

Duodenopancreatectomía cefálica en neoplasia papilar mucinosa intraductal. A propósito de un caso

Cephalic duodenopancreatectomy in intraductal mucinous papillary neoplasia. Case report

Dennis Cabral, Marcelo Ramírez**, Edith Martinez****

Hospital Nacional de Itagua, Servicio de Cirugía General, Paraguay

RESUMEN

El tumor mucinoso papilar intraductal del páncreas (IPNM) es una lesión pancreática premaligna caracterizada por la presencia de dilataciones segmentarias del conducto pancreático principal o ramas secundarias, que están recubiertas de epitelio vellosa displásico productor de mucina. Presentaremos el caso de un paciente con IPNM de resolución quirúrgica y donde el tratamiento electivo fue una Duodenopancreatectomía cefálica convencional (DPC) por lesión de 103mm x 70 mm caracterizada por TAC y RMN en cabeza de páncreas.

Palabras claves: IPNM, DPC, cirugía de Whipple.

ABSTRACT

Intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas (IPNM) is an entity characterized since 1996 (1); It was initially described by Ohhashi et al. as "mucous secretory pancreatic cancer" differs from other cystic mucinous neoplasms of the pancreas by having direct communication with the Wirsung duct, in addition, the absence of ovarian stroma type (2); It is characterized by the presence of segmental dilatations in the main pancreatic duct or secondary branches, which are covered with mucin-producing dysplastic villus epithelium (3) and cyst formation of the compromised ducts. We will present a case of a patient with a diagnosis of IPNM in which the elective treatment was a conventional cephalic Duodenopancreatectomy.

Keywords: IPNM, DPC, Whipple surgery.

INTRODUCCIÓN

El IPNM se diferencia del adenocarcinoma ductal en que en el 90-100% de los casos es reseccable, con sobrevida del 80-90% en el carcinoma in situ, el 50-70% para el carcinoma invasivo y 40-50% cuando hay presencia de metástasis ganglionares⁽¹⁾. Más frecuentes en hombres, entre 60 y 80 años y en la cabeza del páncreas⁽²⁾, o afectan de forma generalizada toda la glándula (30%

de los casos)⁽³⁾. Suelen ser descubiertos de forma incidental por su clínica indolente o inespecífica⁽⁵⁾, o pueden enmarcarse en pacientes con dolor abdominal crónico o episodios a repetición de pancreatitis aguda que se podrían relacionar con obstrucción intermitente del conducto pancreático por conglomerados mucinosos^(6,7). Los pacientes asintomáticos no representan ausencia de malignidad ya que el 30% de las neoplasias invasivas se descubren en ellos⁽⁷⁾. Las características generales de malignidad de estas lesiones son la presencia de nódulos murales, diámetro del conducto pancreático mayor a 15 mm o un tamaño de la lesión superior a 3 cm⁽⁷⁾.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 50 años de edad, con antecedente de epigastralgia de 4 años aproximadamente, consulta por exacerbación del dolor además de vómitos en varias oportunidades, dispepsia y cambios en la coloración de piel y mucosas, coluria y acolia. Refiere además pérdida de peso de 6kg en este periodo. Al examen físico abdominal se palpa una tumoración de 5cm, de consistencia sólida, bordes bien delimitados, no dolorosa a la palpación profunda.

El control laboratorial al ingreso retorna dentro de parámetros normales exceptuando el hepatograma: BILIRRUBINA TOTAL: 2,19. B. DIRECTRA: 1,78 B. INDIRECTA: 0,41 GOT: 124 GPT: 258 FA:808 y unos valores Ca 19-9: 15,1 y CEA 1,3. Además enzimas pancreáticas dentro de parámetros normales. La ecografía abdominal evidenciaba a nivel de la cabeza del pán-

* Jefe de Sala

** Residente de Tercer año

*** Residente de primer año

Recibido 12 setiembre 2019 - Aceptado: 10 enero 2020

Autor correspondiente: Dr. Marcelo Sebastián Ramírez Romero. Email:marceloramirez89@gmail.com


 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons



Figura 1.

creas, imagen anecoica, de aproximadamente 4,67 x 3,55 cm, de bordes regulares, con finas segmentaciones internas, con características quística, de origen a determinar. La TC con contraste corroboró la lesión a nivel de la cabeza del páncreas de densidad quística de forma redondeada de 103mm x 70 mm. En la colangiorensonancia se informa: compresión extrínseca de la vía biliar por masa quística compleja dependiente de la glándula pancreática. (*Figura 1*).

Con el diagnóstico de IPMN tipo I se indica cirugía. La operación realizada fue una CIRUGÍA DE WHIPPLE (DPC) en la que se constató tumor quístico de cabeza de páncreas de aproximadamente 16 cm de diámetro, colédoco de 1,5 cm de diámetro, wirsung de 11mm de diámetro. Se envía pieza (imagen 2) a anatomía patológica que confirma: Cistoadenocarcinoma mucinoso invasor predominantemente papilar y con áreas cri-

biformes con características oncocíticas de 9,6 cm de la cabeza de páncreas moderadamente diferenciado grado 2. Se observa también neoplasia intraductal papilar mucinosa de alto grado (IPMN). MARGEN PANCREÁTICO LIBRE DISTAL DE 0,7 CM DE LA LESIÓN.

DISCUSIÓN

El tamaño y el antecedente de síntomas son los factores predictivos que se asocian a un mayor riesgo de malignidad. La resección quirúrgica temprana es el tratamiento de elección para evitar la degeneración maligna, siempre que confluyan factores de riesgo como la localización, el tamaño, los nódulos murales, las atipias en el líquido intraquístico o existencia de síntomas el IPMN. Las neoplasias del conducto principal deben ser siempre operadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salvia R, Fernández del Castillo C. Main-duct intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas: clinical Neoplasia mucinosa papilar intraductal del páncreas. Presentación de caso y revisión de la literatura 155 predictors of malignancy and long-term survival following resection. *Ann Surg* 2004; 239: 678-85.
2. Fernández del Castillo C, Targarona J, Thayer SP. Incidental pancreatic cysts: clinicopathologic characteristics and comparison with symptomatic patients. *Arch Surg* 2003; 138: 427-33.
3. Zamboni G, Scarpa A, Bogina G. Mucinous cystic tumors of the pancreas: clinicopathological features, prognosis, and relationship to other mucinous cystic tumors. *Am J Surg Pathol*. 1999; 23: 410- 22.
4. William R. Brugge, Gregory Y. Cystic Neoplasms of the Pancreas. *N Engl J Med* 2004; 351: 1218-26.
5. Procacci C, Carbognin G, Accordini S, Biasiutti C, Guarise A, Lombardo F, et al. CT features of malignant mucinous cystic tumors of the pancreas. *Eur Radiol*. 2001; 11(9):1626-30.
6. Vargas Lorenzo MJ. Ultrasonografía endoscópica. Aplicaciones diagnósticas y terapéuticas. Cap. 12, 1 edición. Editorial Médica Panamericana. 2008 p. 141-168.
7. Edward V, Loftus Jr MD, Olivares P. Intraductal Papillary Mucinous tumors of the Pancreas: Clinicopathologic Features, Outcome and Nomenclature, *Gastroenterology* 1996; 110: 1909-18.