

DETECCION DE NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL DEL PANCREAS EN CPRM

Marcos Zipilivan, Virginia Oliva,
Fernando Tolaba, Daiana Carabajal,
María Florencia Coria, Maira Orozco Merino.

Hospital Privado Universitario de Córdoba



INTRODUCCION

En la actualidad hay un incremento de casos de lesiones quísticas pancreáticas.

Prevalencia de quistes pancreáticos:

TC → 2,5%

RM → 19.9%

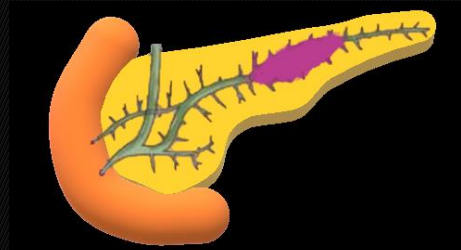
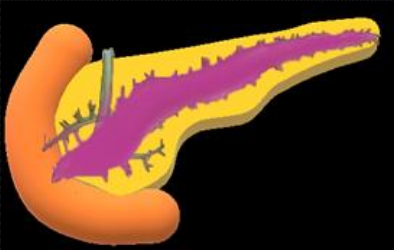
La mayoría de las lesiones quísticas pancreáticas encontradas incidentalmente son neoplasias mucinosas papilares intraductales (NMPI) de conductos accesorios.

Las NMPI constituyen el 20% - 30% de los tumores quísticos primarios del páncreas.

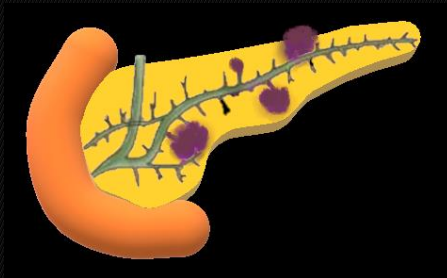
INTRODUCCION

Las NMPI se caracterizan por dilatación ductal, crecimiento papilar intraductal y secreción mucosa espesa.

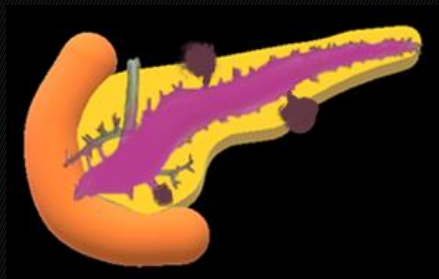
Clasificación:



NMPI tipo I. Dilatación segmentaria o difusa del conducto pancreático principal (CPP) de más de 5 mm de diámetro sin otras causas de obstrucción.



NMPI tipo II. Son todos aquellos quistes pancreáticos que comunican con el CPP.



NMPI tipo III o mixtas. Cumple con los requisitos de las tipo I y II.

INTRODUCCION

La clasificación de las IPMN de conducto principal o de conducto accesorios tiene unas diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de **cáncer de páncreas**, entre un 57-92% y un 6-46% respectivamente. Siendo de lenta evolución a un estadio de carcinoma, estimada entre 3 a 6.4 años.

<u>CARACTERISTICAS PREOCUPANTES:</u>	<u>ESTIGMAS DE ALTO RIESGO:</u>
Implican seguimiento. Considerar Ecoendoscopia.	Implican resección quirúrgica en caso que condición clínica del paciente lo permita.
-Quiste mayor a 3 cm.	-Predominio de componente sólido sobre quístico.
-Engrosamiento de pared.	-Ictericia Obstructiva.
-Nódulos murales.	-Diámetro del conducto pancreático principal mayor a 10 mm.
-Diámetro del CPP entre 5 y 9 mm.	
-Cambio abrupto del conducto principal.	



Objetivo:

Demostrar la prevalencia de NMPI en Colangiopancreatografías por Resonancia Magnética (CPRM)

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, en el Hospital Privado Universitario de Córdoba, durante el periodo de enero 2012 a diciembre de 2017.


Se incluyeron a todos los pacientes a los que se les realizó CPRM, independientemente del motivo por el cual haya sido indicada.

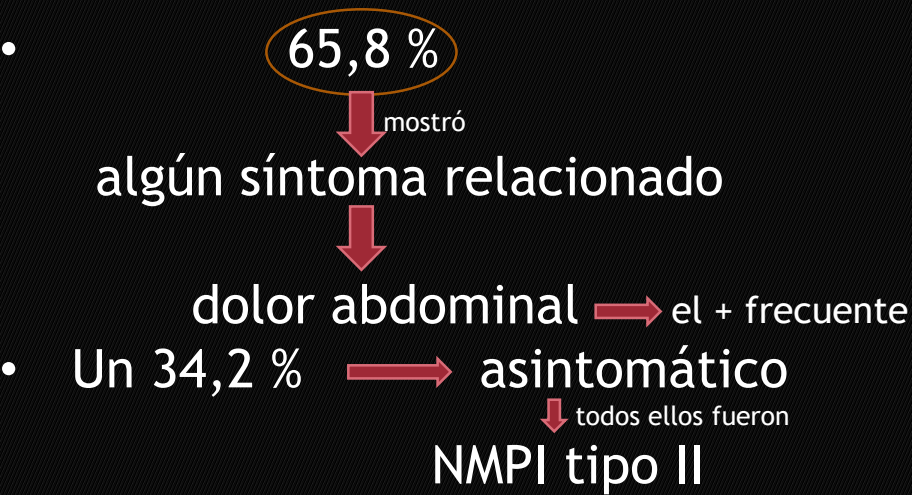
Correlacionando datos demográficos, síntomas, parámetros de laboratorio, hallazgos por imágenes, clasificando las NMPI según tipo, características preocupantes, estigmas de alto riesgo y manejo terapéutico.

RESULTADOS

630

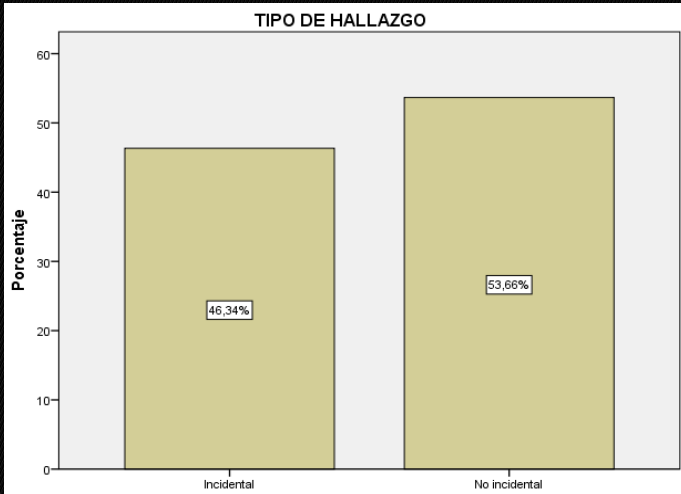


- Edad promedio \longrightarrow 72 años
- Ligera predilección sobre el sexo femenino 53,66%. 
- El 95,1 % exhibió alguna morbilidad concomitante.
- El 9,7% presento cirrosis.

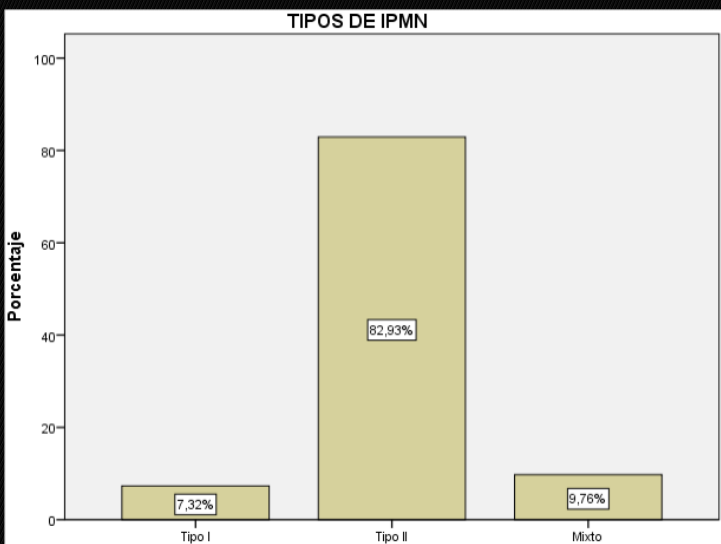


- El 100% de los pacientes con compromiso del CPP presentó algún tipo de síntoma.

- 41,5 % \rightarrow glucemia elevada
- 26,8 % \rightarrow elevación de marcadores tumorales
- Un 46,3 % de los pacientes fueron Hallazgos Incidentales.



- NMPI de los conductos accesorios fue el tipo más frecuente (82,9%).



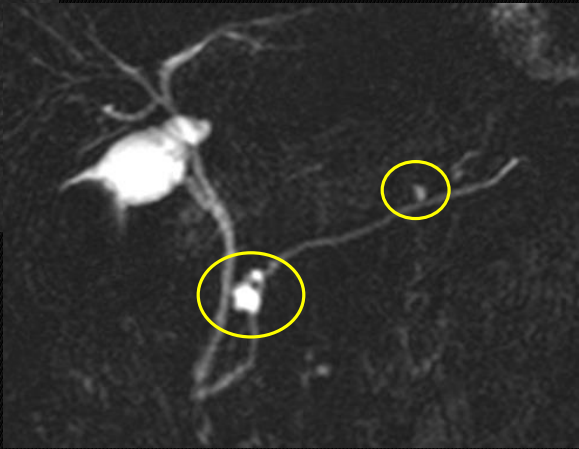
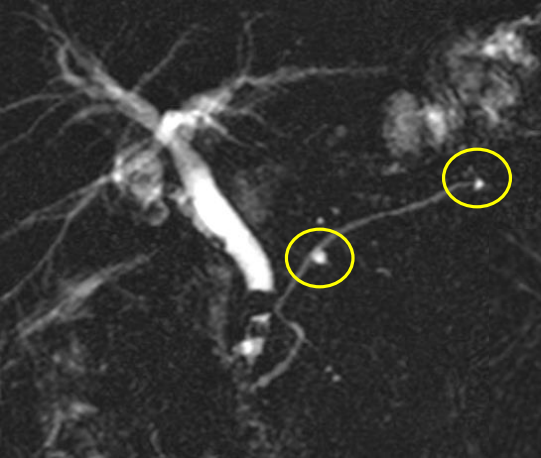
RESULTADOS

630

- 88% NMPI tipo II



sin estigmas preocupantes y/o características de alto riesgo ($p \leq 0,05$).



NMPI tipo II. CPRM. Dilataciones quísticas de conductos accesorios (círculos) sin estigmas preocupantes ni de alto riesgo. A: hallazgo en coledocolitiasis. B: litiasis vesicular.

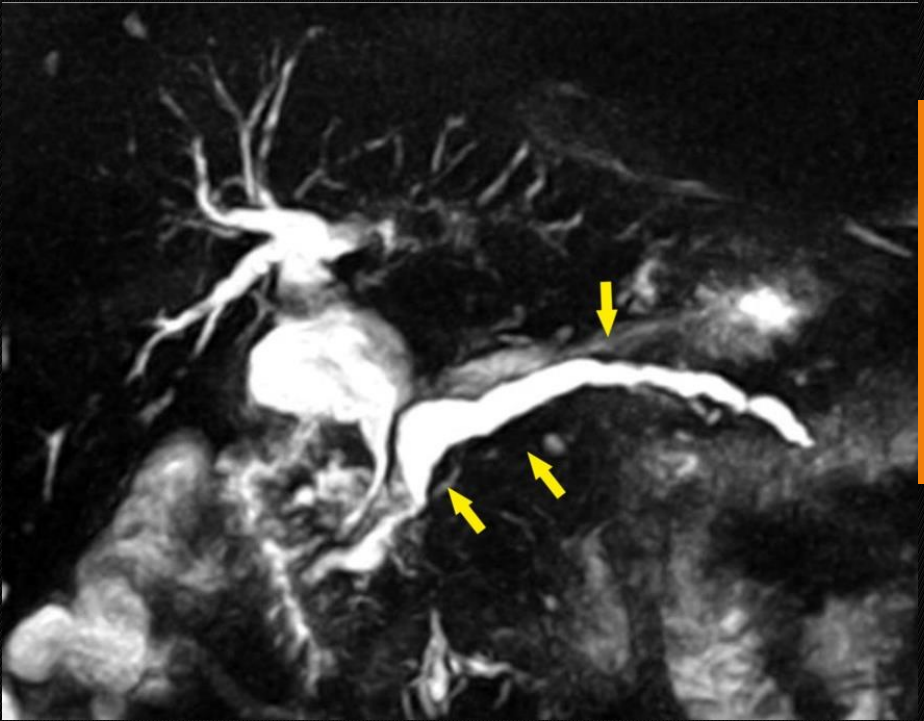
- 24,4 % de pacientes con NMPI Características Preocupantes o Estigmas de Alto Riesgo

75 % del total de los pacientes con variante Mixta

11,7 % de los casos con variante Tipo II

100 % del total de Tipo I

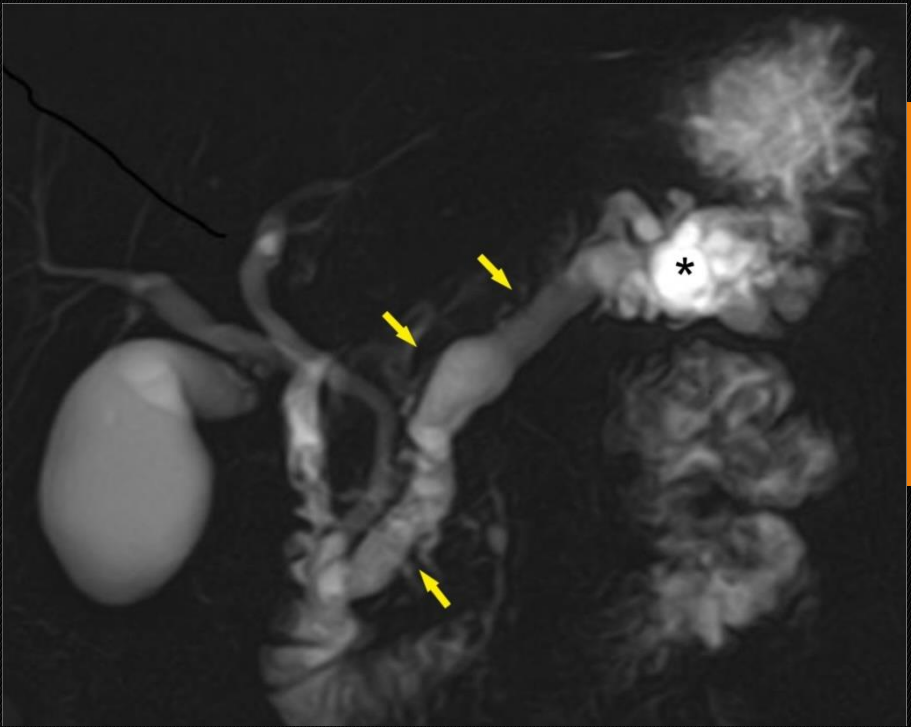




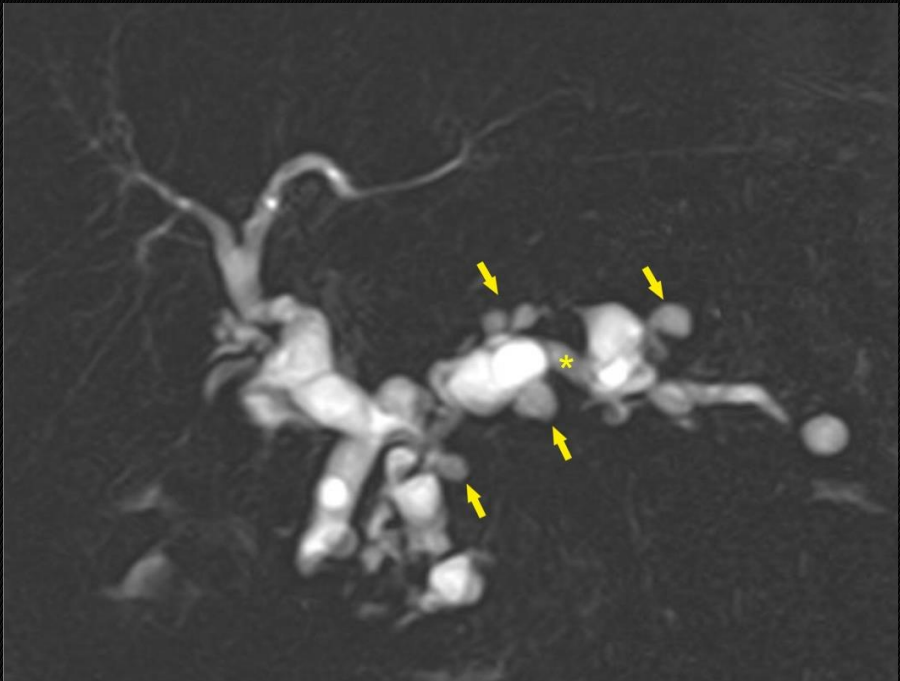
NMPI tipo I. CPRM. Dilatación difusa del CPP, de 11 mm (flechas).



NMPI tipo II. CPRM. Dilataciones quísticas de conductos accesorios en cabeza (flecha) y cola, esta última mayor de 3 cm (*).



NMPI tipo III. CPRM. Dilatación difusa del CPP de 13 mm (flechas) y dilatación quística de conducto accesorio en la cola(*).



NMPI tipo III. CPRM. Dilataciones quísticas de conductos accesorios (flechas) en cabeza, cuerpo y cola, y dilatación del CPP (*) de 7 mm.

- Se presentó una prevalencia de NMPI en CPRM de un 5,1%. Encontrando en la literatura publicaciones sobre la prevalencia de lesiones quísticas focales pancreáticas en RM, que fueron de un 15.9 % y de un 19.9 % (2, 1).
- Hubo una ligera predilección sobre el sexo femenino, que coinciden con publicaciones europeas y estadounidenses (3).
- La edad promedio fue de 72 años, coincidente con lo descrito en la literatura (4, 5, 6).
- El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal presente en un 51,2 %, al igual que lo descrito (1, 4). Un 34,2 % de los pacientes se presentaron asintomáticos, siendo el 100% pacientes con NMPI tipo II (1, 7).
- El 46 % de las NMPI fueron incidentales, lo que representa una cifra mayor a la hallada en otros estudios de diferente diseño metodológico (8, 1).
- El tipo con mayor frecuencia fue el II (1), que a su vez se presentó en un 88% sin estigmas preocupantes y/o características de alto riesgo, obteniéndose una relación estadísticamente significativa.

CONCLUSION

Se objetivó una prevalencia de un 5.1% de NMPI en las CPRM, presentándose casi la mitad de los casos como hallazgo incidental.



BIBLIOGRAFIA

- 1- Jana T, Shroff J, Bhutani MS. Pancreatic cystic neoplasms: Review of current knowledge, diagnostic challenges, and management options. *J Carcinog* [serial online] 2015 [cited 2018 Jul 19];14:3. Available from: <http://www.carcinogenesis.com/text.asp?2015/14/1/3/153285>
- 2- Elkak, A.E. (2016) Cystic Tumours of the Pancreas: A Challenging Pathology, Diagnosis and Management. *Journal of Cancer Therapy* , 7, 712- 728.
- 3 - Kawaguchi, Y. and Mine, T. (2016) Endoscopic Approach to the Diagnosis of Pancreatic Cystic Tumor. *World Journal of Gastrointestinal Oncology* , 8, 159-164.
- 4- Zhang, X.P., Yu, Z.X., Zhao, Y.P., et al . (2016) Current Perspectives on Pancreatic Serous Cystic Neoplasms: Diagnosis, Management and Beyond. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 8, 202-211. <http://dx.doi.org/10.4240/wjgs.v8.i3.202>.
- 5 - Goh BK. International guidelines for the management of pancreatic intraductal papillary mucinous neoplasms. *World J Gastroenterol* 2015; 21(34): 9833-9837.
- 6 - Waters JA, Schmidt CM, Pinchot JW, White PB, Cummings OW, Pitt HA, Sandrasegaran K, Akisik F, Howard TJ, Nakeeb A, Zyromski NJ, Lillemoe KD. CT vs MRCP: optimal classification of IPMN type and extent. *J Gastrointest Surg.* 2008;12:101-109.
- 7- [Norman Oneil Machado](#), [Hani al Qadhi](#), and [Khalifa al Wahibi](#). Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm of Pancreas. *N Am J Med Sci.* 2015 May; 7(5): 160-175.
- 8- Castellano-Megías VM, Andrés CID, López-Alonso G, Colina-Ruizdelgado F. Pathological features and diagnosis of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. *World J Gastrointest Oncol* 2014; 6(9): 311-324
- 9- Ferrone Cr, Correa-Gallego C, Warshaw Al, brugge Wr, Forcione DG, hayer SP, et al. Current trends in pancreatic cystic neoplasms. *Arch Surg.* 2009;144:448-54
- 10- Adet r, miquel r, bombi JA, Ginés A, Fernández-Esparrach G, De Juan C, et al. Incidence and characteristics of pancreatic cystic neoplasms. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33:563-8. [10.1016/j.gastrohep.2010.07.001](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2010.07.001)
- 11- Tanaka M, Fernandez-del Castillo C, Adsay V et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatology* 2012; 12:183-197.
- 12- Del Chiaro M., Verbeke C., Salvia R., et al: European experts consensus statement on cystic tumours of the pancreas. *Digestive and Liver Disease* 2013; 45: pp. 703-711.
- 13- Masao Tanaka, [Carlos Fernández-del Castillo](#), et. al. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. [September-October, 2017](#) Volume 17, Issue 5, Pages 738-753.
- 14- Ip IK, Mortele KJ, Prevedello LM, et al. Focal cystic pancreatic lesions: assessing variation in radiologists management recommendations. *Radiology* 2011;259:136-41.
- 15- Sunil G Sheth, MD, Douglas A Howell, MD, Tara S Kent, MD. Intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas (IPMN): Pathophysiology and clinical manifestations. *UpToDate.* Sep. 14, 2017.
- 16- Kaye M. Reid-Lombardo, MD, et al. Incidence, Prevalence, and Management of Intraductal papillary Mucinous Neoplasm in Olmsted County, Minnesota, 1984-2005 A Population Study. *Pancreas.* 2008 Aug; 37(2): 139-144.
- 17- Giulia Zerboni, Gabriele Capurso , Marco Di Pietropaolo , Francesco Carbonetti , Elsa Iannicelli , Massimo Marignani and Gianfranco Delle Fave. (2017)The prevalence of pancreatic cystic lesions in patients with liver cirrhosis is double that in controls. *United European Gastroenterology Journal* 2017, Vol. 5(7) 1007-1014
- 18- Lee LS, Banks PA, Bellizzi AM, et al. Inflammatory protein profiling of pancreatic cyst fluid using EUS-FNA in tandem with cytokine microarray differentiates between branch duct IPMN and inflammatory cysts. *J Immunol Methods* 2012; 382: 142-149
- 19- Morales-Oyarvide V. · Fong Z.V. · Fernández-del Castillo C. · Warshaw A.L. Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms of the Pancreas: Strategic Considerations. *Visc Med* 2017; 33:466-476