



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TÍTULO

“EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN EL MANEJO DE TUMORES SOLIDOS  
PSEUDOPAPILARES DE PANCREAS EN CINCO AÑOS DEL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI”

FOLIO: F-2012-3601-05

TESIS QUE PRESENTA  
DR. ALEXANDER EDDO GARCIA ROMERO  
PARA OBTENER EL DIPLOMA  
EN LA ESPECIALIDAD EN  
CIRUGIA GENERAL

ASESOR: DR. TEODORO ROMERO HERNANDEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



---

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2012

DOCTORA  
DIANA G. MENEZ DIA  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR  
ROBERTO BLANCO BENAVIDES  
JEFE DEL SERVICIO GASTROCIRUGÍA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR  
TEODORO ROMERO HERNANDEZ  
CIRUJANO GENERAL  
PROFESOR AYUDANTE EN EL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



**IMSS**

## REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

<b>Delegación</b>	SUR DF	<b>Unidad de Adscripción</b>	UMAE ESPECIALIDADES BERNANRDO SEPULVEDA
<b>Autor</b>	_____		
<b>Apellido Paterno</b>	GARCIA	<b>Materno</b>	<b>ROMERO</b>
<b>Matrícula</b>	EXTRANJERO	<b>Especialidad</b>	CIRUGIA GENERAL
<b>Asesor</b>	_____		
<b>Apellido Paterno</b>	ROMERO	<b>Materno</b>	<b>HERNANDEZ</b>
<b>Matrícula</b>	8582181	<b>Especialidad</b>	CIRUGIA GENERAL
<b>Nombre</b>	ALEXANDER EDDO		
<b>Nombre</b>	TEODORO		
<b>Fecha Grad.</b>	29/02/2012	<b>No. de Registro</b>	_____

### Título de la tesis:

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE TUMORES SOLIDOS PSEUDOPAPILAR DE PANCREAS DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL DE CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLLO XXI "ESPECIALIDADES BERNARDO SEPULVEDA".

### Resumen:

La Neoplasia Solido Pseudopapilar fue descrita por primera vez por Frantz el año de 1952 reportándose hasta la fecha mas de 700 casos, determinada su nomenclatura desde el año de 1996 por la OMS con una incidencia de 0.13 % a 2,7 % (1,3,8,7), representando el 5 % (1) de los tumores quísticos del páncreas, afectando con mayor frecuencia a niños y con mas tendencia a personas jóvenes del sexo femenino que los hombres de 9:1 (1,8). Encontrando tumores de hasta 14 cm reportados en la literatura en adultos, el tratamiento es sin duda quirúrgico ofreciendo en un 95 % (1) la cura y con un cuadro de 10 % a 11 % de metástasis (2,8) durante la cirugía, recomendándose aun así la resección del tumor y la metastasectomia ya que se aprecio mejor respuesta en tiempo y calidad de vida, Donde se presenta en este articulo 3 casos clínicos de tumores gigantes pseudopapliar de páncreas mayores de 14 cm para presentar nuestra experiencia el diagnostico, evolución y manejo de los mismo con sus complicaciones.

### Palabras Clave:

1) PSEUDOPAPILAR 2) FRANTZ 3) METASTASECTOMIA

4) SOLIDO 5) INHUMOHISTOQUIMICA Pags. 33 Ilus.14

( Anotar el número real de páginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portada )

( Para ser llenado por el jefe de Educación e Investigación Médica )

Tipo de Investigación: \_\_\_\_\_

Tipo de Diseño: \_\_\_\_\_

Tipo de Estudio: \_\_\_\_\_

## ÍNDICE

RESUMEN	6
MATERIAL Y MÉTODOS	7
INTRODUCCIÓN	12
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES	22
ANEXOS	23
BIBLIOGRAFÍA	32

1.Datos del alumno (Autor)	1.Datos del alumno
Apellido Paterno	García
Apellido Materno	Romero
Nombres	Alexander Eddo
Teléfono	01 (55) 52642200
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Médico Cirujano Especialista en Cirugía General
No. De cuenta	9902111-3
2.Datos del asesor	2.Datos del asesor
Apellido paterno	Romero
Apellido Materno	Hernández
Nombres	Teodoro
3.Datos de la tesis	3.Datos de la tesis
Título	Experiencia en el Manejo de Tumores Solido Pseudopapilares de 5 Años en el servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional SXXI.  <u><i>F-2012-3601-05</i></u>
No. de páginas/Año	34/2012

## RESUMEN

La Neoplasia Solida Pseudopapilar fue descrita por primera vez por Frantz el año de 1952 reportándose hasta la fecha más de 700 casos, determinada su nomenclatura desde el año de 1996 por la OMS, con una incidencia de 0.13 % a 2,7 %, representando el 5 % de los tumores quísticos del páncreas, afectando con mayor frecuencia a niños y con mas tendencia a personas jóvenes del sexo femenino que los hombres de 9 a 1. Se encontraron tumores de hasta 14 cm reportados en la literatura en adultos, el tratamiento es sin duda quirúrgico ofreciendo en un 95 % la cura y con un cuadro de 10 % a 11 % de metástasis apreciados con estudios previos y durante la cirugía, recomendándose aun así la resección del tumor y la metastasectomia ya que se aprecio una mejor respuesta en tiempo y calidad de vida, Los objetivos del presente estudio son evaluar y describir los resultados obtenidos en el manejo de esta patología poco frecuente tomando en cuenta, la edad, sexo, sintomatología, diagnostico localización, cirugía realizada, complicaciones, tiempo de estancia hospitalaria y su mortalidad en nuestro Hospital . Se efectuó un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo en 5 pacientes adultos operados en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI del 1º enero del 2007 al 1º de enero del 2012. El 70% de los pacientes perteneció al sexo femenino y la edad media fue de 53,5 años. Pacientes con masa abdominal palpable y La poca tolerancia a la vía oral fueron las manifestaciones clínicas y entidades asociadas con mayor frecuencia a esta enfermedad quística de páncreas. La TAC y la RNM mostraron sensibilidad y especificidad además de aportar valor predictivo y diagnostico. El abordaje quirúrgico logro ser resecable y curativa a pesar del tamaño y la localización.

1.- Datos del Alumno:

Dr. Alexander Eddo García Romero

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Cirugía General

2.- Datos de los Asesores:

Dr. Teodoro Romero Hernández

3.- Datos de la Tesis

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN EL MANEJO DE TUMORES SOLIDOS  
PSEUDOPAPILARES DE PANCREAS EN CINCO AÑOS DEL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

2012

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los tumores sólidos pseudopapilares son dentro de los tumores quísticos de páncreas muy poco frecuentes con una incidencia de 0,13 a 2,7% reportada a nivel mundial, nuestro estudio presenta 5 casos encontrados en nuestra unidad durante cinco años y lo que se desea demostrara es la experiencia obtenida hasta el momento con el manejo realizado así como los resultados obtenidos.



## OBJETIVO GENERAL

Experiencia obtenida durante cinco años con las variables más relevantes y resultados para una mejora en el manejo o reforzar el ya establecido para el manejo de esta patología.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Relación de los tumores pseudopapilares de páncreas por edad, sexo y grupo atareo.
2. Relacionar el método diagnóstico, el tamaño tumoral así como su localización.
3. Relacionar las complicaciones durante los primeros 30 días post operatorios, morbilidad y mortalidad en el manejo quirúrgico de los pacientes con esta patología.

## JUSTIFICACIÓN

Estos tumores son muy poco frecuentes con pocos casos reportados en nuestra unidad así como en la literatura y decidimos realizar este estudio al presentar durante los últimos años un aumento de estos casos y poder exponer nuestra experiencia y que sirva como un medio para poder valorar el manejo de estos pacientes a pesar del tamaño de estos tumores, su localización y la resecabilidad de los mismos y compartir los resultados obtenidos.

## MATERIAL Y METODOS

### DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio clínico, retrospectivo y observacional

### POBLACION DE ESTUDIO

Todos los pacientes con diagnóstico de tumores sólidos pseudopapilares de páncreas diagnosticado por histología en un periodo determinado entre el 1° de Enero de 2007 al 31

de enero del 2012.

#### AREA DE ESTUDIO

Departamento de Gastrocirugía y Archivo en el Centro Medico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

#### FUENTE DE DATOS

La información de obtuvo de a través de los registros en el departamento de Archivo en el Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda del Centro Médico Nacional Siglo XXI con diagnóstico de tumores sólidos pseudopapilares de páncreas, en el periodo de estudio determinado, llenado de cada paciente una ficha de recolección de datos.

#### CALCULO DE LA MUESTRA

Serie de casos consecutivos.

#### CRITERIOS DE INCLUSION

1. Grupo de estudio con identificación histopatológica de tumores pseudopapilares de páncreas del 1 de enero del 2007 al 1 de Enero del 2012.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes que histológicamente corresponde a otra variedad de tumores quísticos de páncreas.
2. Pacientes operados fuera de nuestra unidad.

## VARIABLES

### **a. Independientes:**

Edad.

Sexo.

Diagnostico

Tratamiento quirúrgico.

Malignidad

Metástasis

Mortalidad.

### **b. Dependientes:**

Complicaciones.

Tamaño de Neoplasia.

Días de estancia hospitalaria

## ANALISIS ESTADISTICO

Para el análisis simple de los datos se utilizan medidas de tendencia central y dispersión.

Para el manejo de los datos se utilizara el programa estadístico SPSS (versión 17.0).

## ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se apega a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación en seres humanos, a la declaración de Helsinki de 1975 modificada en Tokio en 1984, y de acuerdo a los criterios de Núremberg. La investigación de adhiere a las normas del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia a la investigación científica. El estudio no atenta contra la integridad física, mental o moral de

los participantes y procede de acuerdo a las normas nacionales e internacionales en materia de investigación biomédica ética en seres humanos.

## RECURSOS

El estudio se realizara en pacientes del servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda del Centro Médico Nacional Siglo XXI que cumplan los criterios de inclusión y exclusión que sean aceptadas en el servicio.

## FACTIBILIDAD

La realización del presente estudio de investigación es factible. No existe problema para reclutar a los pacientes, por la frecuencia en un centro de concentración se presenta la experiencia del manejo de tumores sólidos pseudopapilares de páncreas en nuestra unidad. Con un diagnostico definitivo confirmado por patología, las muestras serán procesadas en el laboratorio del hospital, para lo cual se usaran los recursos propios del hospital, el resto del material como impresión de hojas, y material adicional correrá a cargo del investigador

## INTRODUCCIÓN

La Neoplasia Solida Pseudopapilar fue descrita por primera vez por Frantz el año de 1952 reportándose hasta la fecha mas de 700 casos, determinada su nomenclatura desde el año de 1996 por la OMS, antes conocido como solido quístico papilar, neoplasia epitelial papilar, neoplasia quística del epitelio, tumoración solida quística, es un tumor que tiene una incidencia de 0.13 % a 2,7 % (1,3,8,7), representando el 5 % (1) de los tumores quísticos del páncreas, afectando con mas tendencia a niños y a personas jóvenes, pero reportando la literatura desde los 2 a 85 años de edad con una tendencia mas del sexo femenino que los hombres de 9 al (1,8). Este tumor tiene una tendencia genética y hormonal con estudios que demuestran una relación con el gen APC por acumulación intracelular de la proteína B catenina (4).

Clínicamente se reportan un 9 % a 15,5 % (1,2) de pacientes asintomáticos (8), con dolor abdominal fue superior mas del 46,5 % al 84 % (1,2), de masa o tumor palpable del 34,8 %, vomito y nauseas del 19 %. Encontrando tumores reportados de hasta 14 cm en la literatura en adultos y en niños de 8 cm promedio. El diagnostico por imagen se inicia con USG, USG endoscópico, TAC y RNM, siendo estos últimos los cuales no orientaran a un diagnostico sugestivo de esta patología por los rasgos tomográficos de calcificaciones heterogeneidad en su interior de componentes solido y quístico del que venía su nombre así como de una hipervascularidad y de informarnos de la enfermedad avanzada con metástasis o hasta la vigilancia postoperatoria de la recurrencia reportada hasta en 20 años dada por el crecimiento lento de esta enfermedad, referente a la biopsia PAAF solo fue concluyente en un 62 % donde pudiera ser uno de los medios diagnósticos exactos de esta enfermedad al aportar con le mismo el estirpe histológico, pero actualmente no se desea

como parte de un protocolo ya quede primera intención y por el procedimiento quirúrgico inevitable de esta patología se puede omitir el mismo, el tratamiento es sin duda quirúrgico ofreciendo en un 95 % (1) la cura, aunque se reporta vigilancia hasta en tumores de 4 cm de diámetro pero como comentamos la reseccabilidad oportuna y al diagnóstico puede disminuir la morbilidad, dentro de estos tumores se pudo observar que en un 39 % se localizaban en cabeza de páncreas y más frecuente esta localización en menores de edad, en el cuerpo de páncreas 19 % a 62 %, cola de páncreas 39 % a 69,4 %, cabeza y cola de páncreas 3% (2,5), el procedimiento laparoscópico se reporta en un estudio comparativo de 159 cirugías, 59 laparoscópicas con conversión de 50 % para los tumores sólidos y 35 % para los quísticos, reseccando un 56 % de los quísticos y 36 % de los sólidos pero aun así en tumores muy grandes la movilización y la ruptura de los quísticos son contratiempos que pueden ocurrir y se debe tomar en cuenta (11). Las complicaciones de la cirugía se presentaron en un 30,6 %, fistula pancreática en un 20 %, vaciamiento gástrico de un 10%, pancreatitis de un 10% (2) con una estancia promedio de 9 días.

En patología se pudo apreciar un 10 % a 15 % de malignidad (1,6) con un cuadro de 10 % a 11 % de metástasis (2,8). Lesiones del hígado metastásico puede ser múltiples, pero son generalmente solitarias y existen raros casos de metástasis en ganglios linfáticos y peritoneo, pero a pesar de esto se apreció un buen pronóstico después de la resección quirúrgica del tumor primario, incluso en la presencia de metástasis residuales, La quimioterapia indicada y según revisiones la ciclofosfamida, cisplatino y doxirubicina no obtuvo los resultados deseados (5). Hemos observado que las características histomorfológicas de este tumor son el diagnóstico más característico y diferencial a través de técnicas de inmunohistoquímica. Aunque las características capsulares, invasión

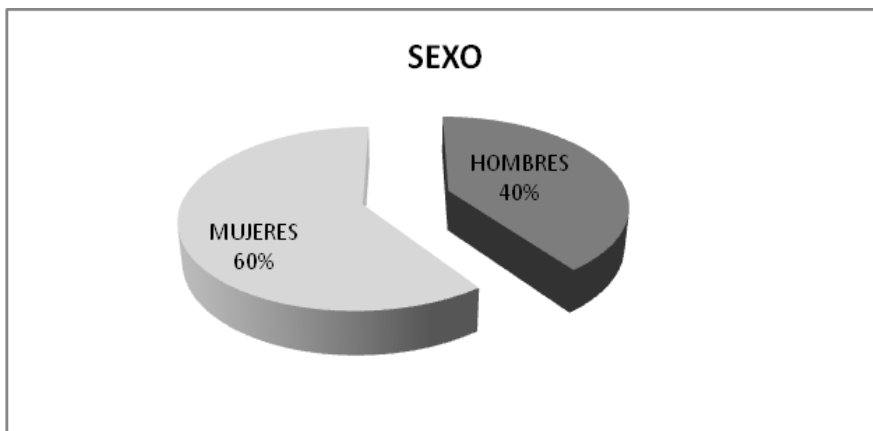
vascular, la vaina del nervio, pleomorfismo nuclear, y la importancia de actividad mitótica puede sugerir un comportamiento agresivo, la prolongada historia natural y la relativa rareza de los tumores hacen que sea difícil establecer criterios histopatológico predictivos de potencial agresivo. Sólo la metástasis a distancia puede ser aceptada como un criterio de malignidad. Creemos que comentando sobre la presencia o ausencia de invasión capsular es bastante difícil y un criterio subjetivo, en algunas zonas se carece de una cápsula por la hemorragia, degeneración quística, islas celulares y la existencia de zonas recurrentes de la fibrosis y la hemorragia. Por tanto, creemos que la definición de invasión capsular como un criterio de malignidad no parece significativa. La invasión local, metástasis a distancia y la recurrencia son muy raros. La tasa de notificación de metástasis es del 10 al 11% como ya habíamos mencionado y la recurrencia del 2,6%. El diagnóstico diferencial incluye adenocarcinoma ductal, los tumores neuroendocrinos y pseudoquistes del páncreas, el muestreo insuficiente del del tumor y la ausencia de hallazgos clínicos la escisión quirúrgica es el diagnóstico curativo, diferencial de adenocarcinoma ductal y tumor neuroendocrino (2, 6, 8). Las características macroscópicas y microscópicas del tumor solido pseudopapilar de páncreas con el adenocarcinomas ductal se ve sobre todo en hombres de edad avanzada. Son mucho más pequeños y estructuras ductales y glandulares están formando el tumor. Crecen en forma infiltrativa con circunscripción capsular. Los tumores neuroendocrinos generalmente se presentan con un patrón sólido o microacinar con áreas Hemorrágicas y pseudoquísticas. Los núcleos son pequeños, redondos y poseen estructura de la cromatina fina. La inmunohistoquímica se utilizan anticuerpos disponibles como: vimentina, alfa-1-

antitripsina, enolasa neuronal específica, cromogranina, alfa-1-antiquimotripsina, sinaptofisina, CD10, CD56, CK20, S-100, CEA, ER y PR.

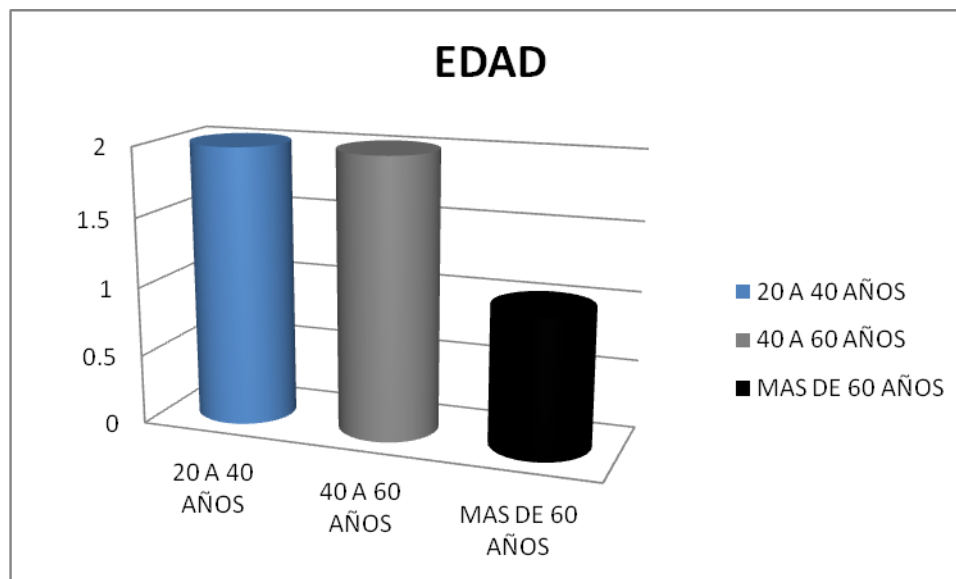


## RESULTADOS

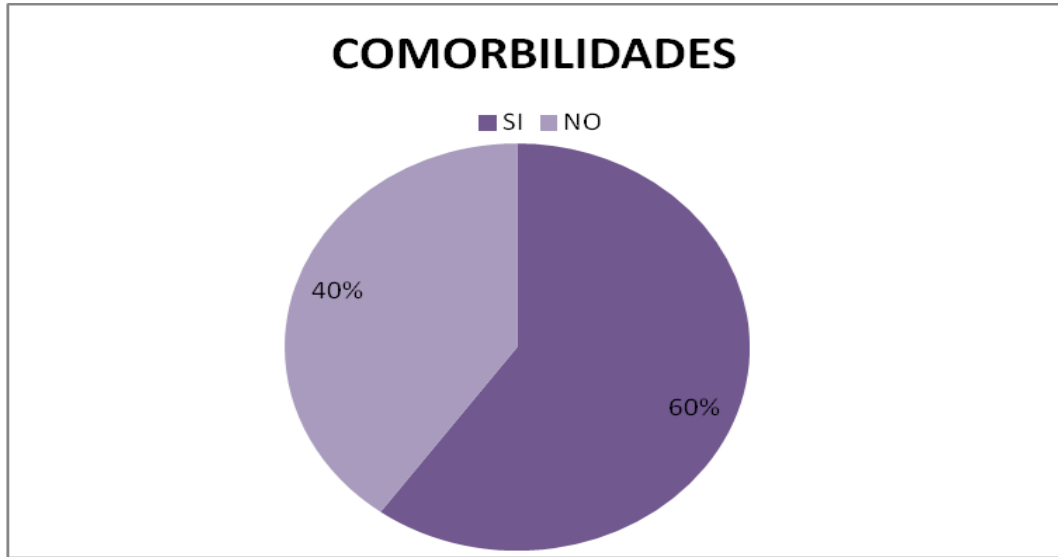
Se analizaron 5 pacientes de los cuales 3 correspondieron al género femenino (60%) y 2 al masculino (40%).



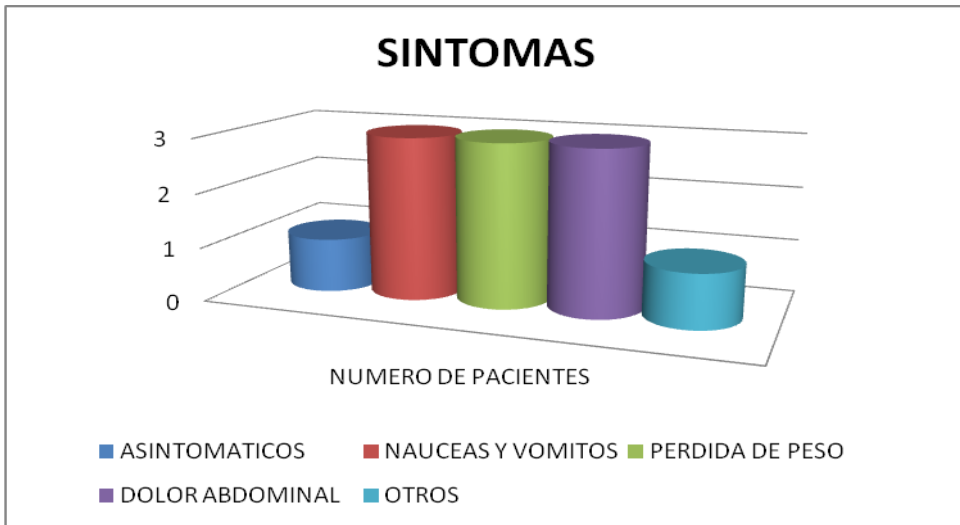
El rango de edad fue de 25 a 83 años, promedio de 53.5 años.



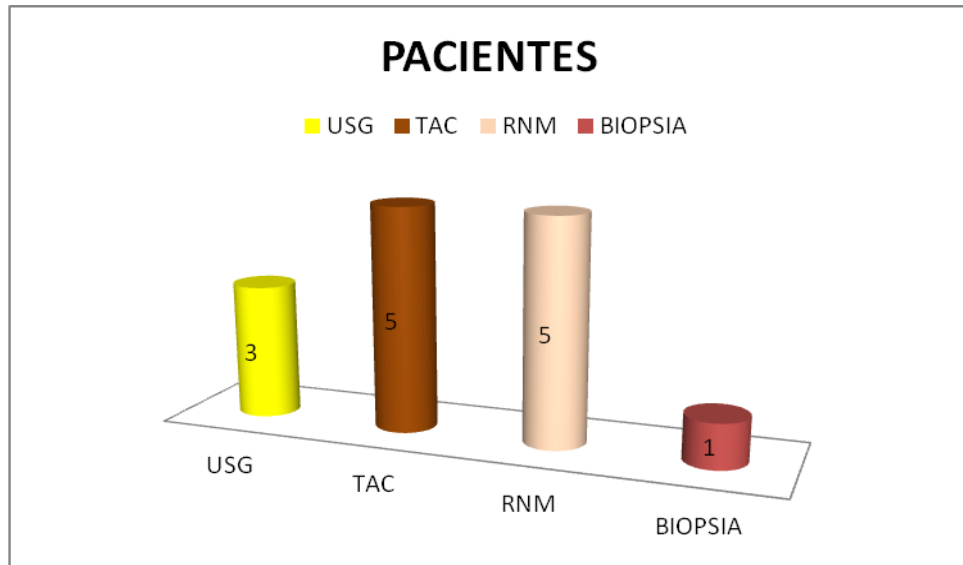
Hubo dos pacientes con comorbilidades, uno con Diabetes Mellitus tipo 2 e HAS y otra de panhipopituitarismo representando el 60%.



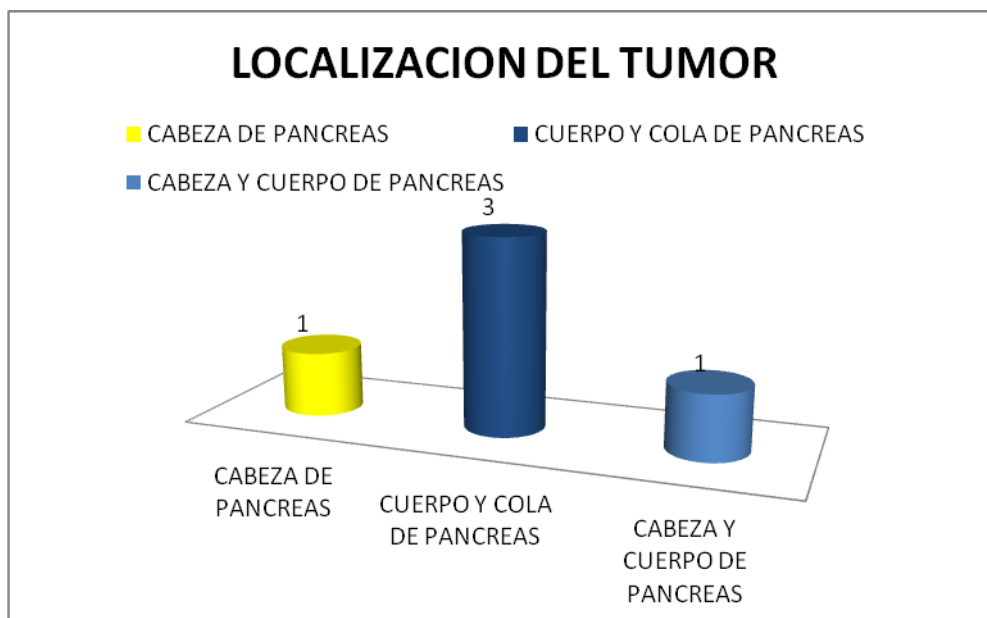
Se encontró que el 9% de los pacientes fueron asintomáticos al momento del diagnóstico. La manifestación clínica más frecuente fue náuseas y vómitos (28%), se encontraron con pérdida de peso, dolor abdominal en un 27% y con un 9% en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto por hipertensión portal por compresión tumoral.



La tomografía se realizó en 5 pacientes al igual que la RNM con un resultado de 100% de los pacientes que se realizó y aportó en el diagnóstico de esta patología. Se realizó biopsia en solo 1 paciente con un 8% del total de estudios solicitados y con negatividad en su resultado por muestra insuficiente.

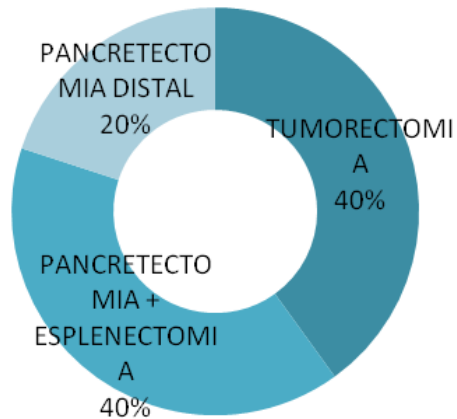


La localización del tumor en la glándula pancreática fue de un 60% en cuerpo y cola, 20% en cabeza y 20% en cuerpo de páncreas.



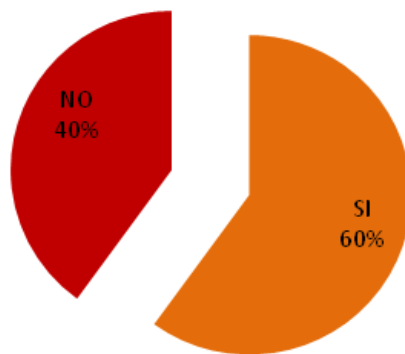
La cirugía realizada en estos pacientes fue en un 20% pancreatectomía distal en un 40% Tumorectomía y pancreatectomía distal mas esplenectomía en un 40%.

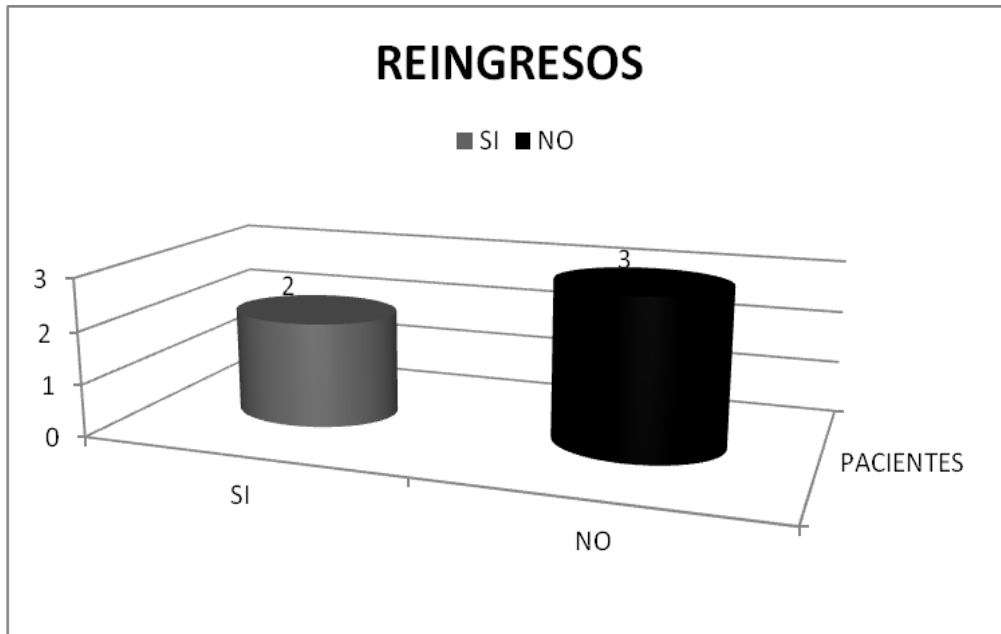
## CIRUGIA REALIZADA



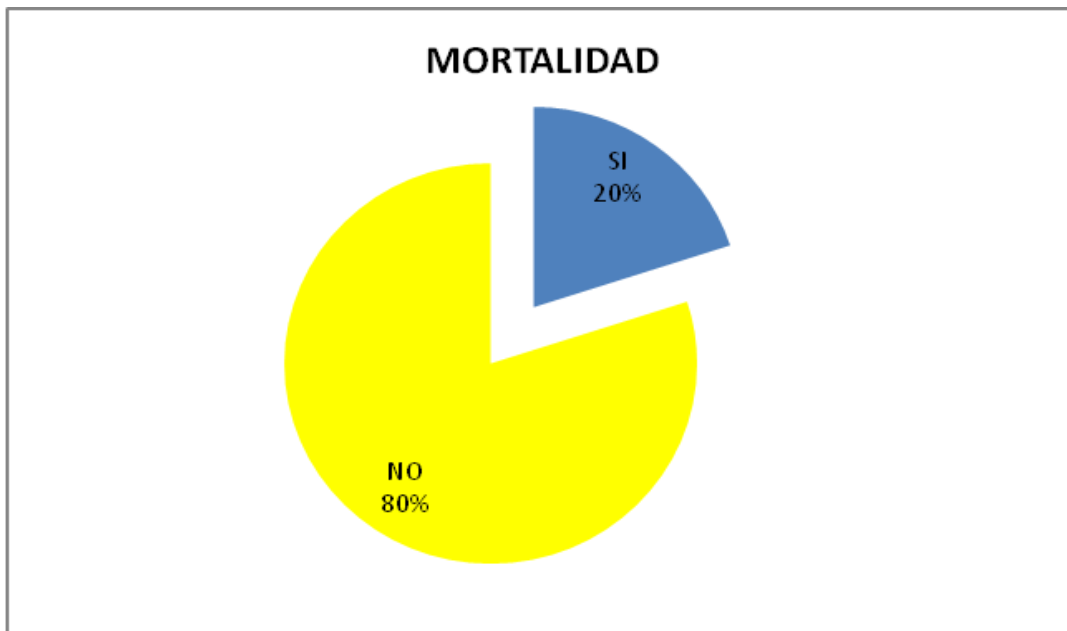
Hubo complicaciones en un 60% con Colecciones intra abdominales que amerito un reingreso reportado hasta en un 40% , asi como descontrol metabólico y agudización de una insuficiencia renal crónica que causo la muerte del paciente con vigilancia a 30 días del postoperatorio.

## COMPLICACIONES





La mortalidad reportada en este estudio fue de un 1 paciente que representa un 20%, No se reportaron metástasis durante la cirugía y en sin reporte final de histopatología.



## DISCUSIÓN

La Neoplasia Solida Pseudopapilar es una de las variedades de tumores quísticos muy poco frecuentes por ahí el deseo de querer presentar este trabajo, donde encontramos 5 casos en el archivo del hospital en 5 años, determinada su nomenclatura desde el año de 1996 por la OMS, un tumor que tiene una incidencia de 0.13 % a 2,7 % representando el 5 % de los tumores quísticos del páncreas, afectando en nuestro estudio a paciente de entre 25 a 83 años con mayor tendencia a mujeres en un 60%.

El cuadro clínico se reporto un 9 % de pacientes asintomáticos, con dolor abdominal y tumor palpable fue de 27%, vomito y nauseas del 27 %. En nuestro estudio se aprecia tamaño tumoral hasta de 30 a 40 cm, con localización de tumor en cuerpo y cola hasta en un 60%, además en 20% en cabeza y cuerpo solamente el diagnostico y pronostico se realizo con la TAC y RNM , la biopsia PAAF no fue concluyente en este estudio realizado solo en un paciente que representa el 8% de todos los estudios realizados, el tratamiento es sin duda quirúrgico ofreciendo en un 100% % la cura, con un 40% de pacientes con resección de pancretectomia distal y esplenectomía, 40% de tumorectomia y solo 20% de pancretectomia distal, sin complicaciones transoperatorias, los pacientes presentaban comorbilidades en un 40% y con una defunción secundario a una agudización de patología crónica postoperatoria el cual genero descompensación y defunción del mismo. No se reporto en este estudio malignización ni metástasis por estudios transoperatorios y ni en el definitivo, presentando una estancia promedio de 9 días y con 2 reingresos por colecciones e IRA. No se realizo ningún estudio de inmunohistoquímica por patología.

## CONCLUSIONES.

Durante nuestra experiencia y la evolución de estos pacientes que se maneja en Centro Medico Nacional Siglo XXI pudimos apreciar una excelente evolución y pronostico siendo los tumores reportados en esta tesis de tamaños hasta mas grandes que los reportados en la literatura y generando hasta hipertensión portal en uno de los casos por la misma compresión del tamaño tumoral, estamos seguros que el tratamiento quirúrgico es la mejor alternativa para el manejo y curación de estos pacientes, dando una buena sobrevida a los pacientes con ningún caso de metástasis a pesar del tamaño por la tendencia baja de malignización y crecimiento lento del tumor, existen actualmente artículos que mencionan la vigilancia y monitorización de tumores hasta de 4 cm, pero consideramos que si la evolución es con tendencia baja pero presente de la malignización y crecimiento del tumor es inevitable, se valore de primera instancia el tratamiento quirúrgico lo mas antes posible y disminuir la morbimortalidad.

## ANEXOS

### CASO 1

Mujer de 34 años enviada a esta unidad, por presencia de dolor de 1 mes de evolución en epigastrio intermitente tipo urente con irradiación a hipocondrio izquierdo de predominio nocturno, se agrego posteriormente saciedad temprana y plenitud postprandial, detectándose aumento de volumen en región epigástrica. En la exploración física con tumor palpable en epigastrio e hipocondrio izquierdo de 15 cm, solido, móvil, no doloroso a la palpación. Los exámenes de laboratorio demostraron niveles normales de enzimas pancreáticas y de función hepática. Los marcadores tumorales tales como Antígeno carcinoembrionario (ACE), Antígeno carbohidrato 19-9 ( Ca 19-9), antígeno carbohidrato 125 ( CA 125), dentro de parámetros normales. Tomografía contrastada (TAC), imagen hiperdensa, heterogénea, lobulada de 124 x 137 mm localizada en cuerpo y cola de páncreas, el cual desplaza el estomago, duodeno, cerca de vena renal sin invadirla (Figura1).



**Figura 1.- Tomografía axial computarizada se demuestra un tumor heterogéneo, lobulado, bien delimitado, multilobulado, bien delimitado cerca de cuerpo y cola de páncreas**



Se sometió a paciente a laparotomía electiva se identifico un tumor bien circunscrito localizado en cuerpo y cola de páncreas de 25 x 35 cms. Se realizo resección en bloque del tumor, además de pancretectomia distal y esplenectomía. No se observo linfadenopatía regional durante la operación. La recuperación postoperatoria fue favorable dada de alta 12 días después de la cirugía.

Macroscópicamente tumor ovoide con peso de 1100 gramos, tamaño 16.5 x 13.5 x 5.5 cms, la superficie externa es café , rojiza. Al corte consistencia blanda y la superficie es homogénea, rojo vinosa, granular y opaca. Adyacente a la tumoración se identifica bazo que mide 12 x 3.5 x 2.5 cms y pesa 99 gramos (Figura 2).



**Figura 2.- Tumor solido-pseudopapilar de 16.5 cms de diámetro localizado en cuerpo y cola de páncreas. Bazo con congestión aguda**

## CASO 2

Masculino de 50 años de edad, con cuadro clínico de 8 días de evolución con presencia de cefalea holocraneal de tipo pulsátil de gran intensidad, parestesias en hemicuerpo izquierdo y disartria motivo de envió a esta unidad valorado por neurología con diagnóstico de hematoma frontoparietal derecho crónico se realizó craneotomía frontoparietal derecha, se detecta durante estancia intrahospitalaria tumor abdominal localizado en epigastrio que se extiende a hipogastrio, hipocondrio derecho e izquierdo de aproximadamente 30 x 20 cm de diámetro, fijo, no doloroso a la palpación. Estudios de laboratorios dentro de parámetros normales. Se tomó ultrasonido abdominal con presencia de tumor abdominal de 30 cms. aproximadamente con necrosis en su interior, se tomó Tomografía axial computarizada contrastada (TAC), imagen de aproximadamente 225.9 x 141.3 mm, bien delimitada, heterogénea, lobulada, de bordes bien circunscritos, localizada desde hipocondrio izquierdo hasta hueso pélvico. (figura 3).

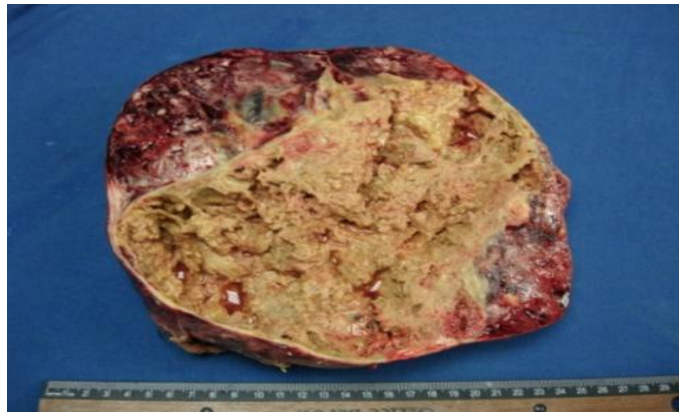


**Figura 3.- Tomografía axial computarizada contraste Intravenoso, imagen heterogénea, de bordes delimitados, lobulada en su interior de 225.9 mm x 141.3 mm la cual desplaza órganos abdominales.** Se realiza laparotomía encontrándose tumor retro peritoneal dependiente de páncreas se toma biopsia, presentando como complicación des pulimiento y hematoma de en ángulo

esplénico de colon que amerita resección intestinal y colo- colo anastomosis latero lateral, se revalora paciente decidiendo someterse a nueva Laparotomía exploradora identificando tumor abdominal retro peritoneal a expensas de cabeza de páncreas de 30 x 40 cms tomando vena esplénica y vena mesentérica inferior, hígado, bazo, estomago e intestino delgado. Fuga entérica a nivel de anastomosis 0.5 cms con material purulento en peritoneo. Se realiza resección de tumor abdominal en bloque, resección intestinal con colostomía terminal y cierre distal.

Paciente con buena evolución, dado de alta 25 días posterior a procedimiento quirúrgico. Seguido en la consulta externa, programándose restitución del transito intestinal un año después, con adecuada respuesta.

Macroscópicamente se observa tumor ovoide de 25 x 23 x 15 cms, peso 5 200 grm de superficie heterogénea blando gris. Al corte se observa capsula fibrosa integra de 0.2 cms de espesor, el 60 % corresponde a tejido necrótico ( Figura 4)

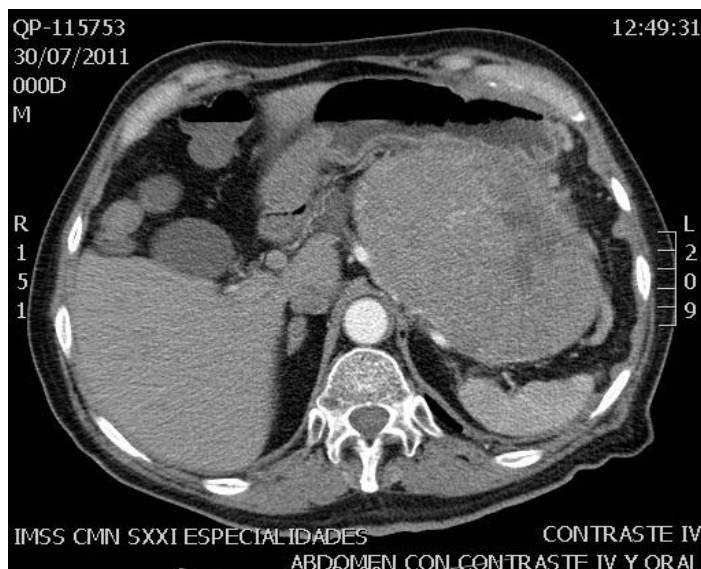


**Figura 4.- Capsula fibrosa, 60 % con presencia de necrosis, con zonas quísticas y hemorrágicas.**

### **CASO 3**

Se trata de paciente masculino de 83 años de edad asintomático, se realiza Ultrasonido abdominal (USG) encontrándose como hallazgos tumor pancreático, motivo por el cual es enviado a esta unidad para su protocolo y tratamiento. Se toman laboratorios dentro de

parámetros normales, Tomografía axial computarizada (TAC), tumor localizado en cuerpo y cola de páncreas , heterogéneo, de bordes bien definidos de 16 x 10 x 13 cms, con realce heterogéneo, con desplazamiento del Bazo y arteria esplénica e infiltración a la curvatura menor del estomago. Se programa para Laparotomía exploradora realizándose Pancreatectomía distal, como hallazgo transoperatorio tumor de aproximadamente 25 x 15 cm. dependiente de cuerpo y cola de páncreas, vena esplénica de 3.5 cm. **(Figura 5)**



**Figura 5.- Tomografía axial computarizada contrastada, se observa una imagen heterogénea, bien delimitada, adyacente a la arteria esplénica de 16 x 10 cm. adyacente a cuerpo y cola de páncreas**

Se encuentra paciente con buena evolución, egresado del hospital 9 días posterior a procedimiento quirúrgico. Paciente quien posterior a egreso, presenta insuficiencia renal aguda, con mala evolución con fallecimiento durante su hospitalización y manejo.

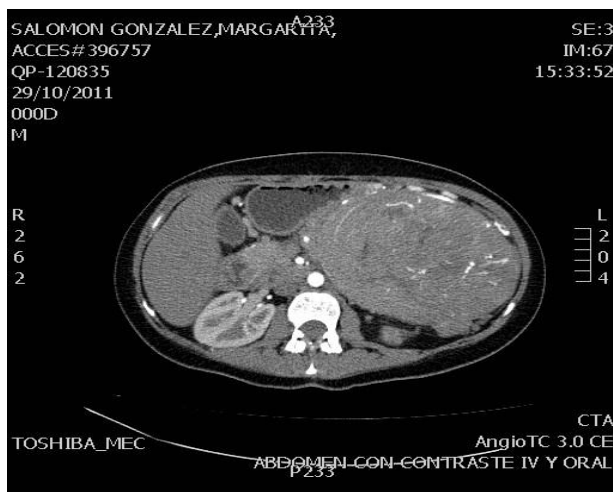
Macroscópicamente tumor papilar solido quístico de páncreas de 16 x 11 .5 cm., peso 1090 gr., congestión pasiva crónica del bazo. Al corte se identifica lesión neoplásica, encapsulada, solida con necrosis central (menos 10%), de características firmes, con focos de calcificación. ( Figura 6).



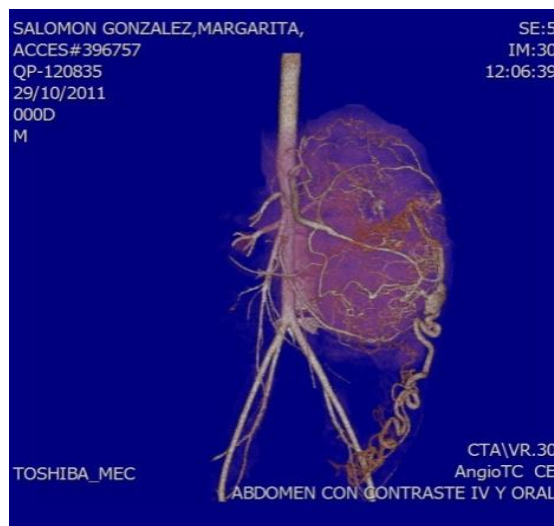
**Figura 6.- identifica lesión neoplásica, encapsulada, sólida con necrosis central (menos 10%), de características firmes, con focos de calcificación**

#### **CASO 4**

Se trata de paciente de sexo femenino de 25 años de edad que ingresa al servicio de gastroenterología con el Dx de STDA secundario a Hipertensión portal tras estudios de extensión con una tumoración de abdomen dependiente de cuerpo y cola de páncreas que se reporta e USG de 14 cm aproximadamente de diámetro con el antecedente de ser portador de pan hipopituitarismo donde se realiza una TAC (figura 7) que reporta tumor retro peritoneal de 20x15x13 con componente sólido y quístico en su interior y zonas de necrosis que desplaza bazo posterior y comprime curvatura gástrica mayor de manera cefálica al igual que una angiotomografía (figura 8) con mismo diagnóstico.



**Figura 7.- Tomografía axial computarizada contrastada, se observa una imagen heterogénea, de 20 x 14 cm dependiente de cuerpo y cola.**



**Figura 8.- Angiotomografía que reporta tumoración e hipertensión portal.**

Se solicita marcadores tumores los cuales salieron negativos y con probable tumor Pseudopapilar de páncreas se programa a paciente para cirugía la misma que se realiza sin eventualidades observándose una tumoración encapsulada heterogénea con contenido quístico y solido (figura 9), dependiente de cuerpo y cola de páncreas con datos de hipertensión portal en cavidad, realizando la resección del tumor con pancreatectomía distal y esplenectomía, enviando a patología el cual reporta tumoración de 20 x 14 cm, con 4000

grm con diagnostico de tumor pseudopapilar de páncreas presentando una adecuada evolución y siendo egresada al quinto día sin complicaciones.

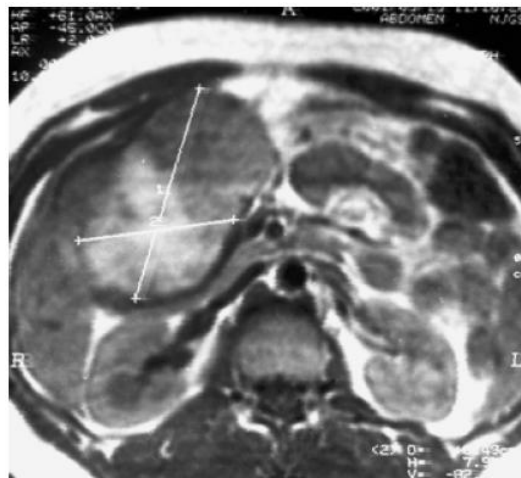


**Figura 9.- Capsula fibrosa, 40 % con presencia de necrosis, con zonas quísticas y solidas. Bazo y epiplón**

#### **CASO 5**

Mujer de 49 años de edad, sin antecedentes de importancia, que durante los últimos seis meses presento sensación de plenitud gástrica postprandial, náusea y vómitos de contenido gastroalimentario, dolor abdominal en epigastrio, urente de modera intensidad, sin irradiaciones, constante que acentuaba con la ingesta del alimentos, asociado a pérdida ponderal de 6 Kg en el mismo lapso de tiempo en exploración física observamos distensión abdominal moderada de dolor difuso a la palpación profunda en epigastrio sin evidenciarse tumor ni adenomegalias abdominales, sin datos de irritación peritoneal, como estudios diagnósticos se realiza pan endoscopia, la cual mostro compresión extrínseca de la primera y segunda porción el duodeno por este motivo se solicito Colangiopancreatografía retrograda endoscópica que evidencio tumor dependiente de la cabeza y cuerpo de páncreas sin alteraciones de la vía biliar y sin compromiso del conducto pancreático principal, la

tomografía demostró tumor en la cabeza y cuerpo del páncreas que mide 9,29 cm por 6,49 cm heterogéneo y se complementó el diagnóstico mediante RNM para establecer sus relaciones y vascularidad. Una vez establecido el diagnóstico se sometió a la laparotomía exploradora se encontró un tumor en la cabeza y cuerpo del páncreas de 10x 7 cm (figura 10), encapsulado sin presencia de adenomegalias regionales ni compromiso metastásico a hígado o tejidos adyacentes, fácilmente resecable, siendo técnicamente posible su resección completa, por lo que se decidió realizar tumorectomía en un lugar de procedimiento de Whipple se realizó anastomosis primaria del conducto de Wirsung el cual se encontraba discretamente dilatado con un diámetro de 5 mm se ferulizó la vía biliar con colocación de sonda en T en el conducto colédoco debido al tamaño de la lesión y su localización cercana al ampolla de Vater, además de la colocación de drenajes. La evolución fue favorable no presentó ninguna complicación y fue dada de alta a los 13 días después del procedimiento quirúrgico el análisis histopatológico confirmó tumor sólido pseudopapilar de bajo grado de malignidad no se realizaron estudios de inmunohistoquímica se mantuvo en vigilancia sin complicaciones.



**Figura 10.- resonancia magnetica que aprecia tumor en cabeza de pancreas de 14 cm con contenido heterogeneo.**



## **Bibliografía:**

1. Min-Chieh Shieh, Chi-Szu Liao\*, Solid Pseudopapillary Neoplasm of the Pancreas: Report of Two Cases and Review of the Literature, [Tzu Chi Med J 2009;21(1):81–84]
2. Sushanth Reddy, MD, John L Cameron, Surgical Management of Solid-Pseudopapillary Neoplasms of the Pancreas (Franz or Hamoudi Tumors): A Large Single-Institutional Series, J Am Coll Surg 2009;208:950–959.
3. Shaoqin Chena\*, Shengquan Zoub, The clinicopathological and immunohistochemical analysis of solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: report of 9 cases, Journal of Nanjing Medical University\_2007\_21(6):398-401
4. Kenji Notohara, Yoji Wani, Masayoshi Fujisawa, Solid pseudopapillary neoplasm: pathological diagnosis and distinction from other solid cellular tumours of the pancreas,
5. Seung Eun Lee, MD; Jin-Young Jang, Clinical Features and Outcome of Solid Pseudopapillary Neoplasm Differences Between Adults and Children, Arch Surg. 2008;143(12):1218-1221
6. Blas Gastón Vittore, Héctor Jorge Audisio, Eduardo Juan Labat, Tumor pseudopapilar sólido del páncreas. Reporte de un caso, RAR - Volumen 74 - Número 1 – 2010
7. M. P. Santero Ramírez, E. Gonzalvo, A. Martínez y F. J. del Río Marc, Tumor papilar sólido quístico de páncreas. Tres formas distintas de presentación, REV ESP ENFERM DIG (Madrid) Vol. 96, N.º 4, pp. 285-288, 2004
8. Drs. FRANCISCA GARCÍA-MORENO N.1, ADOLFO LÒPEZ B.1, Tumor epitelial sólido quístico papilar con diferenciación endocrina, una rara neoplasia pancreática Solid pseudopapillary tumour of páncreas, Rev. Chilena de Cirugía. Vol 60 - Nº 4, Agosto 2008
9. Michael P. Federle, MDa,\*, Kevin M. McGrath, MDb, Cystic Neoplasms of the Pancrea, Gastroenterol Clin N Am 36 (2007) 365–376

10. David A. Kooby, MDa,\* , Carrie K. Chu, MDb, Laparoscopic Management of Pancreatic Malignancies, *Surg Clin N Am* 90 (2010) 427–446.
11. Dres. F. Millan, G. Bellía Munzón, O. Panzuto, D. Giambin, iTumor papilar sólido quístico de páncreas: Presentación de un caso con metástasis hepáticas y revisión de la literatura, *Rev. Cir. Infantil* 14 (1, 2, 3, 4) 2004.
12. Jennifer E. Verbese, MDa,\* , J. Lawrence Munson, MDb, Pancreatic Cystic Neoplasms, *Surg Clin N Am* 90 (2010) 411–425.13. Juan A. Sanchez, MD; Kurt D. Newman, The Papillary-Cystic Neoplasm of the Pancreas, (*Arch Surg.* 1990;125:1502-1505).
14. Maureen Sheehan, MD; Carmen Latona, BS; Gerard Aranha, MD; Jack Pickleman, MD, The Increasing Problem of Unusual Pancreatic Tumors, *Arch Surg.* 2000;135:644-65.
15. J, Sempoux C. Solid and pseudopapillary tumor of the pancreas--review and new insights into pathogenesis. *Am J Surg Pathol* 2006; 30: 1243-1249
16. Sperti C, Berselli M, Pasquali C, Pastorelli D, Pedrazzoli S. Aggressive behaviour of solid-pseudopapillary tumor of the pancreas in adults: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterology* 2008; 14: 960-965
17. Yu CC, Tseng JH, Yeh CN, Hwang TL, Jan YY. Clinic pathological study of solid and pseudopapillary tumor of pancreas: emphasis on magnetic resonance imaging findings. *World J Gastroenterology* 2007; 13: 1811-1815
18. Yang F, Jin C, Long J, Yu XJ, Xu J, Di Y, Li J, Fu de L, Ni QX. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: a case series of 26 consecutive patients. *Am J Surg* 2009; 198: 210-215

19. Sun GQ, Chen CQ, Yao JY, Shi HP, He YL, Zhan WH. Diagnosis and treatment of solid pseudopapillary tumor of pancreas: a report of 8 cases with review of domestic literature. *Zhonghua Putong Waike Zazhi* 2008; 17: 902-907
20. Yu PF, Hu ZH, Wang XB, Guo JM, Cheng XD, Zhang YL, Xu Q. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: A review of 553 cases in the Chinese literature. *World J Gastroenterology* 2010; 16(10): 1209-1214.