

PANCREATITIS AGUDA RECIDIVANTE

I. M. Méndez-Sánchez, F. M. Vera-Rivero, G. García-Fernández, R. Rivera-Irigoín, F. Fernández-Pérez, C. Albadea-Moreno, V. M. Aguilar-Urbano, A. Pérez-Aisa, U. Fernández-Moreno, A. M. Sánchez-Cantos

Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Señor Director,

Presentamos el caso de un paciente joven diagnosticado de tumor mucinoso papilar intraductal del páncreas (TMPI) tras varios episodios de pancreatitis aguda catalogada de idiopática.

Varón de 32 años de edad, sin hábitos tóxicos, antecedentes familiares ni medicoquirúrgicos de interés. Estudiado previamente en ámbito privado, refería haber presentado, desde hace varios años, crisis de dolor abdominal e hiperalasemia, catalogadas de pancreatitis aguda de origen no filiado. Tras un periodo sin seguimiento por estar asintomático acude a nuestras consultas aportando, de ingresos hospitalarios anteriores, analítica completa, ecografía y tomografía axial computerizada (TAC) de abdomen y colangiografía nuclear magnética (ColangioRNM), todos ellos normales. Realizamos ecografía abdominal que puso de manifiesto una dilatación sacular de unos 2,5 cm del conducto pancreático al nivel del cuerpo. Se realizaron estudios de imagen mediante TAC de abdomen y ColangioRNM que mostraron una lesión quística de unos 3 cm. localizada en el cuerpo pancreático de naturaleza incierta (Figuras 1 y 2). Dichos estudios no detectaron otros hallazgos valorables. Se realizó Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C.P.R.E) que demostró salida de material mucoide por la papila y los siguientes hallazgos: - Vía biliar sin alteraciones significativas. - Vía pancreática: mínima dilatación del conducto de Wirsung al nivel de la cabeza. Muy marcada dilatación del conducto pancreático principal y de las ramas secundarias en el cuerpo a cuyo nivel se aprecian varios defectos de repleción (Figura 3). Cola pancreática sin alteraciones significativas. Se tomó citología pancreática bajo control radiológico que dio el diagnóstico de tumor mucinoso papilar intraductal del páncreas. El paciente fue sometido a Pancreatectomía central, cierre de la porción cefálica pancreática y pancreatoyeyunostomía sobre la cola del páncreas tutorizada. Actualmente sigue controles periódicos y no presenta recidiva de la enfermedad.

El TMPI es una neoplasia quística del páncreas caracterizado por la proliferación de células mucinosas en forma

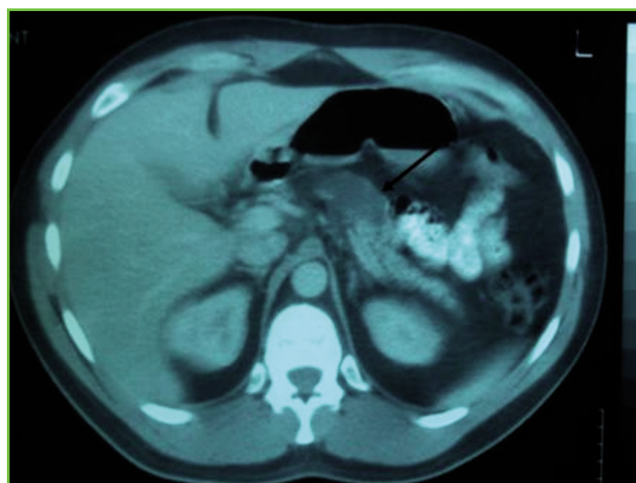


Figura 1

TAC abdomen c/c: Lesión quística de unos 3 cm. localizada en el cuerpo pancreático.

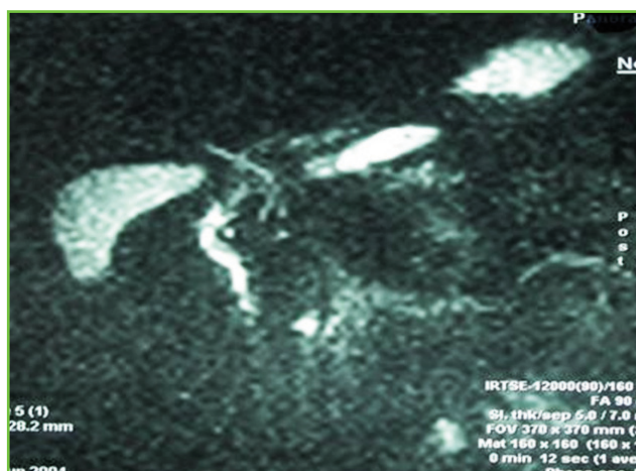


Figura 2

ColangioRNM: Lesión quística de unos 3 cm. localizada en el cuerpo pancreático.

de papilas a nivel ductal con hiperproducción de moco¹. Fue descrito por primera vez por Ohhashi en 1982, recibiendo numerosas denominaciones hasta la introducción del término TMPI². Representa el 2-7% de los tumores pancreáticos, aunque su incidencia se ha incrementado de forma exponencial en los últimos años¹. Afecta con mayor frecuencia a hombres con edad comprendida 40-80 años, presentándose con síntomas sugestivos de pancreatitis crónica con episodios repetidos de pancreatitis aguda en ausencia de factores etiológicos predisponentes para la misma³. La CPRE se considera la técnica de elección en el diagnóstico de los TMPI, ya que identifica la salida de material mucoso a través de la papila y permite visualizar la dilatación del conducto pancreático principal, así como la presencia de ramas colaterales ectásicas⁴⁻⁵. Aunque el tratamiento es un tema controvertido, el potencial de malignización de estas lesiones hace que la resección quirúrgica temprana sea el tratamiento de elección⁶.

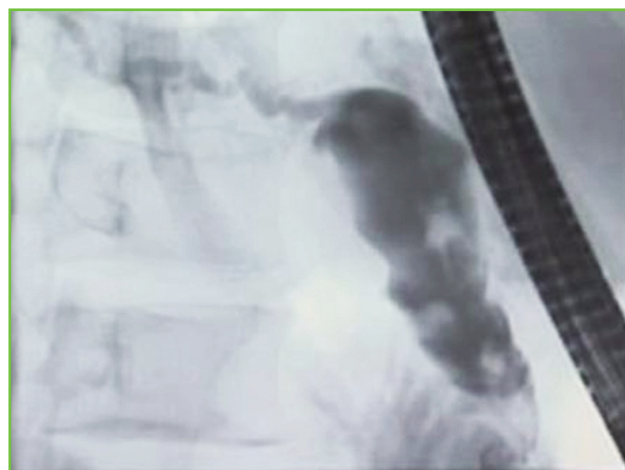


Figura 3

Marcada dilatación del conducto pancreático principal y de las ramas secundarias en el cuerpo a cuyo nivel se aprecian varios defectos de replección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yeo CJ. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *Adv Surg* 2002; 36:15-38.
2. Fernández J.A. Tumores quísticos del páncreas: revisión de la literatura. *Cir Esp* 2003; 73:297-308.
3. Azar C, Van de Stadt J, Rickaert F, Devière M, Baize M, Klöppel G et al. Intraductal papillary mucinous tumours of the pancreas. Clinical and therapeutic issues in 32 patients. *Gut* 1996; 39:457-64.
4. Nickl N.J., Lawson JM, Cotton PB. Mucinous pancreatic tumors: ERCP findings. *Gastrointest Endosc* 1991; 37: 133-8.
5. Yamaguchi K., Tanaka M. Mucin-hypersecreting tumor of the pancreas with mucin extrusion through an enlarged papilla. *Am J Gastroenterol* 1991; 86:835-9.
6. Falconi M., Salvia R., Bassi C., Zamboni G., Talamini G., Pedezoli P. Clinicopathological features and treatment of intraductal papillary mucinous tumour of the pancreas. *Br J Surg* 2001; 88: 376-81.