

# Neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas: hallazgo incidental cada vez más frecuente

## *Solid pseudopapillary neoplasia of the pancreas: incidental finding with increased frequency*

Inés Cañas-García\*, Clotilde Moreno-Cortés, Enrique Dabán-Collado y Benito Mirón-Pozo

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España

### Resumen

*En el contexto de las lesiones quísticas del páncreas y su clínica paucisintomática, se presenta el caso de una mujer de 33 años que inicia estudio por epigastralgia y molestias abdominales. Se realizan tomografía computarizada y resonancia magnética, con hallazgo de una lesión a nivel de la cabeza-proceso uncinate del páncreas, compatible con una neoplasia pseudopapilar sólida del páncreas. Se interviene realizando duodenopancreatectomía cefálica de Whipple, que transcurre sin incidencias. Tras 18 meses de seguimiento, persiste libre de enfermedad. Cabe destacar la importancia de las imágenes previas a la planificación terapéutica, por la proximidad de la tumoración al tronco celíaco en la salida de la arteria hepática.*

**Palabras clave:** Neoplasia. Pseudopapilar. Páncreas.

### Abstract

*In the context of cystic lesions of the pancreas and their paucisymptomatic symptoms, we present the case of a 33-year-old woman with epigastric pain and nonspecific abdominal discomfort. Computed tomography and magnetic resonance imaging were performed, with the finding of a lesion at the level of the head-uncinate process of the pancreas, compatible with a solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas. The procedure was performed with a cephalic pancreaticoduodenectomy of Whipple, without incident. After 18 months of follow-up, the disease remains free. It is worth highlighting the importance of images prior to therapeutic planning, due to the proximity of the tumor to the celiac artery in the hepatic artery's origin.*

**Keywords:** Neoplasia. Pseudopapillary. Pancreas.

#### \*Correspondencia:

Inés Cañas-García

E-mail: inescanagarcia@gmail.com

Fecha de recepción: 23-09-2021

Fecha de aceptación: 07-01-2022

DOI: 10.24875/CIRU.21000735

Cir Cir. 2024;92(5):665-667

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

0009-7411/© 2022 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

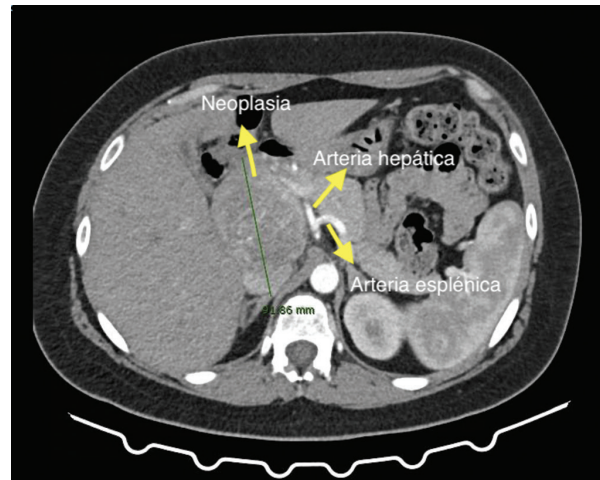
Se presenta el caso de una mujer de 33 años con dolor abdominal inespecífico, en la cual los hallazgos radiológicos muestran una tumoración quística del páncreas. Las pruebas complementarias apuntan a una neoplasia sólida pseudopapilar del páncreas. Se trata de una lesión frecuentemente asociada a mujeres jóvenes, de localización preferente en el cuello y la cola pancreáticas, de carácter premaligno, con capacidad para metastatizar hasta en un 15% de los casos<sup>1,2</sup>, por lo que un diagnóstico diferencial adecuado es de vital importancia para planificar el tratamiento. La particularidad del caso radica en la infrecuente localización de la lesión en la cabeza del páncreas, así como su relación con las estructuras circundantes (arteria hepática en su salida del tronco celíaco y ampolla de Vater), que determinó la realización de una cirugía agresiva con duodenopancreatectomía cefálica de Whipple.

## Caso clínico

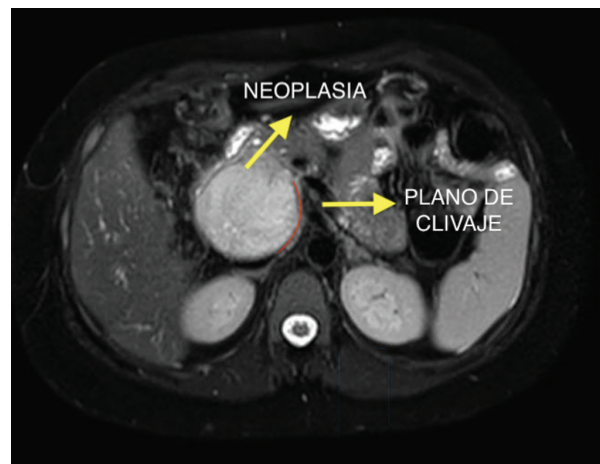
Mujer de 33 años sin antecedentes, estudiada por epigastralgia, diarreas, saciedad precoz y distensión abdominal. Se realiza una analítica que reporta marcadores tumores normales. La tomografía computarizada (TC) (Fig. 1) multifásica con contraste y la resonancia magnética (RM) (Fig. 2) evidencian una lesión a nivel de la cabeza-proceso uncinado del páncreas, hipointensa en T1 e hipertensa en T2, de diámetro mayor de 92 mm, sin asociar dilatación de la vía biliar, atrofia distal glandular ni lesiones a distancia. Se sospecha una neoplasia pseudopapilar sólida del páncreas. Es intervenida quirúrgicamente y se evidencia una gran tumoración, cuya enucleación se desestimó por afectación de la papila duodenal, llevándose a cabo una duodenopancreatectomía cefálica de Whipple (Fig. 3). El estudio anatomopatológico confirmó la resección con márgenes sin invasión ganglionar, vascular ni perineural. La paciente completó el posoperatorio sin incidencias y fue dada de alta al noveno día. Tras 18 meses de seguimiento, persiste libre de enfermedad.

## Discusión

Distinguir las características clínicas y radiológicas de las neoplasias quísticas del páncreas es fundamental para el diagnóstico diferencial, y puede ayudarnos a adoptar la mejor actitud terapéutica. La incidencia de neoplasias quísticas del páncreas ha aumentado



**Figura 1.** Se aprecia una masa de 92 mm de diámetro anteroposterior, dependiente de la cabeza pancreática, adyacente al tronco celíaco y la arteria hepática, que rodea sin infiltrar.



**Figura 2.** Resonancia magnética en fase T2 que muestra una masa hiperintensa rodeada de pseudocápsula con plano de separación con las estructuras adyacentes.

debido al incremento en la realización de pruebas de imagen por otros motivos, pudiendo alcanzar una incidencia del 8% en la población<sup>1</sup>. El diagnóstico diferencial puede tener implicaciones terapéuticas importantes: la anamnesis, valorar la ingesta enólica, la presencia de coleditiasis, los antecedentes de traumatismos abdominales y, sobre todo, la pancreatitis aguda o crónica, son elementos cruciales para sospechar o no neoplasias malignas<sup>2,3</sup>. La TC con contraste intravenoso y la RM con secuencias de colangiopancreatografía son las pruebas de imagen ideales para valorar las características del conducto pancreático, la presencia o no de atrofia glandular y la posible afectación de la

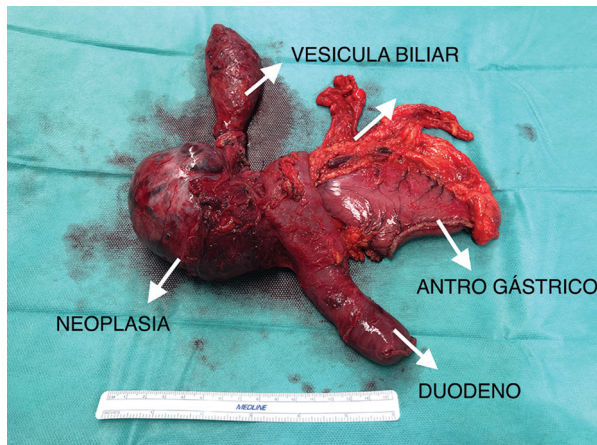


Figura 3. Pieza quirúrgica. Duodenopancreatectomía cefálica.

vía biliar, y para la mejor caracterización de las lesiones quísticas<sup>4</sup>. El papel de la ecoendoscopia digestiva radica en la detección de pequeñas lesiones periamplares y pancreáticas con mayor sensibilidad que otras pruebas anteriores. Además, puede valorar las relaciones anatómicas que circundan la lesión. También permite tomar muestras para el estudio anatómico-patológico y la determinación de marcadores, como el antígeno carcinoembrionario o la amilasa<sup>5</sup>.

La neoplasia sólida pseudopapilar del páncreas afecta preferentemente a mujeres jóvenes. Alcanza una incidencia del 2% según algunas series. En general es asintomática y se detecta por síntomas relacionados con la compresión de órganos vecinos. Suele localizarse en el cuerpo-cola del páncreas<sup>6,7</sup>. Tiene una apariencia típica en las pruebas de imagen (TC y RM); en la RM en fase T2 se muestra como una masa hiperintensa rodeada de una pseudocápsula.

Presenta un crecimiento expansivo, aunque raramente infiltrante. Se la considera *borderline* por su potencial para metastatizar<sup>8</sup>. A pesar de ello, tiene muy buen pronóstico si se resecta en estadios precoces. Por lo tanto, está asentada la indicación de resección quirúrgica una vez establecido el diagnóstico de sospecha, sobre todo en lesiones mayores de 5 cm o cercanas a la zona de la cabeza y el proceso uncinado pancreáticos<sup>9</sup>. Son factores de mal pronóstico la invasión perineural, la invasión vascular y la presencia de metástasis ganglionares o extrapancreáticas (generalmente hepáticas).

## Conclusión

La particularidad de este caso radica en la localización de la lesión en la cabeza pancreática y la

proximidad a estructuras vasculares y a la papila duodenal, que impidieron una resección conservadora, teniéndose que llevar a cabo una cirugía agresiva para la escisión total de la lesión.

## Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la elaboración de este artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## Bibliografía

1. Yamaue H, Tanimura H, Shono Y, Onishi H, Tani M, Yamoto H, et al. Solid and cystic tumor of the pancreas: clinicopathologic and genetic studies of four cases. *Int J Pancreatol*. 2000;27:69-76.
2. Salinas W, Marani M, Reimondez S, Alcaraz A, Signorini F, Maraschio M, et al. Solid pseudopapilar neoplasm of the pancreas. *Cir Cir*. 2021;89:263-8.
3. Charville GW, Kao CS. Serous neoplasms of the pancreas. *Arch Pathol Lab Med*. 2018;142:1134-40.
4. Llatas J, Palomino A, Frisancho O. Tumor de Frantz: neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas. *Rev Gastroenterol Peru*. 2011;31:56-60.
5. Fong ZV, Ferrone CR, Lillemo D, Fernández del Castillo C. Intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. Current state of the art and ongoing controversies. *Ann Surg*. 2016;263:908-17.
6. Frago R, Fabregat J, Jorba R, García-Borobia F, Altet J, Serrano MT, et al. Solid pseudopapillary tumors of the pancreas: diagnosis and curative treatment. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98:809-16.
7. Cienfuegos JA, Rotellar F, Ruiz-Canela M. Neuroendocrine tumors of the pancreas: keys issues in dealing with heterogeneity. *Rev Esp Enferm Dig*. 2017;109:672.
8. Jorba R, Fabregat J, Borobia FG, Busquets J, Ramos E, Torras J, et al. Neoplasias quísticas del páncreas. Manejo diagnóstico y terapéutico. *Cir Esp*. 2008;84:296-306.
9. Busquets J, Fabregat J, Jorba R, Borobia FG, Valls C, Serrano T, et al. Indicaciones y resultados de la cirugía conservadora en las lesiones localizadas en la cabeza pancreática. *Cir Esp*. 2007;82:105-11.