

Fiabilidad de los criterios de malignidad para el tumor papilar mucinoso intraductal. ¿Fe ciega en las guías de consenso?

Palabras clave: Tumor papilar mucinoso intraductal. Tumores quísticos de páncreas. Criterios de malignidad.

Sr. Editor,

A tenor de una reciente revisión sobre las recomendaciones para el tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI) (1), queremos reflejar que diferentes estudios han demostrado limitaciones a la hora de identificar aquellos TPMI de rama secundaria con potencial malignidad. Tanto los criterios de Fukuoka (CF) de 2017 (2) como los de la Asociación Americana de Gastroenterología (3) presentan una especificidad y un valor predictivo elevados (1,4) (Tabla 1). Sin embargo, la ausencia de criterios de malignidad no disminuye totalmente el riesgo de displasia de alto grado (DAG) o carcinoma invasor (CI). TPMI sin criterios de malignidad pueden presentar riesgo de CI a cinco años del 2-3% (1).

El tamaño del quiste como criterio de malignidad continúa siendo controvertido. En el estudio elaborado por Sahara

y cols. (5), un 6,5% de pacientes sin criterios de malignidad y con tamaño < 3 cm tenían riesgo de presentar DAG. Además, el tamaño > 3 cm como único factor de riesgo aumentaba la posibilidad de CI hasta un 18%. Por tanto, el tamaño de quiste debe valorarse con cautela y se debe realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes. De hecho, un crecimiento > 5 mm en dos años de seguimiento se ha incluido como signo de alarma en la última revisión los CF (2).

Actualmente, la ecoendoscopia asociada a punción aspiración con aguja fina se presenta como prueba fundamental para el manejo de los TPMI, incluyéndose tanto la elevación de CA 19-9 como la atipia citológica en los CF de 2017 como signos de alarma (2).

Por tanto, pretendemos reseñar que, si bien las distintas guías de consenso publicadas en relación al diagnóstico y el manejo de estas lesiones suponen un punto de partida para llevar a cabo la evaluación de nuestros pacientes, hay que ser prudentes a la hora de aplicar los algoritmos de manejo que describen.

Juan Carlos Sebastián Tomás, Carmen Payá Llorente e Inmaculada Ortiz Tarín
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario
Doctor Peset. Valencia

DOI: 10.17235/reed.2018.5573/2018

Tabla 1. Exactitud de los criterios de malignidad para el TPMI según estudios retrospectivos y principales limitaciones

Criterios Sendai 2006	Criterios Fukuoka 2012	Criterios AGA 2015
S = 91,7%, E = 21,5%	S = 55,6%, E = 73%	S = 62%, E = 79%
VPP = 21%, VPN = 91,9% (4)	VPP = 32%, VPN = 87,9% (4)	VPP = 57%, VPN = 82% (1)
Elevada S y bajo VPP con riesgo de realizar resecciones quirúrgicas innecesarias	Aumenta la E y disminuye la S, con riesgo de ser demasiado conservadores y que tumores con focos de malignidad puedan pasar desapercibidos	

AGA: American Gastroenterological Association; S: sensibilidad; E: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo.

Bibliografía

- Moris M, Wallace MB. Intraductal papillary mucinous neoplasms and mucinous cystadenomas: current status and recommendations. *Rev Esp Enferm Dig* 2017;109(5):358-67. DOI: 10.17235/reed.2017.4630/2016
- Tanaka M, Fernández-Del Castillo C, Kamisawa T, et al. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. *Pancreatol* 2017;17(5):738-53. DOI: 10.1016/j.pan.2017.07.007
- Vege SS, Ziring B, Jain R, et al. American Gastroenterological Association Institute guideline on the diagnosis and management of asymptomatic neoplastic pancreatic cysts. *Gastroenterology* 2015;148(4):819-22. DOI: 10.1053/j.gastro.2015.01.015

4. Kaimakliotis P, Riff B, Pourmand K, et al. Sendai and Fukuoka Consensus Guidelines identify advanced neoplasia in patients with suspected mucinous cystic neoplasms of the pancreas. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015;13(10):1808-15. DOI: 10.1016/j.cgh.2015.03.017
5. Sahara K, Mino-Kenudson M, Brugge W, et al. Branch duct intraductal papillary mucinous neoplasms: does cyst size change the tip of the scale? A critical analysis of the revised international consensus guidelines in a large single-institutional series. *Ann Surg* 2013;258(3):466-75. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3182a18f48