

Tumor papilar sólido quístico de páncreas o tumor de Frantz-Gruber. Reporte de caso

RESUMEN

Objetivo: el tumor papilar sólido, quístico de páncreas o Tumor de Frantz-Gruber es poco frecuente, sin embargo debe ser incluido en los diagnósticos diferenciales de tumores de páncreas para una adecuada identificación y oportuno tratamiento.

Caso: mujer de 45 años de edad con síntomas de reflujo gastroesofágico. Se le diagnosticó tumoración de cuerpo y cola del páncreas. Se realizó pancreatectomía distal con esplenectomía. El estudio histopatológico reportó tumor papilar sólido quístico de páncreas. Esta tumoración afecta principalmente a mujeres entre la segunda y cuarta décadas de la vida. Representa menos de 1% de todos los tumores pancreáticos. La resección quirúrgica es la conducta terapéutica correcta y de elección en estos tumores.

Palabras clave: neoplasias pancreáticas, tumor de Frantz-Gruber, páncreas.

Cystic solid papillary tumor of pancreas or tumor of Frantz-Gruber. Case report

ABSTRACT

Objective: The papillary solid cystic tumor or Frantz-Gruber tumor is a rare neoplasm that must be taken into consideration for correct diagnosis and convenient treatment of pancreatic tumors.

Case: A 45-year old female with GERD, who was diagnosed with a tumor in the body and tail of the pancreas. A distal pancreatectomy with splenectomy was performed and histopathologic study reported a papillary solid cystic tumor in the pancreas. This pancreatic tumor occurs mainly in women between the second and fourth decades of life. It represents less than 1% of all pancreatic tumors. The surgical resection is the correct treatment for these tumors

Key words: Pancreatic Neoplasms, Frantz-Gruber Tumor, Pancreas.

Harim Gabriel Vital-García¹
Marco Antonio González-Acosta²
Carlos Guadalupe Parra-Torres³

¹ Médico residente 3er año. Cirugía General.

² Médico adscrito de Cirugía General.

³ Médico adscrito de Oncología Quirúrgica.

¹ Departamento de Cirugía General, Hospital Regional 1º de Octubre, México, D.F.

Recibido: 22 octubre, 2014
Aceptado: 16 enero, 2015

Correspondencia: Dr. Harim Gabriel Vital García
Marte #123, Col. Buenavista
CP 06350 México D.F.
Cel.: (044) 55-18-51-67-28
harim_10@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Vital-García HG, González-Acosta MA, Parra-Torres CG. Tumor papilar sólido quístico de páncreas o tumor de Frantz-Gruber. Reporte de caso. Rev Esp Med Quir 2015;20:100-104.

INTRODUCCIÓN

El tumor papilar sólido, quístico de páncreas es una tumoración poco común, representa menos de 1% de todas las neoplasias pancreáticas.^{1,2} También llamado tumor de Frantz-Gruber fue descrito por primera vez en 1959.^{1,3-5} La anatomía y los elementos histológicos incluyen componentes sólidos, quísticos y seudopapilares; así como también ser productores de mucina. La mayor frecuencia de presentación es entre la segunda y la cuarta décadas de la vida, predominando en el género femenino.^{1,6-8}

Los tumores papilares sólidos quísticos del páncreas tienen bajo potencial de malignidad y metástasis; la resección quirúrgica de dicha neoplasia tiene pronóstico favorable.^{1-4,6,8} El propósito de este reporte es resaltar la importancia de la distinción de esta tumoración con otras entidades pancreáticas con la ayuda de elementos clínicos y, con especial importancia, en resultados de imagenología para llegar a un diagnóstico correcto ya que esta afección tiene un pronóstico favorable con la resección quirúrgica.

CASO

Mujer de 45 años de edad con antecedentes personales de importancia de hipotiroidismo primario, fibromialgia y enfermedad por reflujo gastroesofágico actualmente bajo tratamiento médico. Al interrogatorio refirió reflujo gástrico de 3 años de evolución, además de dolor en epigastrio de carácter crónico, intermitente, difuso, no asociado con la ingesta de alimentos. Por la persistencia de los síntomas se efectuó una ecografía abdominal que evidenció un tumor en el páncreas de $89 \times 82 \times 85$ mm, de ecogenicidad mixta de predominio sólido, bordes irregulares con centro quístico. A la aplicación Doppler vascularidad periférica localizada en cabeza con extensión postero-

caudal que hace efecto de masa sobre el lóbulo hepático izquierdo (Figura 1). Se solicitó serie esófago-gastro-duodenal que evidenció el efecto de masa que desplazaba al estómago por la curvatura menor (Figura 2). Se solicitó tomografía de abdomen para identificar características, límites y extensión de la lesión. Se corroboró el tumor abdominal dependiente de cuerpo y cola del páncreas, en contacto con el lóbulo izquierdo del hígado que desplazaba al cuerpo del estómago hacia adelante (Figuras 3 y 4). Se solicitaron exámenes preoperatorios donde se observaron enzimas pancreáticas y pruebas de funcionamiento hepático dentro de los parámetros normales.

Se procedió a la intervención quirúrgica consistente en pancreatectomía distal y esplenectomía con los siguientes hallazgos transoperatorios: hígado y estómago de características normales, páncreas con tumor sólido y quístico dependiente de cuerpo y cola, con diámetro mayor de 9 cm, vascularización proveniente de la arteria esplénica, sin datos de adenopatías mesentéricas o en periferia de tronco celíaco. Se resecaron el cuerpo y la cola del páncreas, con ayuda de engrapadora TA 60 mm se colocó drenaje a lecho quirúrgico (Figura 5).

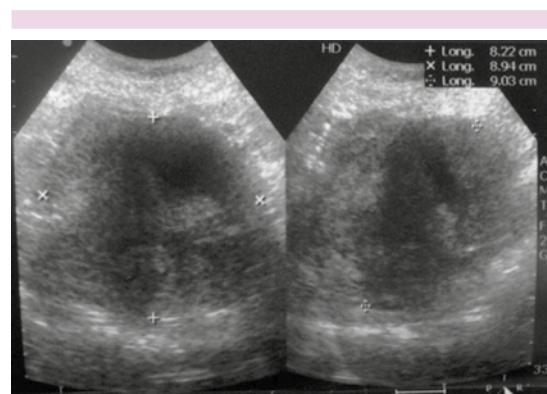


Figura 1. Ecografía: tumor de ecogenicidad mixta con predominio sólido y centro quístico.

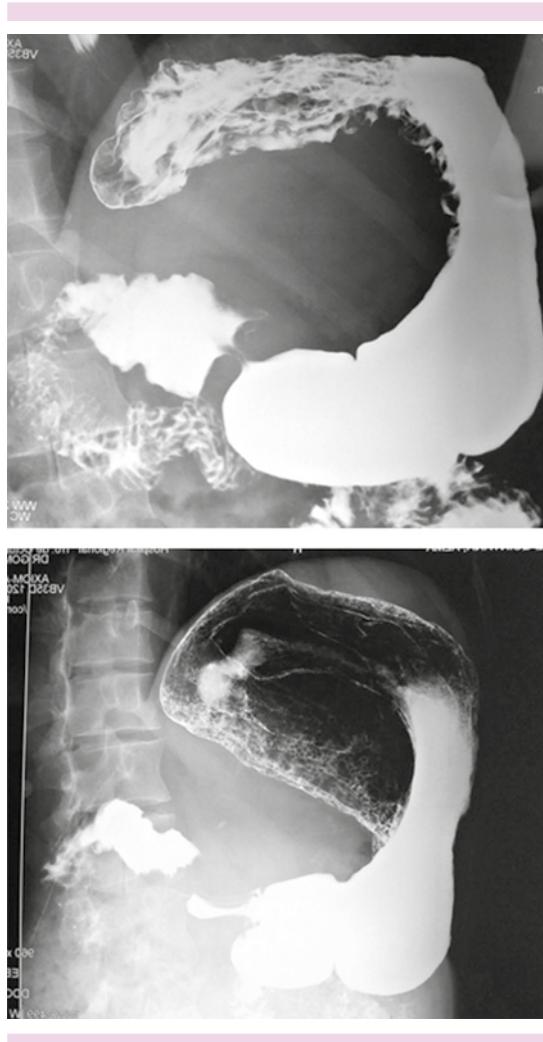


Figura 2. Serie esófago-gastro-duodenal: efecto de masa con desplazamiento de estomago.

En el periodo postquirúrgico hubo evolución adecuada sin datos de fistula pancreática, se retiraron los drenajes el sexto día después de la cirugía y los estudios de laboratorio estuvieron dentro de límites normales. Se contó con informe histopatológico de tumor papilar sólido quístico de páncreas (Figura 6).

DISCUSIÓN

Los tumores papilares sólidos quísticos de páncreas representan menos de 1% de todas las

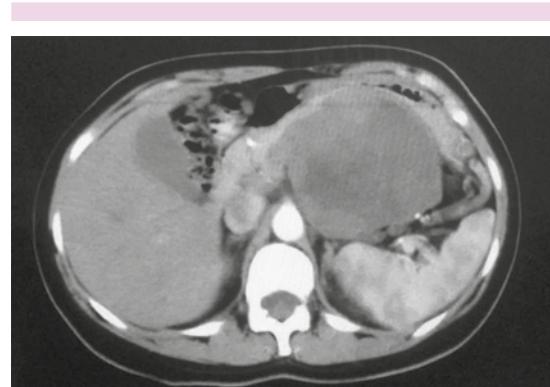


Figura 3. Tomografía: tumor heterogéneo por arriba del páncreas que desplaza al estómago.



Figura 4. Tomografía: tumor con origen en el cuerpo y la cola del páncreas; arteria esplénica desplazada.

neoplasias pancreáticas,^{2,9} predominan en el sexo femenino entre las segunda y cuarta décadas de la vida;^{1,3,5,6,8} sin embargo, los casos de malignidad son reportados predominantemente en el género masculino.^{2,3,10} Descritos por primera vez por Frantz y Gruber en 1959^{1,3,11} en 1996 la Organización Mundial de la Salud los clasificó como "tumores pseudopapilares del páncreas" y los enlistó como tumores del páncreas exocrino.^{1,3} En la literatura nacional especializada se encuentran reportados 4 casos, mientras que en la mundial se han reportado cerca de 500 casos desde su descripción.^{1,3,11}

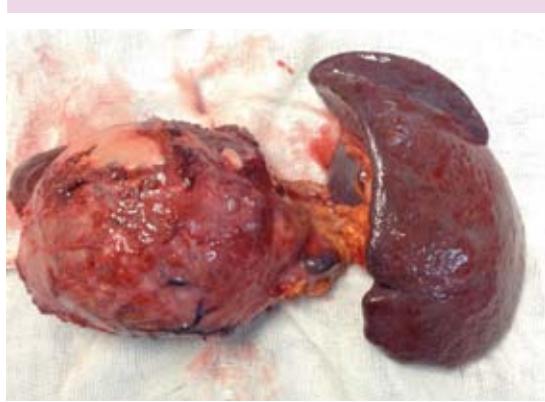


Figura 5. Macroscopia: masa bien definida, dependiente del cuerpo y la cola del páncreas; bazo de características normales.

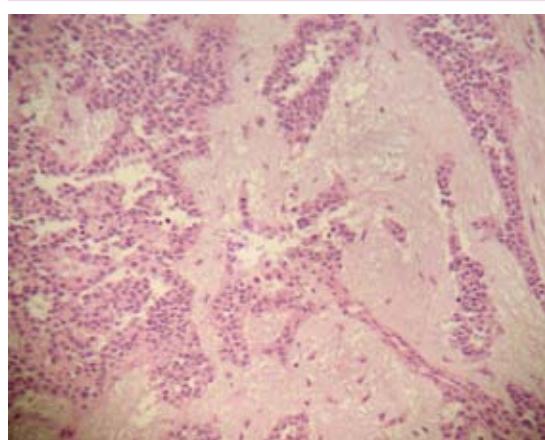


Figura 6. Microfotografía del tumor con elementos papilares.

La etiología celular permanece incierta pero se ha propuesto un origen embrionario para estos tumores al demostrarse su origen a partir de las células pluripotenciales embrionarias.⁹ La localización más frecuente del tumor de Frantz-Gruber es en la cabeza del páncreas (30-40%), 32 y 28% en cuerpo y cola, respectivamente.^{1,9}

Generalmente estos tumores son un hallazgo durante el estudio del paciente por síntomas vagos

como dolor abdominal difuso en epigastrio, o incluso posterior a traumatismo abdominal contuso; en casos excepcionales podrían manifestar ictericia en caso de que el tumor se encontrara en la cabeza del páncreas.²

En el ultrasonido abdominal se encuentra un tumor con características isoecoicas o hipoecoicas en relación con el parénquima pancreático normal, además se pueden observar aéreas libres de eco.⁸ En estudios radiológicos como el tránsito esófago-gastro-duodenal se observa un desplazamiento de cuerpo gástrico en relación con el efecto de masa que produce la tumoreación. En la tomografía se puede observar una masa encapsulada con componentes sólido y quístico por degeneración hemorrágica, así como calcificaciones en su periferia.^{4,8}

La mayoría de las células del tumor muestran inmunorreactividad de la membrana, hasta en 50% de los casos, para CD56, vimentina, y siendo multifocal a sinaptofisina, cromogranina, citoqueratina y antígeno carcinoembrionario. En el momento actual no se puede precisar con exactitud al tumor sólido quístico y seudopapilar como un tumor neuroendocrino solamente con base en la expresión positiva de CD56, sino que se debe complementar el estudio valorando inmunorreactividad a CD10, vimentina y sinaptofisina, mismos que no han tenido fuerte expresión positiva para tumores sólido quísticos y seudopapilares en páncreas de adultos y fetales por sí solos; sin embargo, en conjunto aportan datos valiosos para el diagnóstico.¹

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa del tumor, consistente en realizar pancreatoduodenectomía si la lesión se encuentra a nivel de cabeza-cuello o pancreatectomía distal con esplenectomía en caso de encontrarse en la cola. Con solo el tratamiento quirúrgico se posee un buen pronóstico y se ha documentado supervivencia mayor a 90% a los 5 años. No obs-

tante, a pesar del bajo potencial de malignidad de este tipo de lesión, aproximadamente 15% de los pacientes desarrolla enfermedad metastásica que compromete, predominantemente, hígado, peritoneo y ganglios linfáticos.^{1,2,6,10}

CONCLUSIÓN

Existen diversas afecciones tumorales pancreáticas; sin embargo, en mujeres jóvenes debe considerarse al tumor sólido quístico ya que este tipo de tumores poseen un bajo grado de malignidad y son importantes su diagnóstico correcto y su tratamiento quirúrgico oportuno para un mejor pronóstico de supervivencia.

REFERENCIAS

1. Zumaran-Cuellar O, Romero-Hernandez T, Blanco-Benavides R, Ramirez-Aceves R. Tumor de Frantz-Gruber: reporte de un caso. Rev Gastroenterol Mex 2004;4:236-239.
2. Gaston-Vittore B, Jorge-Audisio H, Juan-Labat E. Tumor pseudopapilar sólido de páncreas. Reporte de un caso. RAR 2010;74:59-62:1.
3. Alvarez-Pertuz H, Poblete-Otero F, Arana-Saenz A, y cols. Tumor de Frantz-Gruber, un tumor sólido pseudopapilar del páncreas poco frecuente. Acta Med Costarric 2011;53:151-153.
4. Pankaj Sharma, Hiralal. Pseudopapillary Tumor of Pancreas. JK Science 2011;14(4):199-201.
5. Bacelar-Junior E, Pereira-Gomes M, Martis-Torres O y cols. Frantz's tumor of the páncreas. ABCD Arq Bras Cir Dig 2010;23(3):212-213.
6. Angel-Fernandez J. Tumores quísticos del páncreas: revisión de la literatura. Cir Esp 2003;73(5):297-308.
7. Col PJ Vincent, Brig BM Nagpal, Wg Cdr Pradeep Singh y cols. Gruber-Frantz Tumour. MJAFL 2003;59:355-357.
8. T. Darius, J Brouwers, h. Van Dijck, P. Bernard. Solid and Cystic Papillary Neoplasm of the Pancreas: A rare tumour in Young women. Acta chirbelg, 2006;106:726-729.
9. Granados-Romero J, Sanchez-Avila D, Martinez-Carballo G, y cols. Carcinoma papilar quístico de páncreas: informe de un paciente. Cirujano General, 2002;24:155-159:2.
10. Milagros Abad Licham, Juvenal Sanchez Lihon, Juan Celis Zapata. Tumor Solido Pseudopapilar de Pancreas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Rev Gastroenterol Peru 2008;28-4:356-361.
11. Fatma Aydiner, Hilal Erinanç, Berna Savas, y cols. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: Emphasis on differential diagnosis from aggressive tumors of the pancreas. Turk J Gastroenterol 2006;17(3):219-222.