

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V. Moreira, E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Neoplasia papilar mucinosa intraductal de páncreas

¿QUÉ ES LA NEOPLASIA PAPILAR MUCIMOSA INTRADUCTAL ?

La neoplasia papilar mucinosa intraductal (NPMI), es una entidad que engloba una serie de lesiones proliferativas de aspecto papilar productoras de moco y dependientes del epitelio del conducto pancreático principal (conducto de Winsung) o de alguna de sus ramas accesorias.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico se realiza por la TAC abdominal y la colangiografía por resonancia magnética nuclear. Estas exploraciones son cruciales para establecer el diagnóstico y el tipo de afectación, del conducto pancreático, aspecto que determina el tratamiento quirúrgico y el pronóstico. En ocasiones es útil la ecoendoscopia y la citología obtenida por punción. Dependiendo de la afectación del conducto pancreático; la NPMI se clasifica en:

- Afectación del conducto pancreático principal.
- Afectación de una o varias ramas accesorias del conducto principal: tipo accesorio.
- Tipo mixto cuando coinciden ambos tipos de lesiones, del conducto principal y de ramas accesorias.

¿POR QUÉ SE LLAMA NEOPLASIA?

Se denomina “neoplasia” porque en su evolución natural progresa a lesiones malignas invasivas, por lo que en la gran mayoría de los casos (los del conducto principal) el tratamiento será quirúrgico. Cerca del 40% de los pacientes intervenidos –especialmente del tipo I– presentan transformación maligna invasiva.

La secreción de moco (mucina) en el conducto pancreático da lugar a una dilatación quística; motivo por el que se incluye dentro de los tumores quísticos de páncreas, de los que la NPMI, representa el 30-35%.

¿CÓMO SE MANIFIESTA?

A diferencia de las otras lesiones quísticas del páncreas, la NPMI es más frecuente en varones y se suele diagnosticar entre la 6ª y 7ª década de la vida. La sintomatología es muy variada, ya que puede

detectarse como un hallazgo casual en una exploración abdominal (ecografía, tomografía axial computarizada; TAC) o dolor abdominal, pérdida de peso, ictericia por obstrucción biliar por la producción de moco– o episodios recurrentes de pancreatitis.

¿CUÁNDO EXISTE INDICACIÓN QUIRÚRGICA?

Se debe realizar la resección pancreática en todos los casos de afectación tipo I, II y en los tipo III cuando la lesión sea ≥ 3 cm, presente síntomas o signos radiológicos como presencia de nódulos, edad > 70 años y que se asocie a dilatación del conducto principal ≥ 7 mm.

¿QUÉ TIPO DE RESECCIÓN PANCREÁTICA SE DEBE REALIZAR?

Se debe extirpar el parénquima pancreático correspondiente a la porción del conducto afectado. Dependiendo de la localización –cabeza, cuerpo y cola– se realizan duodenopancreatectomía cefálica, centrales o pancreatectomía distal.

¿EN QUÉ CASOS ES POSIBLE EL SEGUIMIENTO Y OBSERVACIÓN?

Se puede realizar seguimiento en las lesiones tipo III –únicas de rama accesoria– de un tamaño ≤ 3 cm, asintomáticas y sin la presencia de nódulos o dilatación del conducto principal.

¿CUÁL ES EL PRONÓSTICO?

En líneas generales, con la resección curativa, y sin presencia de cáncer invasivo la supervivencia a los 5 años es superior al 70 % y en algunas series supera el 90%. Cuando en la pieza quirúrgica existe invasión carcinomatosa la supervivencia a los 5 años es del 30-50 %.

Javier A.-Cienfuegos y Fernando Rotellar

Departamento de Cirugía General y Digestiva.
Clínica Universidad de Navarra

