



## CARTAS CIENTÍFICAS

## Presentación de 2 casos clínicos-patológicos de neoplasias papilares intraductales pancreáticas con diferentes fenotipos y evolución

### Report of two clinical-pathological cases of pancreatic intraductal papillary neoplasms with distinct phenotype and outcome



Las neoplasias papilares mucinosas intraductales (NPMI) del páncreas se definen como tumores macroscópicos  $\geq 1$  cm de estirpe epitelial (quísticas o formación de masa) con diferenciación ductal que característicamente crecen dentro del sistema ductal en el conducto principal pancreático y/o en sus ramas laterales<sup>1</sup>.

Constituye una entidad mucho menos común que otros tumores mucinosos. Afecta a hombres y mujeres por igual entre las edades de 50-70 años. Está comúnmente asociada con patrones de crecimiento papilares desde el punto de vista histológico y con la constante acumulación de mucina, fundamentalmente expresión de mucina epitelial de la mucosa gástrica superficial (MUC5AC)<sup>2</sup>. Muchos casos son detectados incidentalmente durante la evolución clínica de otras patologías. Otros pacientes tienen historia de pancreatitis crónica, sugiriendo que la NPMI pueda estar años antes de ser diagnosticada. También han sido aisladamente descritas, en pacientes con Síndrome de «Peutz-Jeghers»<sup>3</sup>.

Se reconocen 4 fenotipos epiteliales: «tipos pancreático-biliar (el más común), intestinal, oncocítico y gástrico (los 2 últimos tipos mucho menos frecuentes)»<sup>1,4</sup>.

A su vez, puede ser clasificada según el grado de atipia celular y nuclear en bajo, moderado o alto grado de displasia intraepitelial.

Los carcinomas invasivos pueden ocurrir en asociación con NPMI.

El tipo pancreático-biliar se asocia generalmente con un adenocarcinoma de morfología tubular, mientras que el tipo intestinal con adenocarcinoma de tipo de coloide<sup>4</sup>.

El diagnóstico diferencial es principalmente con los cis-toadenomas mucinosos. La presencia de estroma similar al ovárico y la falta de comunicación con el sistema ductal principal son la clave para diferenciarlo<sup>5</sup>.

Describimos 2 casos de NPMI, en pacientes jóvenes con caracterización clínica y anatómo-patológica distintas.

**Caso 1:** Paciente masculino de 44 años, con antecedentes de poliposis intestinal y síndrome de «Peutz-Jeghers». Múltiples resecciones anteriores de pólipos hamartomatosos en Intestino delgado, colon y estómago. Ingresos previos por suboclusión intestinal y otra posterior por polipectomía en intestino delgado, colon y estómago.

En la TAC de control se identifica en la zona de transición cuerpo-cabeza de páncreas, una lesión sólido-quística de 35 mm que se visualiza en el interior del conducto pancreático principal.

Se le realiza PAAF transgástrica por ecoendoscopia y posteriormente pancreatomecтомía corporocaudal con esplenectomía, resecciones segmentarias intestinales y polipectomía por enterotomía.

Diagnóstico Anatomopatológico:

Citológico: Imágenes compatibles con adenocarcinoma.

Histológico: NPMI pancreática de carácter multicéntrico. Fenotipo pancreático-biliar con adenocarcinoma tubular invasivo asociado. Resecciones segmentarias intestinales: Pólipos hamartomatosos intestinales con áreas focales de crecimiento glandular veloso (fig. 1).

Conducta: quimioterapia pospancreatectomía cefálica.

Evolución (9 meses): TAC: pancreatomecтомía distal. Cabeza del páncreas sin signos de recidiva tumoral.

**Caso 2:** paciente femenina de 36 años de edad con antecedentes clínicos de múltiples episodios de pancreatitis aguda recidivante. A los 21 años, colecistectomizada con nuevos episodios de pancreatitis aguda por microlitiasis.

Es remitida de otro centro hospitalario para estudio de lesión quística pancreática en cabeza de páncreas.

En la TAC de páncreas se identifica una imagen de aspecto quístico localizada en la porción superior de la cabeza del páncreas. Dilatación regular del conducto de Wirsung.

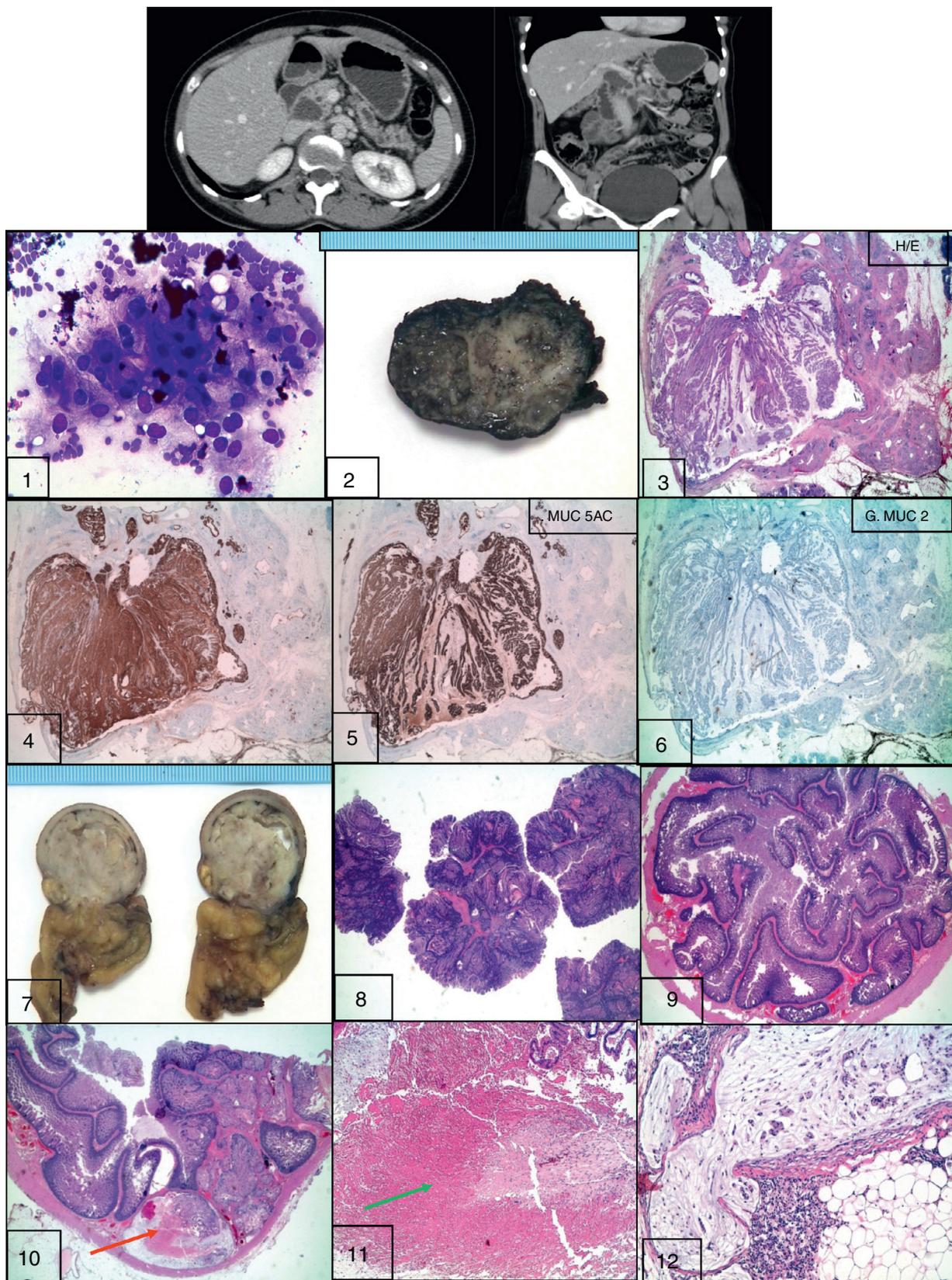
Se le realiza PAAF transduodenal por ultrasonografía endoscópica y posteriormente duodenopancreatectomía cefálica.

Diagnóstico anatomopatológico:

Citológico. Imágenes compatibles con lesión quística mucinosa.

Histológico: NPMI (1 cm) de fenotipo intestinal con displasia de alto grado y foco de microinvasión (fig. 2).

Límites quirúrgicos libres de infiltración. Ausencia de infiltración tumoral ganglionar.



**Figura 1** Caso 1. Estudio radio-imagen de la lesión pancreática 1. PAAF de lesión pancreática (tinción de Diff Quick). 2. Foto macroscópica de la lesión pancreática 3. Imagen de hematoxilina/eosina (H/E) de la lesión pancreática 4, 5, 6. Estudio inmunohistoquímico frente a las mucinas 7. Foto macroscópica de *pieza de resección intestinal*. Corte transversal 8. Imagen macro-micro H/E de lesión intestinal a 4x 9. Imagen a 10X de H/E de la lesión polipoide 10. Imagen de H/E de área de pseudoinvasión señalizada con flecha roja 11. Imagen de H/E necrosis isquémica señalizada con flecha verde 12. Imagen de H/E de mucina acelular con células macrofágicas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287823>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287823>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)