NEOPLASIA INTRADUCTAL PAPILAR QUÍSTICA MUCINOSA DEL PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASM. A CASE REPORT

Juan Barboza¹, Evert Martínez², Miguel Ferreira², Julio Ramirez³

RESUMEN

La neoplasia Intraductal papilomucinoso (NIPM) fue descrita por primera vez en 1982 por Ohashi, como una neoplasia del páncreas caracterizada por una proliferación de células neoplásicas mucinosas, que forman papilas y causan dilatación del ducto principal o sus ramas. Afecta con mayor frecuencia al sexo masculino entre 60 y 70 años, con síntomas de pancreatitis crónica o pancreatitis aguda recidivante y se localiza preferentemente en la cabeza y proceso uncinado. El tratamiento de estas neoplasias ubicada en la cabeza o proceso uncinado de páncreas es la duodeno pancreatomectomía cefálica. Reportamos una paciente, con una lesión quística de cabeza de páncreas sintomática.

Palabras clave: neoplasia pancreatica intraductal duodenopancreatomectomía

SUMMARY

Intraductal papilloma mucinous neoplasm (NIPM) was first described in 1982 by Ohashi as a neoplasm of the pancreas characterized by a proliferation of neoplastic mucinous cells that form papillae and cause dilatation of the main duct or its branches. It most frequently affects the male sex between 60 and 70 years, with symptoms of chronic pancreatitis or recurrent acute pancreatitis and is preferably located in the head and uncinate process. The treatment of these neoplasms located in the head or uncinate process of the pancreas is the duodenum cephalic pancreatomectomy. We report one patient, with a cystic lesion of the head of symptomatic pancreas.

Key words: intraductal pancreatic neoplasm duodenopancreatomectomy

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias intraductales papilares mucinosas del páncreas, fueron descritas por Ohashi en 1982 y se caracterizan por presentar proliferación de células neoplásicas que forman papilas y dilatan el conducto principal del páncreas o sus ramas, son potencialmente malignas y representan el 1% de las neoplasias del páncreas.

Clínicamente se presentan con cuadros de pancreatitis aguda recurrente o pancreatitis crónica, pudiéndose observar incidentalmente en exámenes por imágenes.

Presentamos el caso de un tumor NIPM de tipo 2.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenino de 72 años de edad, que presenta dolor en hipocondrio derecho y epigastrio, de 30 días de evolución, se agrega náuseas y vómitos de contenido alimentario 15 días antes de la internación, Colecistectomizada hace 6 años.

EXAMEN FÍSICO

Al ingreso presión arterial de 160/90, frecuencia cardiaca 85 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, temperatura 36,7. Abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio, no rebote, Murphy (-). El resto del examen físico sin datos de valor.

Con estos resultados se realiza el diagnóstico presuntivo de IPMN de rama lateral y por la sintomatología del paciente se decidió manejo quirúrgico.

ANÁLISIS DE LABORATORIO Y ESTUDIOS AUXILIARES

Amilasa; 61, U/L, glucosa 138 mg/dl, urea 26 mg/dl, creatinina sérica 1,29 mg/dl, leucocitos 9100, 54% neutrófilos segmentados, hematocrito 38.6%, GOT 25, GPT 20, Proteína C reactiva 0,4 mg/dl, BT 0,80 mg/dl, BD: 0,20 mg/dl.

Ecografía abdominal informa vías biliares intrahepáticas no dilatadas, colédoco dilatado de 14 mm, en páncreas en proyección de cabeza se observa imagen redondeada bien delimitada, anecoica, sin grumos ni tabiques de 42 mm de diámetro mayor (*Figura 1*).

La TC abdomen y pelvis con doble contraste que informa imagen quística de 38,6 x 40,4 mm a nivel del proceso uncinado del páncreas (*Figura 2*).

La resonancia magnética de abdomen superior informa a nivel de la cabeza del páncreas se observa una imagen redondeada bien delimitada de pared fina, contenido líquido, homogéneo, de señal hipointensa en secuencia T1, hiperintensa en la secuencia T2, hiperintensa en la secuencia de difusión con un coeficiente aparente de difusión aumentado (ADC.), que presenta una talla aproximada de 4 cm de diámetro y comprime el colédoco adyacente y genera una dilatación retrograda de las

1. Médico residente.

2. Jefe de Sala.

3. Jefe de Servicio.

Servicio de Cirugía. Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay

Autor correspondiente: Dr. Juan Barboza. Correo electrónico: juanbarbozahni@gmail.com

Artículo recibido: 8.07.17 - Artículo aceptado: 29.08.17

Figura 1. Lesiones quísticas de cabeza de páncreas.

Figura 2. Lesiones quísticas de cabeza de páncreas.

Figura 3. Imagen hiperintensa en T2 a nivel del proceso uncinado del páncreas

Figura 4. Complejo duodenopancreas

Figura 5. Ductos pancreáticos secundarios dilatados Revestidos por epitelio columnar (Coloración H-E, 40 x.)

Figura 6. Ductos pancreáticos secundarios dilatados Revestidos por epitelio columnar (NMPI-DS) (Coloración H-E, 100 x.)

vías biliares intra y extra hepáticas. Colédoco presenta un diámetro aproximado de 15 mm. No se aprecia dilatación del conducto pancreático principal (**Figura 3**).

Los resultados de marcadores tumorales en sangre del paciente mostraron CEA 2,9 ng/ml, CA 19,9 es 33,9 ng/ml.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Pancreatoduodenectomía cefálica (OPERACIÓN DE WHIPPLE) + anastomosis pancreato-yeyunal termino lateral + hepatoyeyuno anastomosis término lateral + gastroyeyunoanastomosis.

Hallazgos operatorios: Masa sólido-quística de 5 X4,5 cm que compromete la cabeza del páncreas. No se observan implantes tumorales ni metástasis hepática. Buena evolución y salió de alta el día 7° día del post operatorio.

ANATOMIA PATOLÓGICA

MACROSCOPIA:

Se recibe pieza de duodeno + cabeza de páncreas + estomago porción distal (Figura 4). Al corte a nivel de la cabeza se observa una formación quística de 4 x 4 cm de contenido líquido parduzco, unilocular, con superficie interna lisa. El conducto de wirsung pasa por delante de la pared del quiste.

MICROSCOPIA

La alteración fundamental en este caso es la presencia de dilatación de los ductos pancreáticos secundarios revestidos por epitelio columnar de tipo gástrico — foveolar con displasia moderada (**Figura 5 y 6**)

Diagnóstico Final. Neoplasia Intraductal papilar quística mucinosa.

DISCUSIÓN

Descrita por primera vez en 1982¹, es un tumor originado a partir del ducto pancreático principal o sus ramas ductales. Son potencialmente malignos y progresan desde una lesión benigna (hiperplasia), a adenoma (displasia leve), luego borderline (displasia moderada) y finalmente carcinoma (displasia de alto grado) pu-

diendo ser invasiva o no², esta secuencia está reconocida y ocurre a lo largo de varios años, siendo considerado de 5 a 7 años^{3,4} y en algunos otros describen la progresión de 15-20 años⁵⁻⁶. Se presentan más en hombres en mayores de 60 años y la localización más frecuente es en la cabeza de páncreas y proceso uncinado; en nuestro caso fue mujer, pero la localización coincide con las publicaciones. Clínicamente pueden ser asintomáticos, así como producir episodios de dolor abdominal epigástrico con irradiación a espalda y es usual su asociación a episodios recurrentes de pancreatitis⁷, nuestra paciente presentaba sintomatología como dolor, pero sin llegar a la pancreatitis. Pueden ser clasificados por su localización en variante ducto principal, variante rama lateral o mixto cuando existe ambas presentaciones simultáneamente; la importancia en esta diferenciación es que los presentes en ductos laterales aparecen en pacientes más jóvenes, usualmente en la cabeza de páncreas y tiene menor grado de displasia y menor frecuencia de cáncer invasivo⁸, pero por otro lado la enfermedad de ductos laterales se han reportado como multifocales en regiones distantes del páncreas hasta en el 30% de pacientes⁹, en nuestro caso fue de ramas laterales. Con respecto a las imágenes, la TAC multidetector y la RMN, son los estudios ideales que nos ayudan a diferenciar si la lesión es de ramas laterales o del ducto principal de páncreas¹⁰. Si no llegamos al diagnóstico podemos recurrir a la eco endoscopia con punción y estudio del líquido obtenido. En el líquido obtenido hay que solicitar citología, amilasa, CEA y estudio molecular como el Kras. De todos ellos, el CEA es el que tiene mayor rendimiento para decir que es un quiste mucinoso, pero no para confirmar una neoplasia intraductal papilomucinoso¹¹⁻¹².

Con respecto al tratamiento puede ser desde observación y controles, resección local, pasando por una pancreatectomía corporo caudal, duodenopancreatectomía cefálica y excepcionalmente una duodeno pancreatectomía total¹³. Nuestra paciente fue sometida a una operación de whipple debido al tamaño del quiste y por la localización. El informe de anatomía patológica fue una neoplasia intraductal papilomucinoso de ramas laterales con displasia moderada. Nuestra paciente entrara en ciclo de controles periódicos porque esta es una enfermedad multicéntrica y puede haber recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ohashi K, Mirukami Y, Muruyama M, Takekoshi T, Ohta H, Ohashi I. Four cases of mucus secreting pancreas cancer. *ProgDigEndosc.* 1982;20:348- 51.
2. Hruban RH, Takaori K, Klimstra DS, Adsay NV, Albores-Saavedra J, Biankin AV, et al. An illustrated consensus on the classification of pancreatic intraepithelial neoplasia and intraductal papillary mucinous neoplasms. *Am J SurgPathol.* 2004;28(8):977-87.
3. Salvia R, Festa I, Butturini G, Tonsi A, Sartori N, Biasutti C, et al. Pancreatic cystic tumours. *Minerva Chir.* 2004;59(2):185-207.
4. Sohn TA, Yeo CJ, Cameron JL, Hruban RH, Fukushima N, Campbell KA, et al. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas: an updated experience. *Ann Surg.* 2004;239(6):788- 97.
5. Yanagisawa A, Ohashi K, Hori M, Takagi K, Kitagawa T, Sugano H, et al. Ductectatic-type mucinous cystadenoma and cystadenocarcinoma of the human pancreas: A novel clinicopathological entity. *Jpn J Cancer Res.* 1993;84(4):474-9.
6. Shimizu Y, Yasui K, Morimoto T, Torii A, Yamao K, Ohhashi K. Case of intraductal papillary mucinous tumor (noninvasive adenocarcinoma) of the pancreas resected 27 years after onset. *Int J Pancreatol.* 1999;26(2):93-8.
7. Barboza E, Ronceros V, Salinas E, Calmet F, Combe J, Huerta J, et al. Desafío clínico-quirúrgico de la pancreatitis aguda con obstrucción del conducto de Wirsung y sospecha de neoplasia pancreática. *Rev Diagnóstico.* 2002;41(5-6):229-34.
8. Bernard P, Scoazec JY, Joubert M, Kahn X, Le Borgne J, Berger F, et al. Intraductal papillary- mucinous tumors of the pancreas: predictive criteria of malignancy according to pathological examination of 53 cases. *ArchSurg.* 2002;137(11):1274-8.
9. Kaneko T, Nakao A, Inoue S, Sugimoto H, Hatsuno T, Ito A, et al. Intraoperative ultrasonography by highresolution annular array transducer for intraductal papillary mucinous tumors of the pancreas. *Surgery.* 2001;129(1):55-65.
10. Silas AM, Morrin MM, Raptopoulos V, Keogan MT. Intraductal papillary mucinous tumors of the pancreas. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;176(1):179- 85.
11. Brugge WR, Lewandrowski K, Lee-Lewandrowski E, Centeno BA, Szydio T, Regan S, et al. Diagnosis of pancreatic cystic neoplasms: a report of the cooperative pancreatic cyst study. *Gastroenterology.* 2004;126(5):1330-6.
12. van der Waaij LA, van Dullemen HM, Porte RJ. Cyst fluid analysis in the differential diagnosis of pancreatic cystic lesions: a pooled analysis. *GastrointestEndosc.* 2005;62(3):383-9.
13. Conlon KC. Intraductal papillary mucinous tumors of the pancreas. *J ClinOncol.* 2005;23(20):4518-23.