

PICTURES IN DIGESTIVE PATHOLOGY

Pancreatic intraductal papillary mucinous tumor

E. Marín Serrano, M. A. Macías Rodríguez, P. Rendón Unceta, J. Pérez Requena¹, P. Guillén Mariscal and L. Martín Herrera

Services of Digestive Diseases and ¹Pathology. Hospital Puerta del Mar. Cádiz, Spain



Fig. 1.



Fig. 2.

A 56-year-old woman presented with belt-like radiated epigastric pain and elevated pancreatic enzymes (amilase: 850 U/L; lipase: 135 U/L). The patient had been cholecystectomized two years before after suffering from two acute episodes of pancreatitis of biliary origin. Since then, the patient reported postprandial epigastric discomfort.

An abdominal ultrasonography showed a dilated Wirsung's duct with a nodular filling defect of 10.8 mm in size. ERCP demonstrated a severely dilated primary pancreatic duct and secondary branches at the pancreatic head, inner filling defects (Fig. 1), and a negative cytology for malignity. CT and MRI findings were suggestive of chronic pancreatitis. Echoendoscopy disclosed a heterogeneous pancreatic parenchyma and a dilated primary pancreatic duct that was maximal at the isthmus (7 mm), where a hypoechoic, 12.5-mm wall nodule was identified (Fig. 2).

The patient was then diagnosed with a pancreatic intraductal papillary mucinous tumor (IPMT), and underwent duodenopancreatectomy. Histology of the surgical specimen confirmed an intraductal papillary adenoma with no stromal invasion at the pancreatic isthmus. After 15 months of follow-up the patient remains symptom-free and has no evidence of tumor relapse.

IPMT is an uncommon pancreatic neoplasm that is difficult to diagnose because of its slow growth and non-specific manifestations. It has been primarily reported in males aged between 60 and 70 years (1,2). Most of these tumors are located in the pancreatic head. Their site is the primary pancreatic duct in 75% of cases, and they involve secondary ducts and even the papilla as they extend along the former duct (3). Although rare, suspicion should be raised by the presence of idiopathic pancreatitis with duct dilation, or of pancreatic cystic lesions (2).

Both ERCP and MRI detect pancreatic duct changes with a high sensitivity; however, IPMT-related findings may be difficult to differentiate from those of chronic pancreatitis (4). EUS is a safe technique for the diagnosis of IPMT, as it provides high-resolution images of the pancreatic duct, wall nodules, and neighboring structures, and is useful for loco-regional tumor staging (5).

The treatment of choice for pancreatic IPMT is surgical resection. Prognosis is excellent for non-invasive cases, but close patient surveillance is needed after surgery as tumor relapse is common (4,5).

REFERENCES

1. Loftus Jr. EV, Olivares-Pakzad BA, Batts KP, Adkins MC, Stephens DH, Sarr MG, et al. Intraductal papillary-mucinous tumors of the pancreas: clinico-pathologic features, outcome, and nomenclature. *Gastroenterology* 1996; 110: 1909-18.
2. Azar C, Van de Stadt J, Rickaert F, Devière J, Delhay M, Baize M, et al. Intraductal papillary mucinous tumours of the pancreas. Clinical and therapeutic issues in 32 patients. *Gut* 1996; 39: 457-64.
3. Farrell J.J, Brugge W.R. Intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 701-13.
4. Brugge W.R. Evaluation of pancreatic cystic lesions with EUS. *Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 59: 698-707.
5. Sugiyama M, Atomi Y, Saito M. Intraductal papillary tumors of the pancreas: evaluation with endoscopic ultrasonography. *Gastrointest Endosc* 1998; 48: 164-71.

Tumor mucinoso papilar intraductal pancreático

E. Marín Serrano, M. A. Macías Rodríguez, P. Rendón Unceta, J. Pérez Requena¹, P. Guillén Mariscal y L. Martín Herrera

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Anatomía Patológica. Hospital Puerta del Mar. Cádiz

Mujer de 56 años que consultó por dolor en epigastrio irradiado en cinturón con elevación de las enzimas pancreáticas (amilasa: 850 U/L; lipasa: 135 U/L). Esta paciente había sido colecistectomizada dos años antes tras sufrir dos episodios de pancreatitis aguda de etiología biliar y refería desde entonces molestias postprandiales epigástricas.

La ecografía abdominal evidenció que el Wirsung estaba dilatado y que existían en él un defecto de repleción nodular de 10,8 mm de diámetro. Una CPRE demostró una intensa dilatación del conducto pancreático principal y de las ramas secundarias a nivel cefálico, defectos de repleción en su interior (Fig. 1) y citología negativa para malignidad. Los hallazgos de la TAC y RMN eran sugestivos de pancreatitis crónica. Una ecoendoscopia demostró que el parénquima pancreático era heterogéneo y que existía una dilatación del conducto pancreático principal que era máxima a nivel del istmo (7 mm). A este nivel se apreciaba un nódulo mural hipoeoico de 12,5 mm (Fig. 2).

La paciente fue entonces diagnosticada de un tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI) pancreático y sometida a una duodeno-pancreatectomía. El estudio histológico de la pieza quirúrgica constató la presencia de un adenoma papilar intraductal situado en el istmo pancreático sin invasión estromal. Tras 15 meses de seguimiento, la paciente está libre de síntomas y no hay evidencia de recidiva tumoral.

El TMPI es una neoplasia pancreática infrecuente y de difícil diagnóstico debido a su crecimiento lento ya que origina manifestaciones clínicas inespecíficas. Se presenta principalmente en varones de entre 60 y 70 años (1,2). La mayoría de estos tumores se localizan en la cabeza pancreática. En el 75% de las ocasiones asienta en el conducto pancreático principal, extendiéndose a lo largo del conducto e implicando a conductillos secundarios e incluso a la papila (3). Aunque es raro, debería ser sospechado ante la presencia de una pancreatitis idiopática con dilatación ductal o bien ante lesiones quísticas pancreáticas (2).

Tanto CPRE como RMN detectan cambios ductales pancreáticos con una elevada sensibilidad; sin embargo, los hallazgos del TMPI pueden ser difíciles de diferenciar de los de una pancreatitis crónica (4). La ecoendoscopia es una técnica segura para el diagnóstico del TMPI al proporcionar imágenes de alta resolución del conducto pancreático, de los nódulos murales y de las estructuras vecinas, siendo útil en el estadiaje loco-regional del tumor (5).

El tratamiento de elección del TMPI pancreático es la resección quirúrgica. El pronóstico de los casos no invasivos es excelente pero tras la cirugía es necesario el seguimiento estrecho del paciente ante el riesgo de recidiva tumoral (4,5).