



TUMOR MUCINOSO PAPILAR INTRADUCTAL Y PANCREATITIS AGUDA.

María Hernani Álvarez
Maria del Carmen Blanco Bruña
Rosa María Farach Barroso
Hospital Infante Elena, Huelva.



1. OBJETIVO DOCENTE
2. REVISIÓN DEL TEMA. CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS
3. CASO CLÍNICO
4. REFERENCIAS



OBJETIVO DOCENTE

- La neoplasia mucinosa papilar intraductal es un tipo de tumor quístico pancreático epitelial de células productoras de mucina que surge de los conductos pancreáticos, de carácter premaligno, con unas características radiológicas que se solapan a las de las pancreatitis crónica y que a menudo es detectado en estudios de imagen efectuados por episodios de pancreatitis aguda.
- Por ello debemos considerarlo dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas pancreáticas asociadas a esta entidad inflamatoria.



- La generalización del empleo de técnicas radiológicas y las mejoras técnicas de éstas (TC/RM) han contribuido al incremento en el diagnóstico de quistes pancreáticos incidentales.
- La prevalencia de quistes pancreáticos asintomáticos incidentales puede llegar al 3% y 14%-20% en pacientes sometidos a TC y RM respectivamente.
- Si bien la mayoría de estos quistes no son clínicamente relevantes un pequeño porcentaje de ellos tiene potencial maligno, entre los que se incluyen las neoplasias productoras de mucina y, dentro de ellas, las neoplasias mucinosas papilares intraductales (NMPI).



REVISIÓN DEL TEMA

- El tumor mucinoso papilar intraductal del páncreas abarca un conjunto de neoplasias compuestas por células mucinosas que tapizan el conducto pancreático principal o sus ramas colaterales.
- La hipersecreción de mucina ocasiona una distensión gradual de conductos, con una alteración del flujo de salida de jugos pancreáticos, pudiendo ocasionar dolor y alteraciones analíticas similares al de la pancreatitis.
- Es un trastorno premaligno
- Existen dos subtipos principales: del conducto principal y de las ramas colaterales, y un tercer subtipo combinación de ambos:



-Tumor mucinoso papilar intraductal del conducto principal

- Similar a las pancreatitis crónica en la clínica y los estudios de imagen: dolor abdominal o episodios recurrentes de pancreatitis aguda secundaria a la obstrucción del conducto por la mucina espesa o el tumor
- H=M. Sexta década de vida.
- El conducto principal pancreático se puede comprometer en forma generalizada o segmentaria, con dilatación ductal progresiva y atrofia parenquimatosa.
- Es el que tiene mayor potencial maligno.

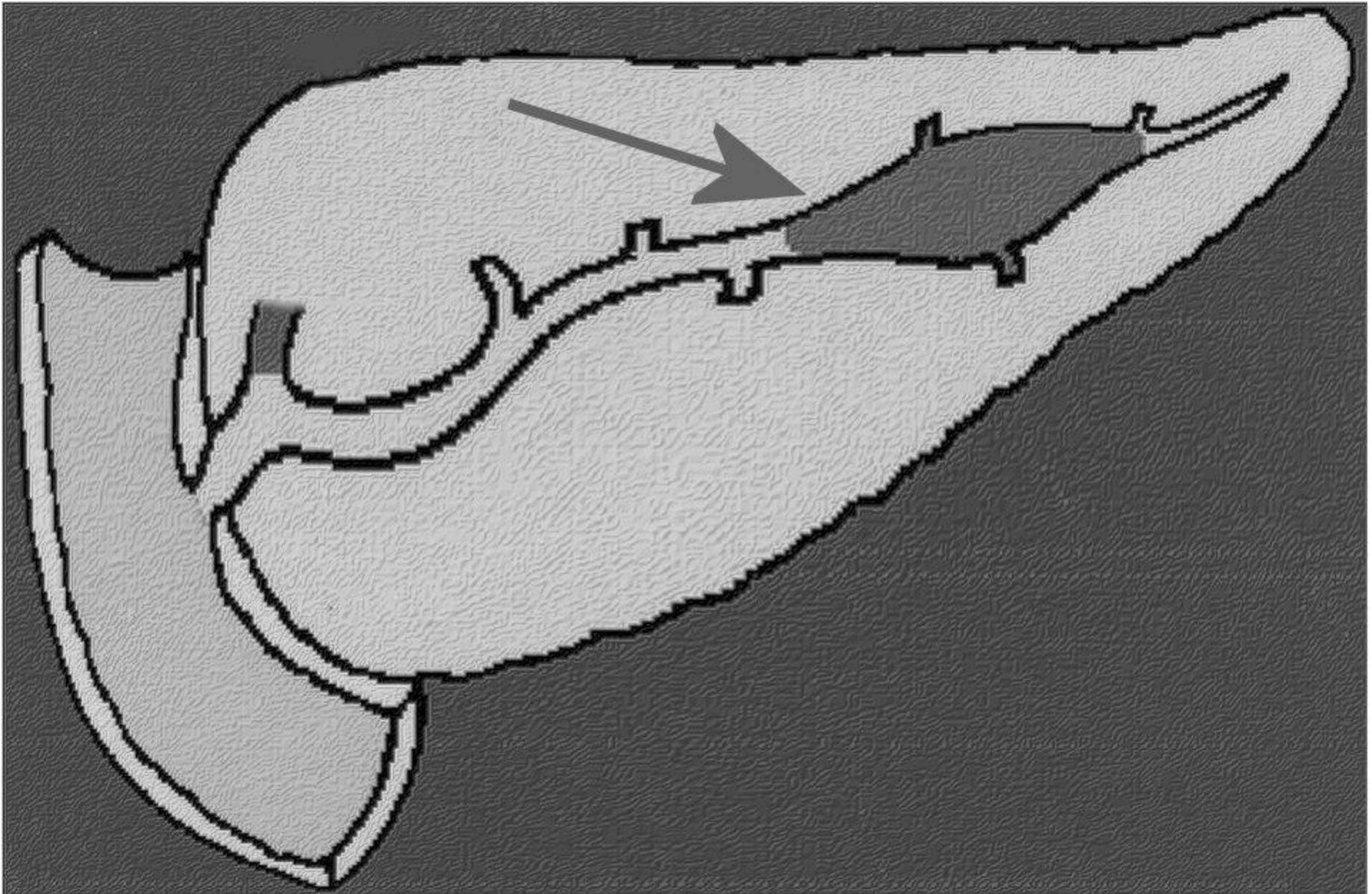


Características radiológicas (RM /COLANGIORM):

- Preferentemente en la porción proximal de la glándula.
- Dilatación del conducto pancreático principal: >5 mm.(5-9 mm: sospecha, >o =10 mm: alto riesgo).

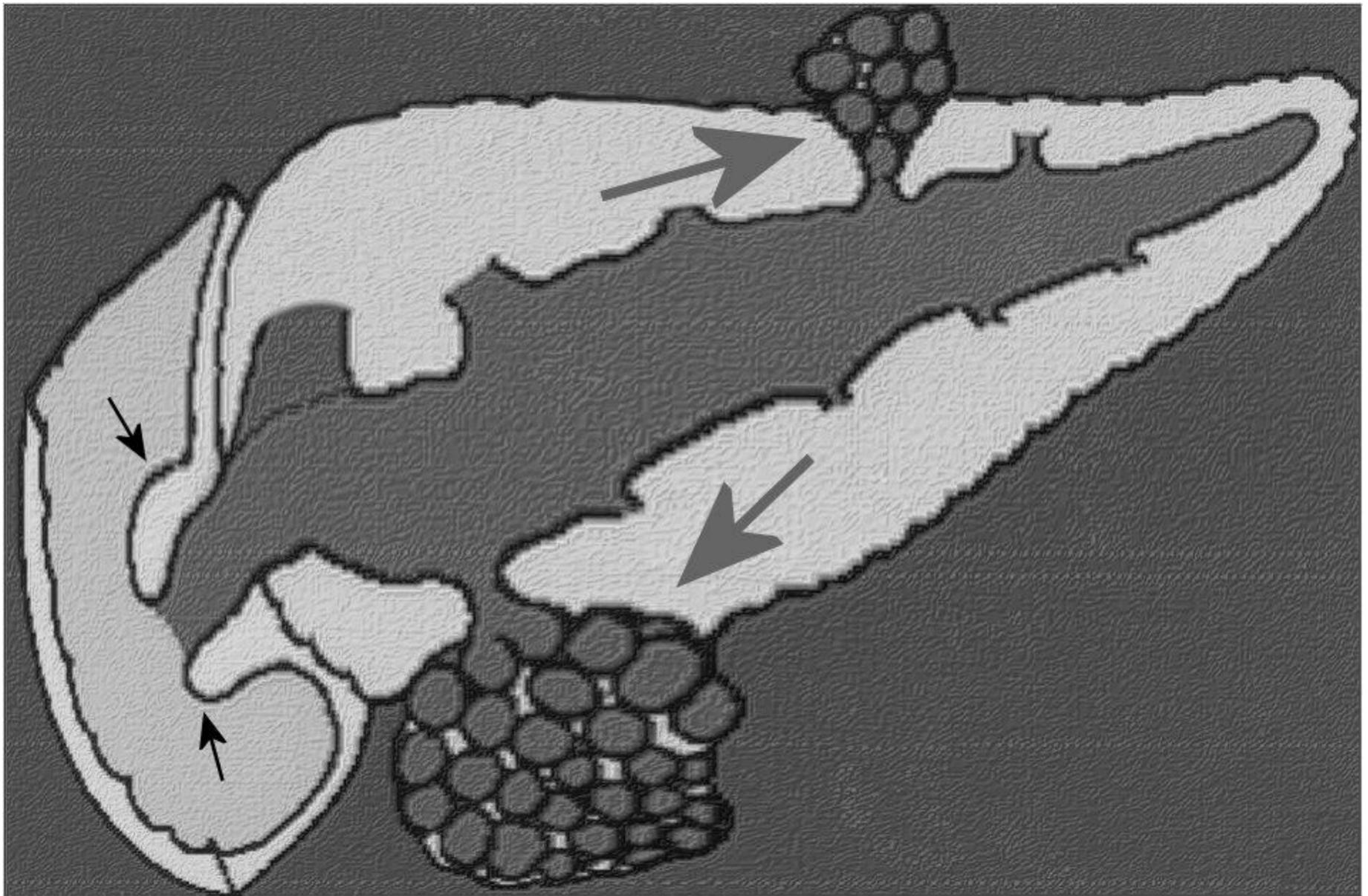
Se debe a que la abundante mucina producida por el tumor obstruye el normal flujo de jugos panceáticos a través del conducto.

- La dilatación progresiva del conducto → atrofia del parénquima glandular.
- La presencia de nódulos murales o componentes sólidos con realce suponen una mayor sospecha de malignidad.



TMPI DEL CONDUCTO PRINCIPAL CON AFECTACIÓN SEGMENTARIA

La afectación segmentaria del conducto pancreático principal, especialmente en cuerpo y cola (con resto de la glándula normal) le confiere un aspecto quístico, planteando diagnóstico diferencial con el cistoadenoma mucinoso (que no asocia dilatación del conducto pancreático principal)



TMPI DEL CONDUCTO PRINCIPAL CON AFECTACIÓN DIFUSA

Otros hallazgos: dilatación de papila mayor, con impronta del conducto principal hacia la luz duodenal (flechas finas).

Adicionalmente la dilatación del conducto principal se asocia a dilatación de conductos 2º, especialmente en proceso uncinado y cola pancreática (flechas grises)

Modificado de:

"Intraductal Papillary Mucinous Tumor of the Pancreas: A Pictorial Essay"

Procacci et al.

RadioGraphics Vol. 19, No. 6: 1447-1463



Factores diferenciadores del TMPI del conducto principal de la pancreatitis crónica:

- Dilatación difusa del conducto sin estenosis
- Impronta sobre la ampolla de Váter
- Nódulo sólido/realce dentro de conducto o quiste
- Quistes ramificados



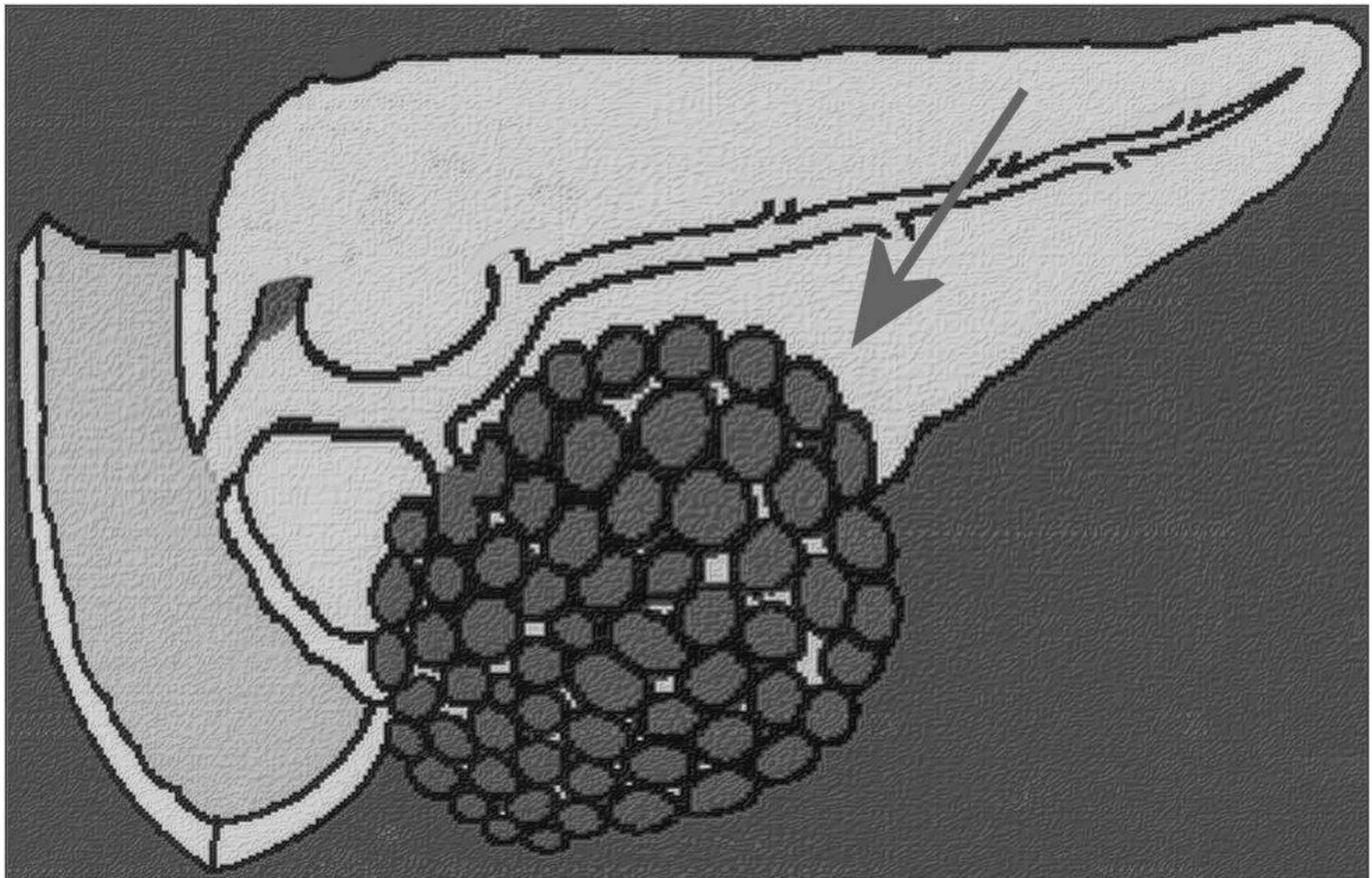
-Tumor mucinoso papilar intraductal de ramas secundarias

- Lesiones quísticas que con frecuencia se localizan en la cabeza o el proceso uncinado.
- Patrón macro o microquístico.
- La mucina distiende el conducto colateral y produce una lesión quística; el parénquima adyacente se atrofia y se transforma en la cápsula de la masa.
- H>M . 60 -70 años.
- Menor riesgo de malignización.

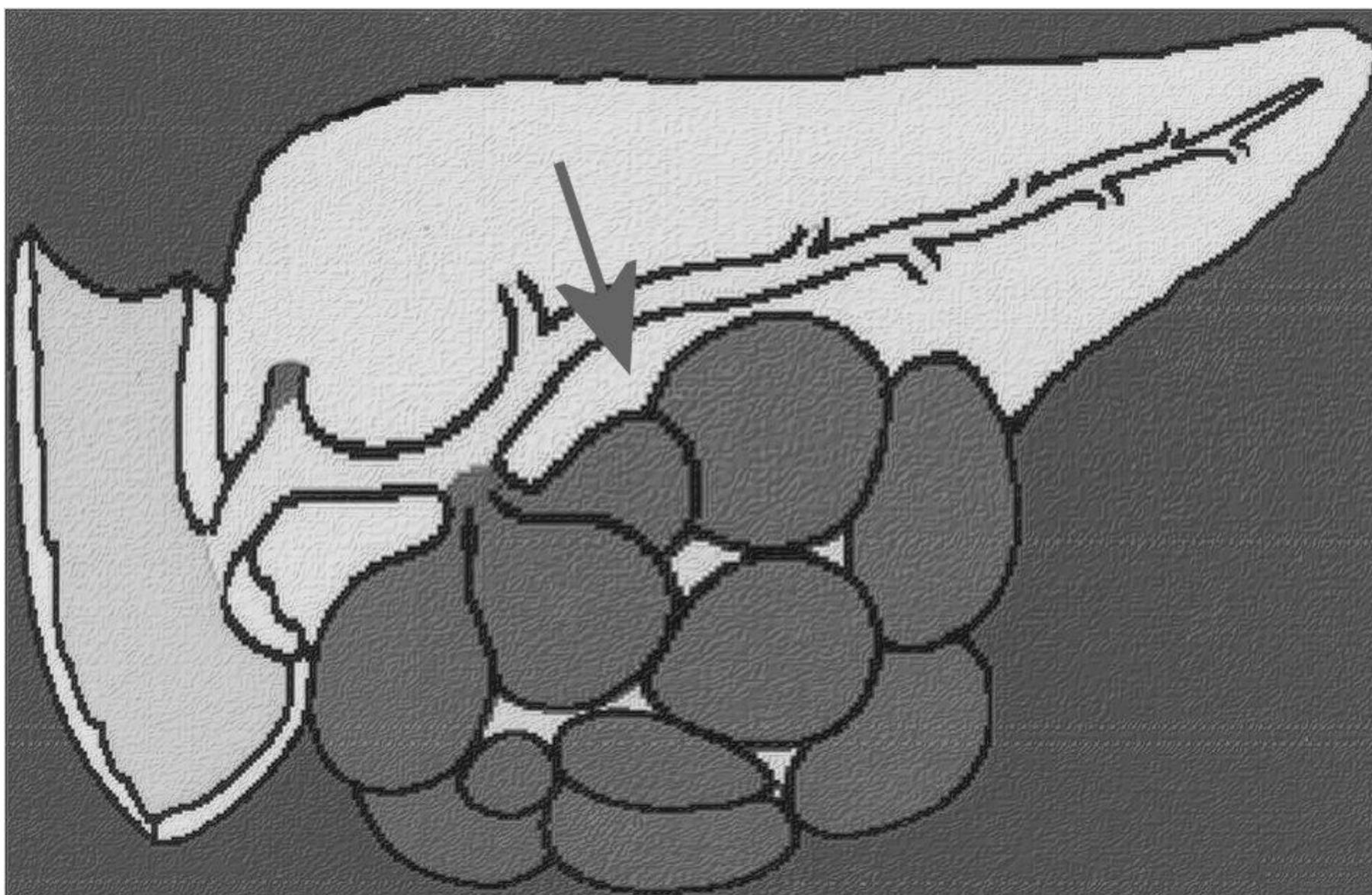


Características radiológicas (RM /COLANGIORM):

- Mayor parte de la glándula normal, excepto por la dilatación de una o varias ramas secundarias.
- Predomina en proceso uncinado.
- Las lesiones pueden presentar aspecto micro o macroquístico.
- El aumento del grosor de la pared del quiste, realce de ésta después la administración de contraste y/o los nódulos murales son hallazgos de sospecha. Otros son el tamaño del quiste mayor de 3 cm y calibre del conducto pancreático principal de 5 a 9 mm



Patrón microquístico: quistes pequeños separados por tabiques delgados. Este aspecto es similar al del cistoadenoma seroso y sólo la demostración de una comunicación entre la lesión y el conducto principal permite un diagnóstico correcto.



Patrón macroquístico: el más frecuente. La demostración de la comunicación con el conducto pancreático principal es el signo que permite diferenciarlo de otras lesiones quísticas.



3. TIPO COMBINADO

- Similar al tipo de conducto principal en cuanto a pronóstico y supervivencia global.
- Afectación avanzada de ramas secundarias junto a dilatación del conducto pancreático principal >5 mm.

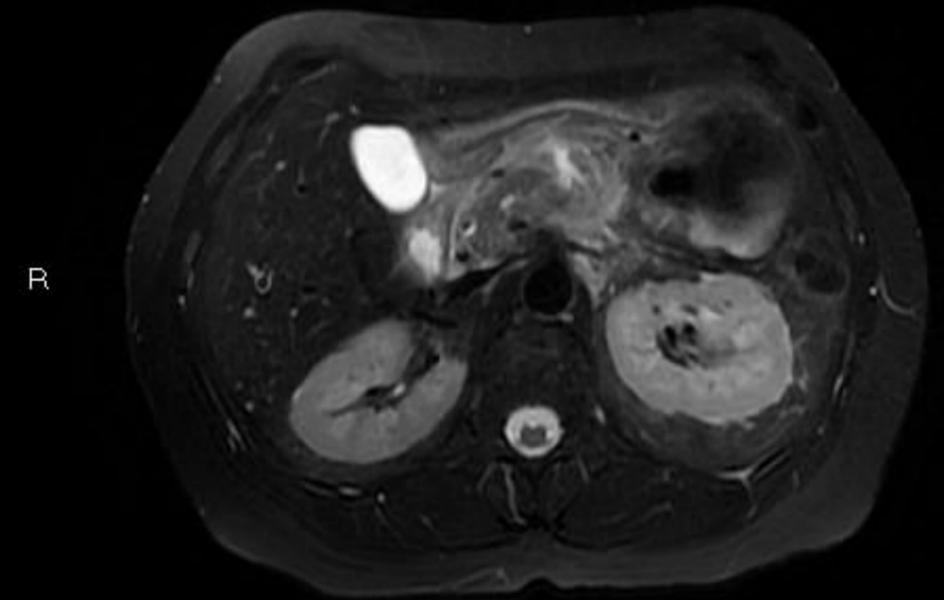


Caso clínico:

- Paciente de 40 años que ingresa por 2º episodio de pancreatitis aguda. Vesícula alitiásica.
- Se baraja la posibilidad de etiología tóxica.
- Se efectúa colangioRM

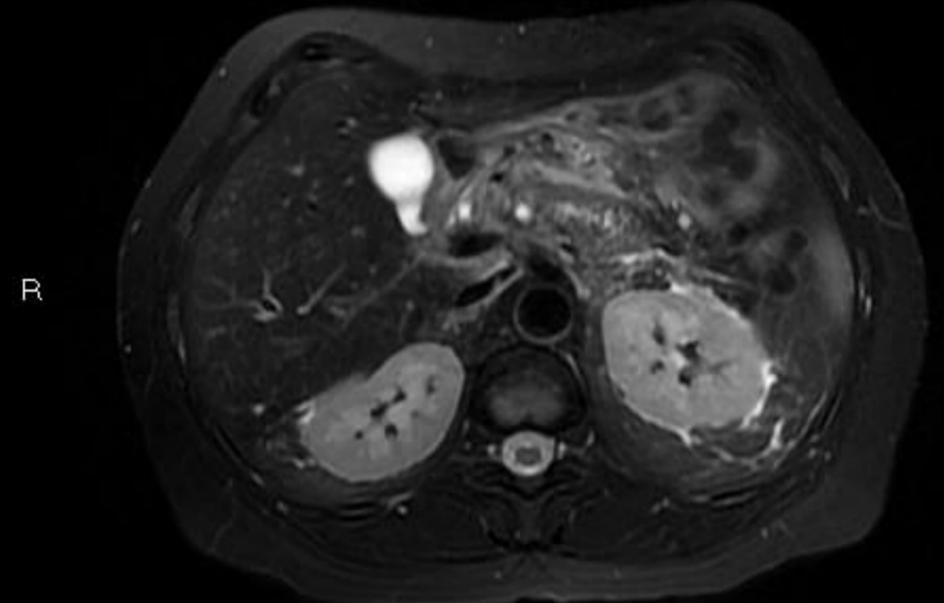
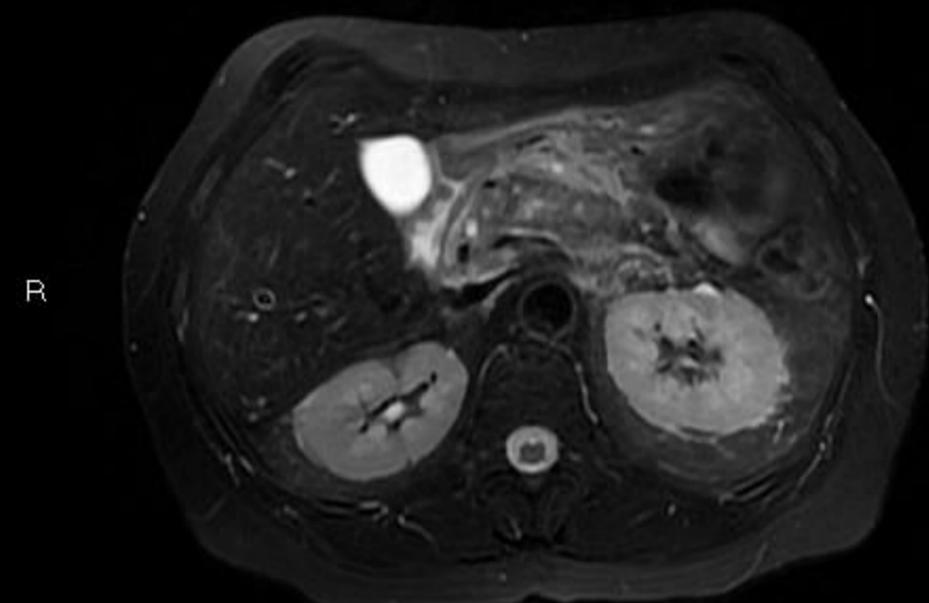
<11-9>

<11-8>

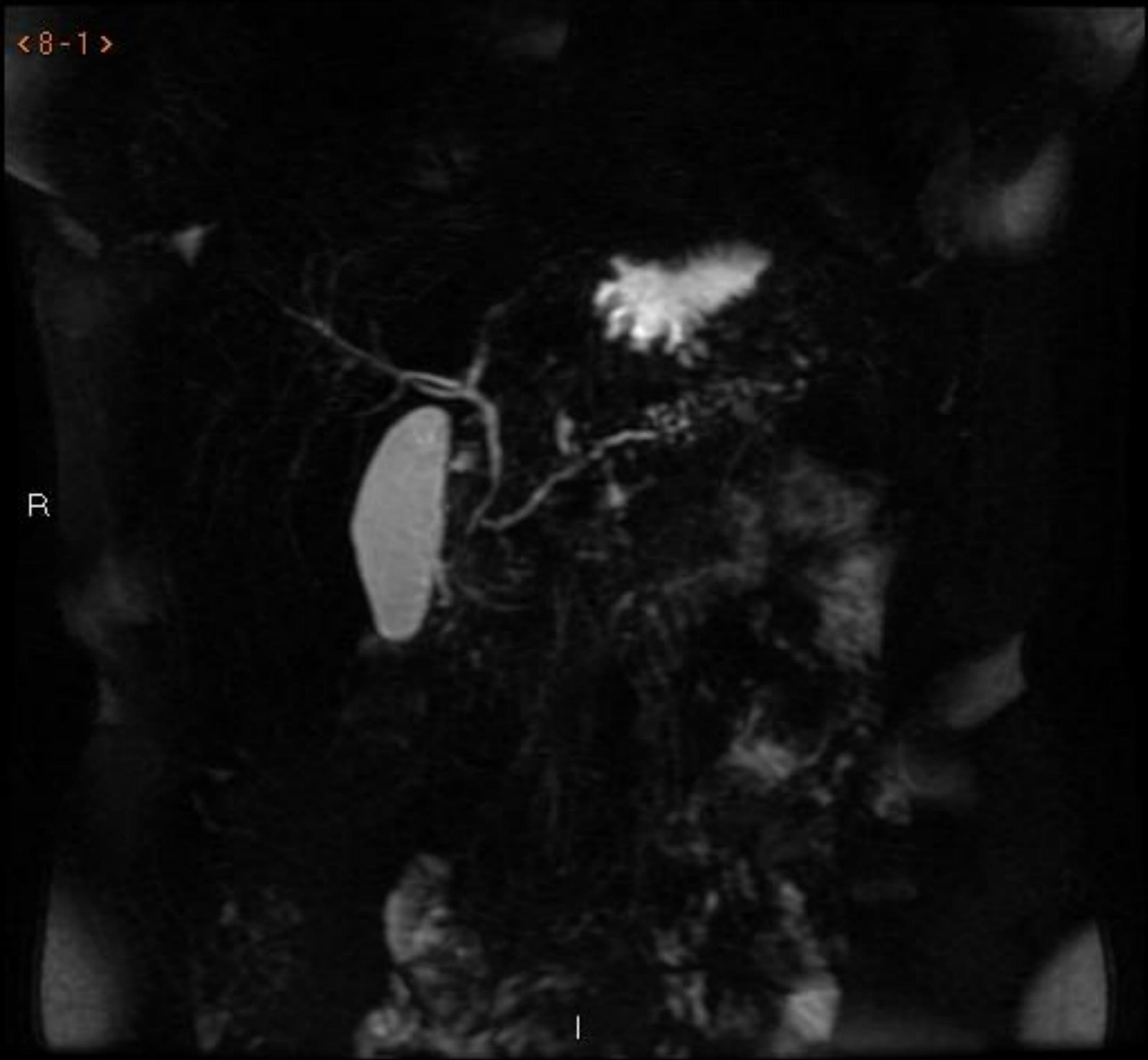


<11-7>

<11-6>



Imágenes axial T2 fat sat: Glándula pancreática engrosada, con muy mala definición de su contorno especialmente a nivel de cuerpo, con área flemonosa peripancreática en cuyo seno se aprecia una lesión quística de unos 13 mm, sin aparente comunicación con el conducto pancreático principal y sugestiva de pseudoquiste por episodio previo (imagen superior izquierda).



Secuencia colangiográfica:

Conducto pancreático principal ectásico (<5 mm), con múltiples dilataciones quísticas ductales secundarias a nivel de cuerpo y sobre todo en cola - en su mayoría en comunicación con el conducto pancreático-, en relación con tumor mucinoso papilar intraductal de rama secundaria. No se puede excluir la coexistencia con pseudoquistes milimétricos. Adicionalmente, páncreas divisum



<7>



Colangio-RM efectuada 2 meses después del episodio agudo: dilatación arrosariada del conducto pancreático principal (5 mm) con estenosis cortas. Dicha morfología es más sugerente de cambios crónicos por pancreatitis. Resulta más evidente la comunicación de múltiples dilataciones quísticas ductales secundarias en cola con el conducto principal (TMPI). Pequeños quistes en cuerpo, sin comunicación, en relación con pseudoquistes.



Diagnóstico

- Pancreas divisum
- Cambios por pancreatitis crónica (dilatación arrosariada del conducto pancreático principal, pseudoquistes)
- TMPI de rama secundaria



REFERENCIAS

- [Radiologic Spectrum of Intraductal Papillary Mucinous Tumor of the Pancreas](#)

Jae Hoon Lim, Gina Lee, and Young Lyun Oh

RadioGraphics 2001 21:2, 323-337

- Imaging considerations in intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas.

Pedrosa I, Boparai D.

World J Gastrointest Surg. 2010 Oct 27;2(10):324-30.

doi: 10.4240/wjgs.v2.i10.324. PMID: 21160838;

PMCID: PMC2999202.

- The utilization of imaging features in the management of intraductal papillary mucinous neoplasms.

Palmucci S, Trombatore C, Foti PV, et al.

Gastroenterol Res Pract. 2014;2014:765451.

doi:10.1155/2014/765451

- Resonancia magnética. Tórax, abdomen y pelvis. Aplicaciones clínicas.

Evan S. Siegelman, MD.

Ed. Panamericana.