



Guía de actualización en patologías prevalentes en Cirugía General

Neoplasia intraductal mucinosa tipo II (NPIM II)

A quien operar?

Dr. Diego L Fernández MAAC

Recientemente la neoplasia papilar intraductal mucinosa (NPIM) del páncreas ha estado atrayendo cada vez más la atención debido a la complejidad en la toma de decisiones. Las guías internacionales de consenso sobre el manejo de NPIM han sido publicadas en 2006 (Sendai)(1) y revisadas en 2012 (Fukuoka)(2). La clasificación de NPIM son la tipo I que corresponde a la dilatación del ducto principal y la tipo II es la dilatación de los conductos secundarios en comunicación con el ducto principal y se mantiene el tipo mixto que se parece a una forma avanzada de la NIPM tipo II caracterizándose por la dilatación ducto principal (DP) > 5 mm teniendo una mayor frecuencia de malignidad, similar a la NIPM tipo I.

A pesar que la evidencia histológica es deficiente, se considera que la NIPM tipo II representa la mayoría de los quistes pancreáticos teniendo una prevalencia de alrededor del 2% al 3% en individuos sanos, asintomáticos que han sido objeto de TC o RM del abdomen.

Existen algunos cambios en las pautas de Fukuoka en la indicación para la resección de NPIM tipo II. Aunque las guías de Sendai sugieren la resección con al menos uno de los cinco criterios de sospecha de malignidad ("criterios de Sendai") Tabla 1, la adecuación del criterio de tamaño fue el tema más controvertido, ya que sólo del 13 al 22 por ciento de los quistes resecados mayor de 3 cm sin nódulos murales fueron malignos. Para evitar la intervención quirúrgica innecesaria las guías de Fukuoka cambiaron el criterio de tamaño de los **Estigmas** de alto riesgo a una categoría de **Características preocupantes**. Tabla 1 por consiguiente cambiaron las sugerencias de que NPIM tipo II había que operar.

Existe una subclasificación histológica de IPMNs en gástrica, intestinal, y el tipo pancreatobiliar oncocítico que se agregaron en las guías de Fukuoka. La mayoría de los resultados histológicos en la NPIM tipo II eran del tipo gástrico. Este tipo histológico se maligniza mucho menos pero cuando esto ocurre tiene un comportamiento más agresivo que el tipo intestinal. El pronóstico de la NPIM tipo II es mejor que las NPIM tipo I, y por lo tanto los subtipos histológicos se correlacionan con el pronóstico. Por el contrario, el carcinoma invasivo derivado de NPIM de tipo intestinal muestra un mejor pronóstico que el carcinoma invasivo derivado de tipos

no intestinales, aunque se maligniza mucho más frecuente que los demás. Por lo tanto, los subtipos histológicos serían de considerable interés para predecir el pronóstico, si se determina antes de la operación por tinción inmunohistoquímica o la determinación de marcadores moleculares del jugo pancreático o de el líquido aspirado de las NPIM tipo II. Este es un punto de investigación a futuro (3).

Las NPIM tipo II que no se reseca necesita de la vigilancia en términos de detectar su transformación maligna y el desarrollo del adenocarcinoma ductal pancreático (ACDP). La evidencia indica una prevalencia relativamente alta de ACDP en pacientes con NPIM II: 1.9 a 9.3 % en comparación a aquellos que no la tienen mientras que en relación a la NIPM tipo I la incidencia es menor. La incidencia anual acumulada se considera alrededor del 0,41 al 1,1%; el empeoramiento de la diabetes anual y altos niveles de CA 19-9 en suero se sugieren para predecir la presencia de ACDP como también cambios en el tamaño, realce mural o nódulos en las paredes del quiste.

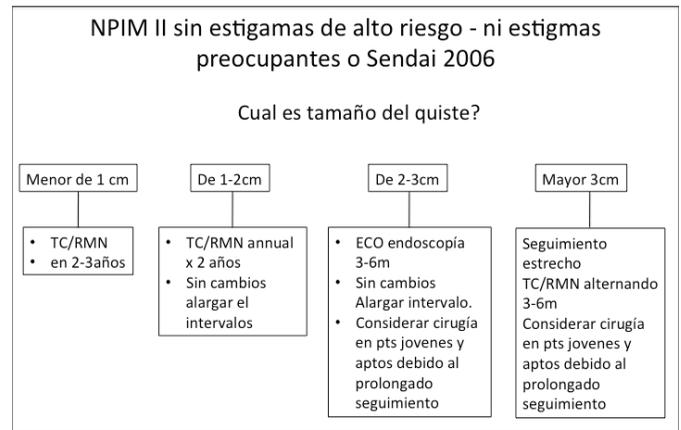
El intervalo óptimo y método de diagnóstico de la vigilancia de la NPIM tipo II todavía no se han determinado con exactitud. La TC y la RMN son usualmente los métodos diagnósticos y de seguimiento, se realizan alternativamente cada seis meses, pero la idoneidad de esta estrategia es poco clara. Las guías de Fukuoka sugieren que el intervalo de vigilancia puede alargarse después de dos años cuando no existen cambios morfológicos; Sin embargo la vigilancia cada seis meses también se recomienda para el diagnóstico precoz de la ACDP. La Eco endoscopia es más sensible para observar un ACDP temprano, así como pequeños cambios malignos en la NPIM tipo II, aunque esta técnica es más invasiva, más cara y más examinador dependiente. La Sociedad Japonesa de Páncreas está llevando a cabo un estudio prospectivo de vigilancia a gran escala para dilucidar el intervalo óptimo y la modalidad de vigilancia de la NPIM tipo II sin informes aún.

Como recomendación de tratamiento y seguimiento de las NPIM II quedan expuestas en las tablas 1 y 2.

TABLA 1

Guías de Sendai (2006) y Fokuoka (2012) para tratamiento de NIPM II		
Sendai 2006	Guías de Fukuoka 2012	
	Estigmas de alto riesgo	Estigmas Preocupantes
<ul style="list-style-type: none"> • Quiste sintomático < 3cm • Quiste asintomático > 3cm • Ducto principal > 6mm • Nódulo mural 	<ul style="list-style-type: none"> • Ictericia obstructiva • Componente sólido con realce • Ducto principal mayor 10mm 	<ul style="list-style-type: none"> • Quiste > 3cm • Pared engrosada con realce • Ducto 5-9mm • Nódulo mural sin realce • Cambio abrupto del calibre del ducto principal con atrofia pancreática
<p>Sendai 2006 y estigmas de alto riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • La resección pancreática debe ser considerada si la condición clínica lo amerita. <p>Estigmas preocupantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una eco endoscópica debería considerarse para mayor investigación. Si existe nódulo mural, afectación del ducto principal, citología sospechosa o positiva de malignidad la resección debe ser considerada. 		

TABLA 2



Casos clínicos de NPIM II.



BIBLIOGRAFÍA

1. Tanaka M, Chari S, Adsay V, Fernandez-del Castillo C, Falconi M, Shimizu M, et al. International consensus guidelines for management of intraductal papillary mucinous neoplasms and mucinous cystic neoplasms of the pancreas. *Pancreatology : official journal of the International Association of Pancreatology.* 2006;6(1-2):17-32. doi: 10.1159/000090023. PubMed PMID: 16327281.
2. Tanaka M, Fernandez-del Castillo C, Adsay V, Chari S, Falconi M, Jang JY, et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatology : official journal of the International Association of Pancreatology.* 2012;12(3):183-97. doi: 10.1016/j.pan.2012.04.004. PubMed PMID: 22687371.
3. Fong ZV, Ferrone CR, Lillemoe KD, Fernandez-Del Castillo C. Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm of the Pancreas: Current State of the Art and Ongoing Controversies. *Annals of surgery.* 2016;263(5):908-17. doi: 10.1097/SLA.0000000000001567. PubMed PMID: 26727096.