



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 duodenopancreatometomía 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

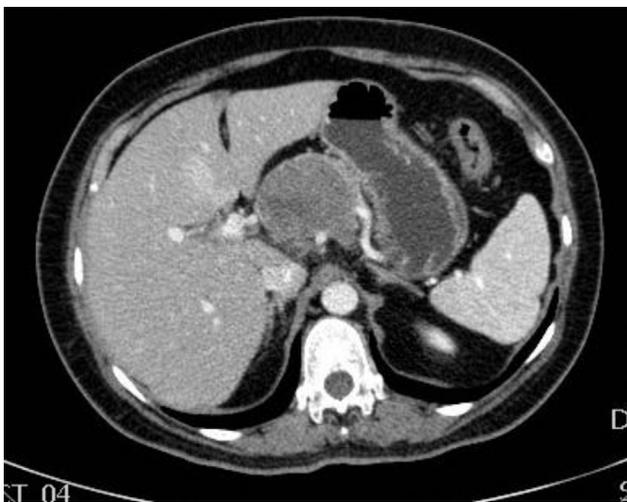


Figura 1 – TC pancreática, corte axial. Observamos compresión directa sobre la bifurcación del tronco celiaco con la arteria esplénica y hepática común.

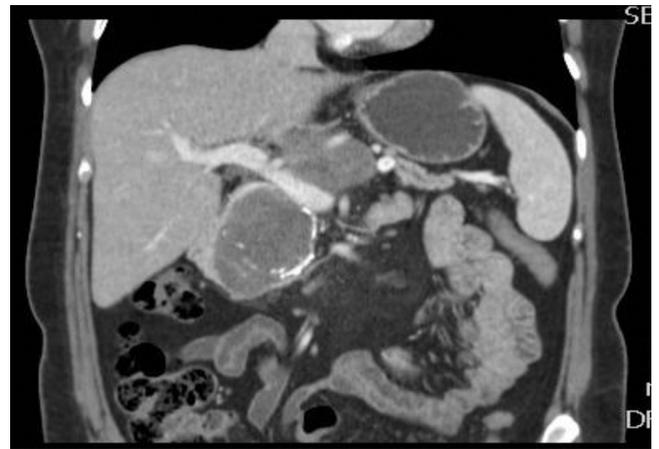


Figura 2 – TC de abdomen, corte coronal. Se observan desplazamiento y compresión del eje esplenoportal y de la vena esplénica.

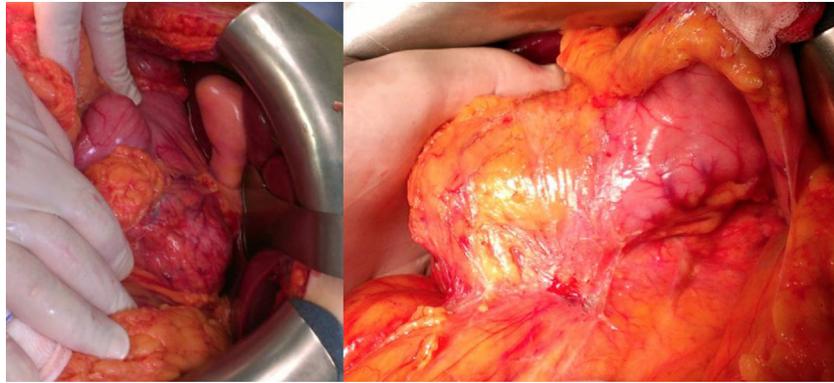


Figura 3 - Imagen quirúrgica en donde se visualiza el tumor que afecta a cabeza, uncinado y cuerpo del páncreas.

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.

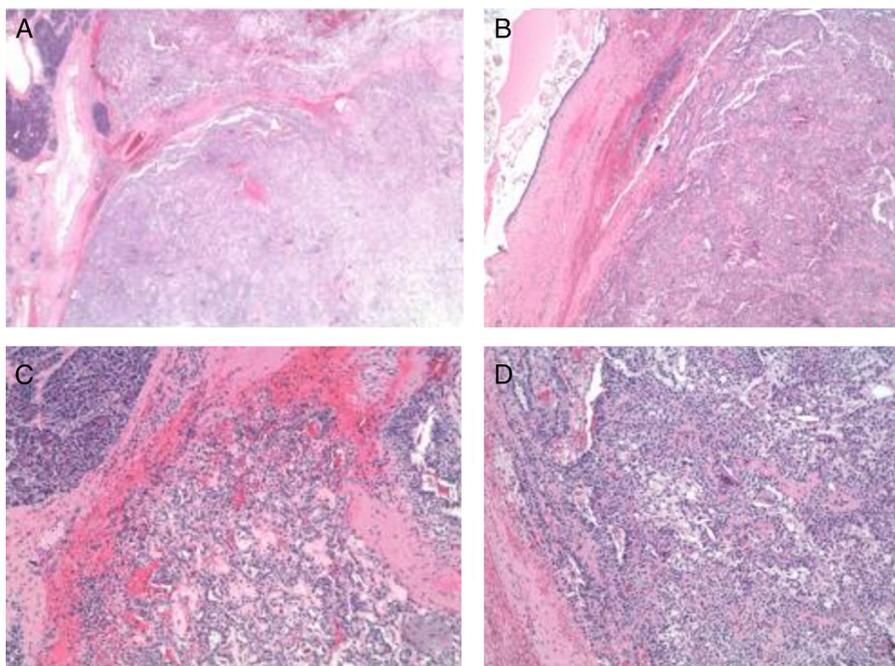


Figura 5 - A) Imagen panorámica macro/micro de la lesión tumoral con tejido acinar pancreático adyacente normal. B y C) Imágenes en HE 4x y 10x de zona sólida y pseudopapilar del tumor. D) Detalle citológico (10x) de las células tumorales con presencia de células macrofágicas, células gigantes y cristales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

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252075>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252075>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)