

Obstrucción intestinal Mecánica Alta Incompleta por Neoplasia Mucinoso Papilar Intraductal

Incomplete High mechanical intestinal obstruction due to Intraductal papillary mucinous neoplasm

***Dennis Cabral**¹ <https://orcid.org/0000-0001-8952-6399>

****Miguel Aranda**¹ <https://orcid.org/0000-0002-0088-4462>

1. Hospital Nacional de Itauguá, Servicio de Cirugía General. Itauguá, Paraguay

RESUMEN

La neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) es un tumor primario de páncreas exocrino que con mayor frecuencia asienta en la cabeza de páncreas y proceso uncinado y surgen dentro de los conductos pancreáticos, se caracterizan por la proliferación de células neoplásicas mucinosas, que forman papilas y causan dilatación del ducto principal o sus ramas.

Palabras clave: Neoplasia Mucinoso Papilar Intraductal, Obstrucción Intestinal, Cirugía de Whipple.

ABSTRACT

Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) is a primary exocrine pancreatic tumor that almost always occurs in the head of the pancreas and uncinata process and arises within pancreatic conductors, characterized by the proliferation of mucinous neoplastic cells, which form papillae and cause dilation of the main duct or its branches

Keywords: Intraductal papillary mucinous neoplasm, Intestinal Obstruction, Whipple surgery.

INTRODUCCIÓN

Las NMPI abarcan un amplio espectro de cambios epiteliales, desde adenomas benignos a adenocarcinoma invasor. Los sujetos con una NMPI del conducto principal tienen un riesgo del 30-50% de albergar un cáncer pancreático invasivo en el momento de la presentación⁽¹⁾.

Al contrario que los pacientes con adenocarcinomas del conducto pancreático (ACCP), generalmente se diagnostican en fase asintomática, el 50-60% de los pacientes con NMPI del páncreas debutan con dolor abdominal a consecuencia de la obstrucción del conducto pancreático principal, pérdida de peso en un 44%, un 25% con Pancreatitis Aguda, 17% con ictericia, un 12 % con

diabetes y fístula a órganos adyacentes en 7-15% con esteatorrea como manifestación clínica. No existen datos representativos de obstrucción intestinal como forma de presentación^(2,3).

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 80 años de edad, con cuadro de 4 días de evolución de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, se acompaña de náuseas y vómitos incoercibles y pérdida de peso de 10 kilogramos en los últimos meses. Refiere cuadros similares anteriores en varias oportunidades, niega ictericia, coluria, acolia; antecedentes familiares, hijo con cáncer de cabeza de páncreas tipo histológico desconocido.

Al examen físico abdominal dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho con defensa muscular sin signos de irritación peritoneal, no se palpan tumoraciones ni visceromegalias. Se coloca Sonda Nasogástrica para evacuación con salida de 1000 cc de líquido intestinal.

Laboratorio del ingreso con marcadores tumorales CA 19.9 ligeramente elevado, el resto de laboratorio dentro de los parámetros normales.

Ecografía abdominal: vías biliares intrahepáticas dilatadas, colédoco de 7,6 mm, páncreas con imágenes de colecciones heterogéneas, delimitadas, sin señal vascular al doppler color, la mayor de 97x112x38 mm y otra de 51x42x40 mm en proyección pancreática. Tomografía con contraste: dilatación del estómago y duodeno hasta su 2da porción a causa de tumoración de aspecto quístico en la cabeza del páncreas (anexo 1). Resonancia mag-

* Jefe de sala, Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay

** Residente del Segundo Año de Cirugía General

Autor Correspondiente: Dr. Miguel Ángel Aranda Wildberger. maaw_94@hotmail.com.

Recibido: 12-05-2020 - Aceptado: 16-02-2021

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

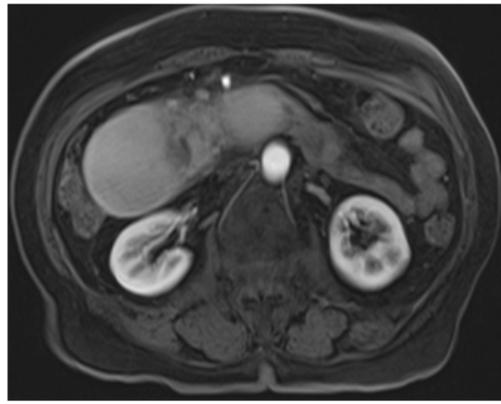
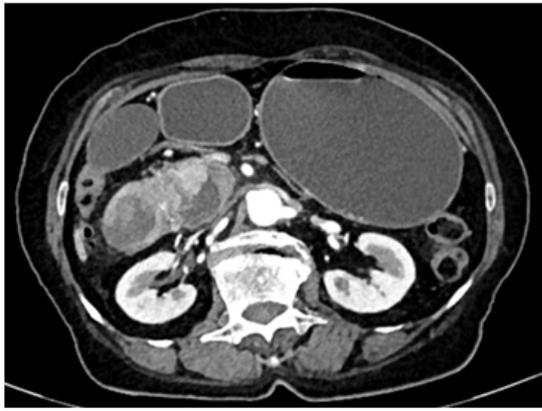


Figura 1: (izq) TAC con contraste (der) RMN de páncreas.



Figura 2: Pieza quirúrgica

nética de páncreas: masa solida de 5 cm en proyección de cabeza de páncreas con centro de comportamiento líquido en íntimo contacto con vasos mesentéricos y vena esplénica (*Figura 1*).

Se indica cirugía ante la persistencia del cuadro obstructivo: Cirugía de whipple con reconstrucción a lo child. Con exéresis de tumoración de 10cm a nivel de cabeza de páncreas de aspecto quístico de contenido líquido que comprime 2da porción de duodeno, no se constata invasión de vasos, siembra peritoneal ni Metástasis hepática. Se toma muestra de ganglios del hilio hepático y del tronco celiaco (*Figura 2*).

Anatomía patológica: Neoplasia Papilar Mucinoso Intraductal con Carcinoma Invasor asociado, moderadamente diferenciado Grado 2, con componente intraquistico autolisado. Con

invasión perineural sin infiltración vascular. No hay evidencia de carcinoma en 10 ganglios disecados. Estadio patologico: IIA (pT3,N0;Mx) G2.

DISCUSIÓN

En la mayoría de los casos el IPNM es asintomático. Una forma de presentación rara es la obstrucción intestinal mecánica alta por compresión duodenal. La cirugía está indicada, ya que además de la clínica de obstrucción, se observa una tumoración de 10 cm de diámetro que por sí misma implica un alto riesgo de degeneración maligna, la cual se confirma con el resultado de anatomía patológica, en donde se observa un cáncer invasor asociado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pimentel R, Castro PF, Ferreira JM, Areias JA. Neoplasia mucinosa papilar intraductal com fistulização gástrica e duodenal: uma forma rara de apresentação. J Port Gastroenterol. (Internet). 2013 Mar (citado 2020 Mar 31); 20 (2) : 74-78. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-81782013000200006&lng=pt.
2. Gálvez E, Gálvez G, Barboza A, Barboza E, Combe JM, Combe M R. et al. Neoplasia intraductal papilar quística mucinosa del páncreas y pancreatitis recurrente. Rev. gastroenterol. Perú (Internet). 2013 Ene (citado 2020 Abr 01); 33 (1): 66-74. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000100009&lng=es.
3. Jausset F, Delvaux M, Dumitriu D, Bressnot A, Bruot O, Mathias J, Regent D Laurent V. Benign intraductal papillary-mucinous neoplasm of the pancreas associated with spontaneous pancreaticogastric and pancreaticoduodenal fistulas. Digestion. 2010;82(1):42-6. doi: 10.1159/000265829. Epub 2010 Mar 4. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20203511>