

Cirujano General

Volumen 24
Volume 24

Número 4
Number 4

Octubre-Diciembre 2002
October-December 2002

Artículo:

Tumor sólido-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

Tumor sólido-quístico de páncreas. Informe de un paciente

*Solid cystic tumor of the pancreas.
Report on one patient*

Dr. Erich Otto Paul Basurto Kuba,*

Dr. Raúl Sánchez Lozada,

Dra. Ana Vanessa Acosta Rosero,

Dra. Dora María Carvajal de Nova,

Dr. José Humberto Garza Flores,*

Dr. Oscar Chapa Azuela*

Resumen

Introducción: El tumor sólido-quístico de páncreas es una neoplasia poco frecuente, con bajo grado de malignidad y de predominio en mujeres.

Objetivo: Informar el caso de una paciente con tumor sólido-quístico de páncreas.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención

Descripción del caso: Mujer de 22 años con dolor abdominal de un año de evolución, cuya sintomatología consistió en dolor en epigastrio y sensación de plenitud postprandial. A su ingreso se encontró tumoración abdominal. Se estudió con ultrasonido y tomografía computada de abdomen que identificaron tumor pancreático, los marcadores tumorales fueron negativos. Se realizó además arteriografía selectiva, la cual descartó compromiso arterial o venoso. La laparotomía reveló un tumor en cuerpo y cola de páncreas sin invasión a órganos vecinos ni evidencia de metástasis. Se realizó pancreatectomía distal. La paciente evolucionó sin complicaciones.

Conclusión: El tratamiento es quirúrgico, con la resección del tumor. En poco más del 10% de los pacientes se ha informado recurrencia o metástasis en un promedio de 10 años después de la resección.

Abstract

Introduction: The solid cystic tumor of the pancreas is an uncommon neoplasm, with low grade malignancy and predominating in women.

Objective: To report the case of a female patient with a solid-cystic tumor of the pancreas.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: Woman, 22 years old, with abdominal pain of one-year evolution, symptomatology consisted of pain in the epigastrium and postprandial plenitude sensation. At her admittance, an abdominal tumor was found. She was subjected to ultrasound and computed tomography studies, which revealed a pancreatic tumor; tumor markers were negative. Besides, a selective arteriography was performed, which discarded arterial or venous compromise. Laparotomy revealed a tumor in the body and tail of the pancreas without invading the neighboring organs, without metastasis. Distal pancreatectomy was performed. The patient evolved without complications.

Conclusion: Treatment is surgical, resecting the tumor. In a little over 10% of patients, recurrence or metastasis has been reported after an average of 10 years of the resection.

Servicio de Cirugía General y Anatomía Patológica del Hospital General de México, Secretaría de Salud. México D.F.

Recibido para publicación: 8 de octubre de 2001

Aceptado para publicación: 6 de diciembre de 2001

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General

Correspondencia: Dr. Raúl Sánchez Lozada, Juventino Rosas No. 13, Colonia El Rosal, 54130 Tlalnepantla, Estado de México.

Palabras clave: Páncreas, neoplasmas de páncreas, tumor sólido-quístico.
Cir Gen 2002;24: 304-307

Key words: Pancreas, pancreatic tumor, neoplasm.
Cir Gen 2002;24: 304-307

Introducción

El tumor sólido-quístico de páncreas es una neoplasia relativamente poco frecuente que se distingue por su bajo grado de malignidad y por predominar en mujeres jóvenes.¹ Fue descrito por primera vez por Frantz en 1959² y hasta 1995 existían publicados aproximadamente 289 casos en la literatura mundial.³ En nuestro hospital solamente se han estudiado tres pacientes. El objetivo de este trabajo es informar un caso de esta neoplasia.

Descripción del caso

Paciente femenina de 22 años que acudió a la consulta externa por referir dolor punzante en fosa lumbar derecha, intermitente, de un año de evolución; el cual desde 2 meses antes predominó en epigastrio, con sensación de cuerpo extraño y plenitud postprandial precoz. A la exploración física se identificó tumoreación en epigastrio de aproximadamente 18 x 15 cm, no renitente, mal definida, no desplazable, negativa a la maniobra de Smith y Bates y de Montenegro, intraabdominal y retroperitoneal con dolor moderado a la palpación.

Se realizó ultrasonido abdominal que reveló una masa retroperitoneal, sin ubicar su origen. La tomografía abdominal mostró una tumoreación pancreática de predominio en el cuerpo, la que parecía englobar la vena porta, la esplénica y la arteria mesentérica superior (**Figura 1**). Además se solicitaron marcadores tumoriales que incluyeron alfa feto-proteína, antígeno carcinoembionario y CA 19-9, los cuales fueron normales. Por último, se realizó arteriografía selectiva, en la que se demostró trombosis de la vena esplénica con flujo colateral por las venas gástricas cortas y la coronaria estomáquica; no existió alteración ni evidencia de infiltración tumoral en la vena porta o en la arteria y vena mesentérica superior (**Figura 2**).

Se realizó laparotomía en la cual se identificó la tumoreación, de aproximadamente 18 x 15 cm de diámetro, dependiente de cuerpo y cola de páncreas, macroscópicamente con áreas sólidas y quísticas, sin invasión a órganos vecinos o a vasos sanguíneos, no se confirmó la trombosis de la vena esplénica. Se realizó pancreatectomía distal (**Figura 3**), seccionándose la glándula a nivel del cuello, se extrajo la pieza (**Figura 4**); se conservó el bazo. Se encontró además un ganglio en el epiplón gastrocólico, el cual se envió a estudio transoperatorio cuyo informe histopatológico fue: hiperplasia folicular sin evidencia de malignidad. En las **figuras 5 y 6** se muestran las características histológicas del tumor.

El periodo postquirúrgico transcurrió sin incidentes, con glicemia y enzimas pancreáticas normales. El ser-

vicio de patología informó que se trataba de una neoplasia sólida-quística de páncreas. Egresó a su domicilio 8 días después.

Discusión

El tumor sólido-quístico de páncreas es parte de los tumores pancreáticos quísticos, que constituyen en-

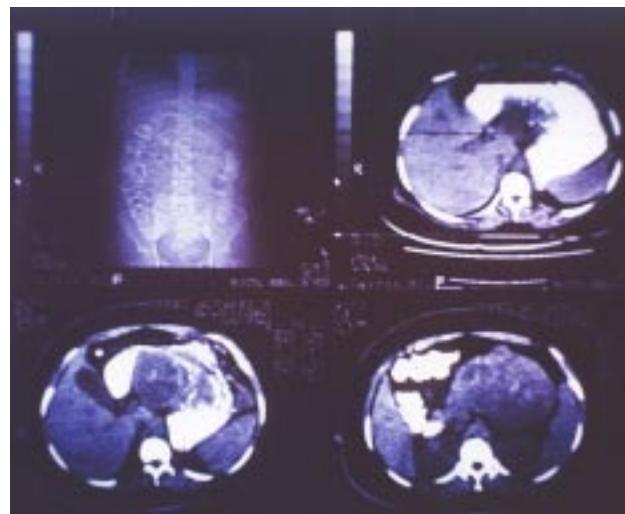


Fig. 1. Imagen tomográfica de la tumoreación. Se observa tumoreación pancreática que predomina en el cuerpo.

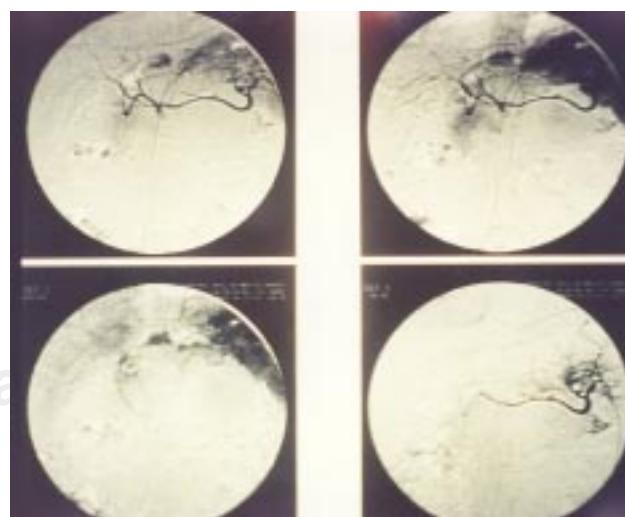


Fig. 2. Angiografía selectiva: se observa trombosis de la vena esplénica.



Fig. 3. Vista de la tumoración durante la cirugía, se aprecia el cuello del páncreas referido con un drenaje de Penrose.

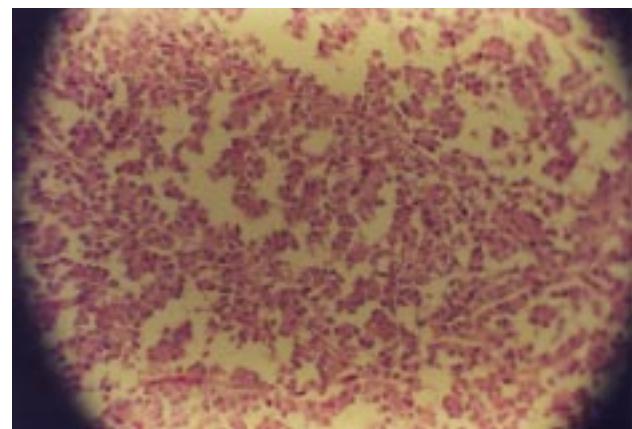


Fig. 5. Fotomicrografía (vista general). Se observa la imagen histológica del tumor que corrobora su aspecto sólido-quístico.

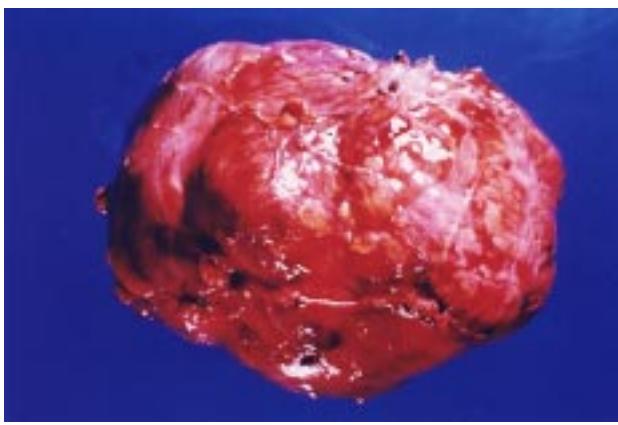


Fig. 4. Vista macroscópica del tumor resecado.

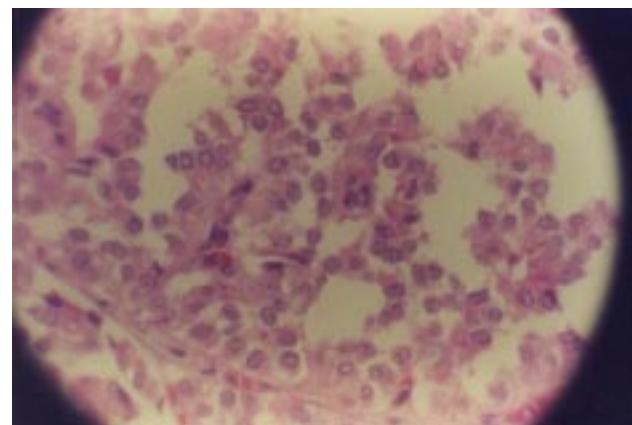


Fig. 6. Fotomicrografía (acercamiento).

tre el 0.5%⁴ y el 5%⁵ de los tumores primarios de esta glándula. Dentro de este grupo, los tumores sólido-quísticos se han encontrado en aproximadamente el 0.5%.⁶ El 90% de los casos se presentan en mujeres, principalmente de la segunda y tercera década.³ El síntoma principal de presentación es el dolor abdominal hasta en el 70% de los pacientes,⁷ esta paciente tenía un año de evolución y había variado de ubicación de la región lumbar al epigastrio. Debido a esto su diagnóstico es difícil, realizándose en ocasiones incidentalmente por la aparición de una masa en abdomen. La paciente presentó también sensación de plenitud postprandial, en la literatura se refiere que en ocasiones puede haber ictericia.⁸

En la mayoría de los pacientes, los estudios de laboratorio son normales. Los marcadores tumorales de páncreas no son de utilidad debido a que siempre son negativos, sin embargo, se deben incluir en el protocolo de estudio. Los estudios de gabinete más empleados son la ultrasonografía, la tomografía computarizada y, en ocasiones, se ha informado el uso de la angiografía y de la resonancia magnética. El ultraso-

nido por lo general muestra una masa pancreática bien definida del parénquima circundante, sin dilataciones de los conductos pancreáticos o biliares.⁹ La tomografía es, quizás, el estudio más empleado, presenta una sensibilidad del 50% con una especificidad del 96.8%¹⁰ para el diagnóstico de esta patología, los hallazgos característicos incluyen tumores bien definidos con áreas hipo e hiperdensas que en ocasiones pueden incluir calcificaciones y necrosis central.⁹

Debido a la importancia de diferenciar el tumor sólido-quístico de otras neoplasias pancreáticas, se ha descrito la posibilidad de realizar el diagnóstico mediante una biopsia por aspiración con aguja, guiada por métodos radiológicos.¹

El tratamiento de este tumor es quirúrgico y debe incluir su resección, aproximadamente el 64%⁶ se encuentran en el cuerpo o la cola de páncreas, lo que lo facilita. Durante la operación es común encontrar un tumor de aproximadamente 10 cm de diámetro, el cual es de apariencia sólida y quística con áreas de hemorragia.⁶ En nuestro caso, al resecar el tumor se optó por una pancreatectomía distal con

preservación del bazo al no encontrar compromiso en su circulación. Otros autores han sugerido un tratamiento similar.⁸

Es importante recalcar que estos tumores tienen potencial de malignidad. Se ha comunicado que entre el 12.6%¹⁰ y 14.7%⁶ pueden presentar recurrencias o metástasis; de estas últimas las más frecuentes son a hígado, pero también se ha encontrado carcinomatosis.¹⁰ Por lo regular las recurrencias ocurren en promedio 10 años después de la primera intervención. El tratamiento debe ser la resección, siempre que sea posible, con buen pronóstico. En los casos inoperables se ha sugerido el manejo con tamoxifeno basándose en la presencia de receptores estrogénicos en algunos de estos tumores.⁸

Conclusión

El tratamiento de este tumor siempre es quirúrgico por su alto potencial de malignidad.

Referencias

1. Pelosi G, Lannucci A, Zamboni G, Bresaola E, Iacomo 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.
2. Frantz VK. Papillary tumors of the pancreas: benign or malignant? En: Frantz VK, ed. *Tumors of the pancreas. Atlas of tumor pathology*, 1st series, section VII, fascicles 27-28, Washington, DC: US Armed Forces Institute of Pathology, 1959; 27: 32-3.
3. 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.
4. Sener SF, Fremgen A, Imperato JP, Sylvester J, Chmiel JS. Pancreatic cancer in Illinois. A report by 88 hospitals on 2,401 patients diagnosed 1978-84. *Am Surg* 1991; 57: 490-5.
5. Crawford JM, Contran RS. El páncreas. En: Contran RS, Kumar V, Robbins SL, eds. *Robbins patología estructural y funcional*. 5^a ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 1995; p. 993-1024.
6. Bartsch D, Bastian D, Barth P, Schudy A, Nies C, Kisker O et al. K-ras oncogene mutations indicate malignancy in cystic tumors of the pancreas. *Ann Surg* 1998; 228: 79-86.
7. Ky A, Shilyansky J, Gerstle J, Taylor G, Filler RM, Grace N et al. Experience with papillary and solid epithelial neoplasms of the pancreas in children. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 42-4.
8. Valdés-González R, Molinar L, Ortega-Salgado JA. Neoplasia epitelial papilar sólida y quística de páncreas. Imágenes del tumor y seguimiento. *Gac Méd Méx* 1999; 135: 333-7.
9. Procacci C, Graziani R, Bicego E, Zicari M, Bergamo Andreis IA, Zamboni G et al. Papillary cystic neoplasm of the pancreas: radiological findings. *Abdom Imagin* 1995; 20: 554-8.
10. Procacci C, Biasiutti C, Carbognin G, Accordini S, Bicego E, Guarisc A et al. Characterization of cystic tumors of the pancreas: CT accuracy. *J Comput Assist Tomogr* 1999; 23: 906-12.

