M, Domenico DR, Kim K, Thomford NR, Howard JM. Papillary cystic and solid tumors of the pancreas: a pancreatic embryonic tumor? Studies of three cases and cumulative review of the world's literature. *Surgery* 1995; 118: 821-8.
6. Lam KY, Lo CY, Fan ST. Pancreatic solid-cystic-papillary tumor: clinicopathologic features in eight patients from Hong Kong and review of the literature. *World J Surg* 1999; 23: 1045-50.
7. Fukushima N, Mukai K. Pancreatic neoplasms with abundant mucus production: emphasis on intraductal papillary-mucinous tumors and mucinous cystic tumors. *Adv Anat Pathol* 1999; 6: 65-77.
8. Yang YJ, Chen SJ, Chan CJ, Lin PW, Chang KC, Tzeng CC. Papillary cystic tumor of the pancreas in children. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 1223-7.
9. Merkle EM, Weber CH, Siech M, Kolokythas O, Tomczak R, Rieber A et al. Papillary cystic and solid tumor of the pancreas. *Z Gastroenterol* 1996; 34: 743-6.
10. Pelosi G, Iannucci A, Zamboni G, Bresaola E, Iacono C, Serio G. Solid and cystic papillary neoplasm of the pancreas: a clinico-cytopathologic and immunocytochemical study of five new cases diagnosed by fine-needle aspiration cytology and a review of the literature. *Diagn Cytopathol* 1995; 13: 233-46.
11. Hurtado AH, Cortés ET. Tumores quísticos. En: Herrera M, Campuzano M, Uscanga L. Páncreas. 2^a ed. México: McGraw-Hill; 2000: 421.
12. Compagno J, Oertel JE. Microcystic adenomas of the pancreas (glycogen-rich cystadenomas): a clinicopathologic study of 34 cases. *Am J Clin Path* 1978; 69: 289-98.
13. Shorten SD, Hart WR, Petras RE. Microcystic adenomas (serous cystadenomas) of pancreas. A clinicopathologic investigation of eight cases with immunohistochemical and ultrastructural studies. *Am J Surg Pathol* 1986; 10: 365-72.
14. Tarpila E, Borch K, Franzen L. Cystic neoplasms of the pancreas: a clinicopathological study of 38 cases. *Dig Surg* 1989; 6: 138-141.

