Hallazgos radiológicos del tumor sólido pseudopapilar del páncreas.

Presentación de tres casos

Radiologic findings in solid pseudopapillary tumor of pancreas.

Three cases report

José P. Martínez-Rivera y Agustín Parra-Macías*

Servicio de Radiología, Hospital General Dr. Miguel Silva, Michoacán, México

RESUMEN

El tumor sólido pseudopapilar de páncreas o tumor de Frantz es una neoplasia epitelial maligna de bajo grado. Aunque el cáncer de páncreas es relativamente frecuente, esta entidad conforma menos del 3% de las tumoraciones pancreáticas. Afecta en su mayoría a mujeres (> 90%), con una media de 35 años de edad. Presentamos tres casos abordados en nuestro hospital, los cuales fueron enviados con diagnóstico de tumoración retroperitoneal para toma de biopsia percutánea guiada por tomografía.

Palabras clave: Tumor de Frantz. Neoplasia pseudopapilar de páncreas. Biopsia guiada por imagen de páncreas.

ABSTRACT

Pancreatic Solid Pseudopapillary Neoplasm or Frantz Tumor is a malignant low grade epithelial neoplasm, although pancreatic cancer is relatively frequent, makes up less than 3% of pancreatic tumors. It affects mostly women (> 90%) with an average of 35 years. We present three cases addressed in our hospital, which were sent with a diagnosis of retroperitoneal tumor for percutaneous biopsy guided by tomography.

Key words: Franz tumor. Pancreas pseudopapillary neoplasm. Image-guided pancreas biopsy.

Correspondencia:

*Agustín Parra-Macías

E-mail: agustinparramacias@gmail.com

Recibido: 22-04-2019

Aceptado: 03-06-2019

DOI: 10.24875/ARM.19000124

1665-2118/©2019 Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, AC. Publicado por Permalyer México SA de CV. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

El tumor de Frantz es una entidad rara que se presenta por lo general en mujeres entre 20 y 40 años¹. Su clínica es insidiosa, por lo cual es importante que el médico radiólogo esté familiarizado con los hallazgos para abordar oportunamente esta neoplasia, ya que su índice de diseminación es bajo ($> 10\%$) y el diagnóstico temprano causa un impacto importante en los pacientes²⁻⁴. Los principales síntomas son dolor abdominal a nivel del epigastrio y sensación de plenitud precoz, sin embargo, puede crecer hasta poder palpar una masa abdominal. Por lo general no obstruye la vía biliar ni pancreática, por lo que los estudios de laboratorio no son útiles para el diagnóstico. El ultrasonido tiene un papel limitado en esta entidad, por lo que debe abordarse mediante imagen seccional (tomografía o imágenes por resonancia magnética), donde se observa una lesión sólida con áreas quísticas en el cuerpo o la cola del páncreas, con calcificaciones gruesas y/o periféricas en cáscara de huevo, la cual tiene escasa captación del medio de contraste intravenoso⁵⁻⁷. En los casos presentados a continuación se realizó el diagnóstico definitivo mediante biopsia percutánea con aguja de corte guiada por tomografía y estudio histopatológico con inmunohistoquímica⁸, donde se observaron las estructuras papilares compuestas de células tumorales rodeando los vasos pequeños centrales, y positivo con la betacatenina al realizar estudio de inmunohistoquímica.

PRESENTACIÓN

Caso 1

Mujer de 36 años de edad, con antecedentes de cáncer de mama, inicio con distensión

FIGURA 1. Biopsia guiada por tomografía, donde observamos la aguja de corte (flecha blanca), la tumoración pancreática (asterisco) y calcificaciones periféricas en cáscara de huevo (cabeza de flecha).

abdominal hace 3 meses, y en el último mes presenta una masa abdominal palpable en el epigastrio. Se realizó tomografía, en la que se encontró una tumoración retroperitoneal, por lo que fue sometida a biopsia incisional, con un reporte histopatológico insatisfactorio por la presencia de calcios amorfos. Es referida a nuestra unidad como tumoración retroperitoneal para la toma de biopsia guiada por imagen. En el estudio previo tomográfico simple, se identificó una tumoración de la cola del páncreas, sólida, con áreas quísticas y calcificaciones periféricas en cáscara de huevo (Fig. 1).

Caso 2

Mujer de 19 años de edad, la cual es referida por presentar pérdida ponderal de aproximadamente 10 kg en 2 meses, anorexia y tumoración abdominal palpable. Se le realizó un estudio tomográfico en fase simple y contrastada (Fig. 2), en el que se encontró una tumoración en el cuerpo y la cola del

FIGURA 2. **A:** tomografía en fase simple donde se observa una tumoración (asterisco) adyacente al páncreas (cabeza de flecha); **B:** en la fase contrastada se aprecia la tumoración (asterisco) la cual depende del cuerpo del páncreas (cabeza de flecha); **C:** biopsia con aguja de corte (flecha blanca) guiada por tomografía de la tumoración.

páncreas sólida con áreas quísticas, y algunas calcificaciones periféricas, el realce fue únicamente periférico con la administración de medio de contraste intravenoso.

Caso 3

Mujer de 36 años de edad, sin antecedentes de importancia, inicia con dolor abdominal de 1 mes de evolución, saciedad precoz y una masa palpable en el epigastrio. Se realizó ultrasonido, donde se identificó una tumoración abdominal (Fig. 3). Posteriormente se realizó tomografía contrastada del abdomen y la pelvis (Fig. 4), en la que se encontró una lesión del cuerpo del páncreas sólida con áreas quísticas, poco realce con la aplicación del medio de contraste intravenoso y calcificaciones gruesas en su interior.

CONCLUSIONES

El tumor sólido pseudopapilar de páncreas representa un reto diagnóstico para el clínico y, debido a su presentación insidiosa, es frecuente no diagnosticarlos hasta que

FIGURA 3. Imagen por ultrasonido modo B, donde se observa una lesión sólida (asterisco), de ecogenidad heterogénea, la cual reemplaza por completo el cuerpo del páncreas, y únicamente se observa la cabeza (flecha blanca).

tienen un gran tamaño, sin embargo, es de importancia que el radiólogo esté familiarizado con los hallazgos por ultrasonido y sobre todo con la imagen seccional para su diagnóstico oportuno. En los casos presentados, aunque el ultrasonido no es el método más sensible para diagnosticar esta entidad, se logró observar una tumoración de gran tamaño con hallazgos característicos, como las áreas hipoeecogénicas alternadas con áreas anecoicas y escasa señal con la

FIGURA 4. Reformateos multiplanares, donde observamos la tumoración (asterisco), algunas áreas solidas (flecha blanca), otras quísticas (flecha negra) y calcificaciones gruesas (cabeza de flecha).

aplicación de Doppler color, sin embargo, en la tomografía se observaron las características clásicas, una lesión circunscrita en el cuerpo del páncreas con áreas quísticas y sólidas, así como calcificaciones gruesas intralesionales y otras de predominio periférico (patrón en cáscara de huevo), así como una escasa captación del medio de contraste intravenoso tal como se describe en la literatura. Por otra parte, la biopsia con aguja de corte guiada por imagen es un método seguro y efectivo⁸ en esta patología, con la posibilidad de realizar un estudio de histopatología (Fig. 5) y de inmunohistoquímica (Fig. 6) en la muestra.

FIGURA 5. Fotomicrografía de corte histológico de biopsia con aguja de corte de tumor de páncreas, teñida con hematoxilina-eosina. Se observan formaciones pseudopapilares (flecha blanca), compuestas por vasos sanguíneos con células neoplásicas a su alrededor.

CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que no existe conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité

FIGURA 6. Inmunohistoquímica con betacatenina positiva. Se observa tinción nuclear y citoplasmática.

de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federle MP, Raman S. Pancreatic Solid and Pseudopapillary Neoplasm. En: Diagnostic Imaging: Gastrointestinal. Elsevier; 2015. p. 1060-3.
2. Méndez-Vivas WR, Vázquez-Pelcastre R, Escalante-San Román A, Pereyra-Balmes MC. Tumor de Frantz-Gruber. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista de Evidencia Médica e Investigación en Salud. 2014;7(3):143-6.
3. Llatas J, Palomino A, Frisancho O. Tumor de Frantz: neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas. Revista Gastroenterología Perú. 2011;31-1:56-60.
4. Sunkara S, Williams TR, Myers DT, Kryvenko ON. Solid pseudopapillary tumours of the pancreas: spectrum of imaging findings with histopathological correlation. Br J Radiol. 2012;85:e1140-4.
5. Bhosale P, Fleming JB, Das P. Solid Pseudopapillary Tumors. Oncologic Imaging A Multidisciplinary Approach. 2012;186-7.
6. Low G, Panu A, Millo N, Leen E. Multimodality Imaging of Neoplastic and Nonneoplastic Solid Lesions of the Pancreas. RadioGraphics. 2011;31:993-1015.
7. Gijón de la Santa L, Pérez Retortillo JA, Camarero Miguel A, Klein LM. Radiology of pancreatic neoplasms: An update. World J Gastrointest Oncol. 2014;6(9):330-43.
8. Tyng CJ, Almeida MF, Barbosa PN, Bitencourt AG, Berg JA, Maciel MS, et al. Computed tomography-guided percutaneous core needle biopsy in pancreatic tumor diagnosis. World J Gastroenterol. 2015;21(12):3579-86.