



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-242 - NEOPLASIA INTRAEPITELIAL PANCREÁTICA ASOCIADA EN UN MISMO PACIENTE A NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL

Guillén-Paredes, María Pilar¹; Jiménez-Ballester, Miguel Ángel¹; Martínez-Fernández, Josefa¹; Morales-González, Álvaro¹; Sánchez-Pérez, Pablo²; Pardo-García, José Luis¹

¹Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz; ²Consejería de Educación, Murcia.

Resumen

Introducción: Tanto la neoplasia intraepitelial pancreática (PanIN) como la neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) son lesiones precursoras del adenocarcinoma de páncreas y muy poco frecuentes, además, ambas son silentes y se suelen diagnosticar de forma tardía, cuando el cáncer ya se ha desarrollado. Su principal diferencia radica en que la NMPI puede ser detectada radiológicamente, mientras que la PanIN no, siendo una entidad anatomopatológica, lo cual dificulta aún más su diagnóstico. Por ello, presentamos el caso de una paciente donde coexistieron ambas lesiones precursoras del adenocarcinoma de páncreas, en la que se pudo detectar a tiempo y realizar su resección quirúrgica.

Caso clínico: Paciente 75 años con antecedentes de hipertensión e histerectomía con doble anexectomía por adenocarcinoma de cérvix en 2011. En seguimiento en Consultas de Digestivo por quistes hepáticos simples, donde en un control con RMN abdominal la paciente es diagnosticada de lesiones quísticas multifocales pancreáticas, ramificadas del conducto pancreático principal, en relación con sospecha de NMPI, por lo que fue derivada a nuestras consultas. Se realiza ecoendoscopia: múltiples quistes ramificados en cuerpo-cola, cabeza pancreática libre, posible NMPI. PAAF: compatible con NMPI. Se interviene bajo anestesia general y abordaje laparoscópico, realizando una esplenopancreatectomía corporocaudal, con ecografía intraoperatoria que descarta presencia de quistes en páncreas residual. El postoperatorio fue satisfactorio con alta al 7º día postoperatorio. Anatomía Patológica: formaciones quísticas revestidas de epitelio columnar de tipo gástrico foveolar con displasia leve y moderada (NMPI). Frecuentes focos de PanIN fundamentalmente tipo 1A, 1B, focalmente tipo 2 y un foco de PanIN tipo 3 con atipia intensa.



Discusión: Clásicamente, las PanIN han recibido diferentes denominaciones, hasta que se unificó la clasificación en 1990, considerando cuatro grupos que reflejan los cambios histológicos progresivos desde el epitelio normal hasta el adenocarcinoma: tipo 1A y 1B se consideran lesiones de bajo grado, tipo 2 son de riesgo bajo o intermedio y tipo 3, se consideran de alto grado. El tratamiento de estas lesiones está por determinar, y aunque algunas progresan hacia carcinoma infiltrante, se desconoce en qué porcentaje lo hacen y la rapidez con que lo hacen. Está aceptado que no se necesita tratamiento para las lesiones PanIN 1A, 1B y 2; hay casos anecdóticos de lesiones PanIN 3 que progresan a carcinoma, por lo que se recomienda ampliación de márgenes en dichos casos, siempre teniendo en cuenta la situación clínica del enfermo. Con respecto a nuestro caso, presentaba todos los tipos de PanIN, y se realizó una correcta resección tanto de la NMPI como de la PanIn, con adecuados márgenes. Llama la atención que, a pesar de haber realizado una ecografía intraoperatoria para resecar todas las lesiones de la NMPI, se nos plantea la duda de si en el páncreas residual habría más lesiones PanIn tipo 3, que no son visibles radiológicamente. Sin embargo, completar una pancreatectomía total a una paciente de 75 años, consideramos un método muy agresivo, se decidió realizar un seguimiento ambulatorio de por vida. Destacamos nuestro caso por la coexistencia de dos entidades tan infrecuentes en un mismo paciente.