



P-245 - NEOPLASIA INTRADUCTAL MUCINOSA PAPILAR (IPMN) Y PANCREATITIS CRÓNICA (PC), ¿DOS ENTIDADES SOLAPADAS?

Al Shwely, Farah Adel; Arteaga, Vladimir; Kuhnhardt, Andreé; Valenzuela, José; García Amador, Cristina; López Marcano, Aylhin; Medina, Aníbal; Ramia, José Manuel

Hospital Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: Las IPMN es una entidad en creciente diagnóstico, la extensa calcificación pancreática es generalmente considerada un signo de pancreatitis crónica, pero probablemente tenga lugar de forma simultánea con el desarrollo de las IPMN, algo que dificulta el diagnóstico. Las IPMN presentan pancreatitis como uno de sus síntomas en el 43% de los casos según algunas series. En el 12-60% de las IPMN hay una historia de PC, pero solo el 2% de las PC se asocian con IPMN. Las IPMN suponen más de un tercio de todas las lesiones quísticas pancreáticas. Es más frecuente en mujeres entre 60-70 años, la localización predominante es la cabeza pancreática, su contenido mucinoso y la comunicación con el conducto pancreático, el aumento de amilasa y CEA en el líquido intraquístico son dos datos que orientan hacia su diagnóstico.

Caso clínico: Varón, 54 años, AP: fumador, dislipémico, diabetes tipo II. Consulta por pérdida de peso 15 Kg en los últimos 6 meses y mal control glucémico. En los hallazgos de laboratorio destacan, glucosa sérica 233 mg/dl, Amilasa 37 U/L, AFP 3 ng/ml, CEA 5,2 ng/ml, Ca 19.9 605 ng/ml. Tomografía computarizada: proceso unciforme aumentando de tamaño con imagen quística en cabeza pancreática de 25 mm y litiasis que obstruye Wirsung con dilatación distal. Eco endoscopia: lesión redondeada de 32 mm en cabeza pancreática compatible con quiste mucinoso/pseudoquiste que se biopsia (AP: lesión quística mucinosa pancreática de bajo grado), y adenopatía de 14 mm adyacente al páncreas (biopsia: negativa para malignidad). Con el diagnóstico de tumoración mucinosa vs NIMP en paciente con pancreatitis crónica. Se interviene realizando duodenopancreatectomía cefálica observando un remanente pancreático atrófico por PC y salida de mucina por el Wirsung. El estudio intraoperatorio nos informa de afectación del margen en conducto pancreático principal, por lo que se realizó duodenopancreatectomía total y esplenectomía. El resultado AP definitivo fue neoplasia pancreática pT2pN0 sobre IPMN extensa que afecta al conducto pancreático principal y ramas secundarias, cond displasia epitelial de alto grado multifocal. Ganglios aislados (35) negativos para malignidad. El paciente se encuentra asintomático y libre de enfermedad a los 12 meses.

Discusión: La supervivencia de los pacientes con neoplasia pancreática sintomática es baja y uno de los retos para disminuir la mortalidad es el diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones premalignas, como es la IPMN. El diagnóstico diferencial entre IPMN y PC es difícil sobre todo en los estadios iniciales en los que las que la única modificación histológica es la hiperplasia papilar y

dilatación del conducto pancreático. El retraso en el diagnóstico y tratamiento favorece la transformación maligna. Las IPMN tienen mayor prevalencia en el sexo femenino, afectan a pacientes con edad más avanzada, y tienen menos relación con el alcohol y el tabaco que en los casos de PC. Estas diferencias epidemiológicas entre ambas entidades sugieren que en la mayoría de los casos las NIMP son una causa y no una consecuencia de la PC.