

Neoplasias Papilíferas Intraductais Produtoras de Mucina (IPMN)

Os IPMN são as neoplasias císticas pancreáticas mais frequentes, e em algumas casuísticas a prevalência pode chegar a 25%, com maior incidência nos pacientes de faixas etárias mais avançadas. Na maior parte dos casos o diagnóstico é feito acidentalmente, muitas vezes é um achado de imagem, o paciente é assintomático.

A origem do cisto é o próprio ducto pancreático, embora a patogênese não seja clara até hoje. A principal característica é a produção de mucina, uma proteína densa que se acumula nos ductos, causando ectasia e dilatação dos mesmos.

Saiba mais sobre lesões císticas do pâncreas

[Cisto adenoma seroso do pâncreas](#)

[Cisto adenoma mucinoso do pâncreas](#)

[Resumo da Live: lesões císticas do pâncreas](#)

Classificação

Os IPMNs podem ser classificados como:

- IPMNs de ducto principal: quando a dilatação e ectasia é do próprio ducto de Wirsung, podendo acometer o ducto todo ou apenas um segmento;
- IPMNs de ductos secundários: quando as dilatações acometem os ductos menores do pâncreas, podendo ser multifocais em até 67% dos casos;
- IPMNs mistos: acometem tanto ducto principal quanto os

ductos secundários, e se comportam como os IPMNs de ducto principal.



Quadro Clínico

A ampla maioria dos pacientes são assintomáticos, especialmente os que têm apenas dilatações de ductos secundários. Os sintomas que podem aparecer são: desconforto abdominal, icterícia e perda de peso. O aparecimento de sintomas, especialmente icterícia, é considerado um sinal de alarme, muito sugestivo de malignização. Os pacientes sintomáticos deverão ser reavaliados com exame de imagem.

Diagnóstico

O diagnóstico é baseado em alteração de exames de imagem. Como foi dito anteriormente, muitas vezes o diagnóstico é incidental. Apesar disso, ao encontrarmos uma lesão suspeita de IPMN, é necessário o seguimento deste paciente.

Os exames de imagem que auxiliam no diagnóstico e seguimento são:

- Tomografia computadorizada: a tomografia não é o melhor exame para avaliação de lesões císticas pancreáticas, porém pode ser utilizada para pacientes com contraindicação à Ressonância Magnética. O exame deve ser realizado com administração de contraste endovenoso em protocolo com 2 fases: arterial e venosa. Auxilia no diagnóstico diferencial das dilatações ductais, como no caso de calcificações e tumores pancreáticos.
- Ressonância Magnética com Colangio Pancreato-

ressonância: talvez seja o melhor exame para avaliação de IPMNs, pois permite ver a comunicação ductal, determina o exato segmento que a lesão se encontra e consegue avaliar sinais de preocupação, como componente sólido intracístico, realce na parede da lesão e acometimento de ducto principal. A MRCP é o exame de escolha para a avaliação do cisto e avaliação de sinais preocupantes ou sinais de alarme.

- Ecoendoscopia ou Ultrassom endoscópico: é um exame utilizado quando há dúvidas diagnósticas (diferenciação entre lesão mucinosa e não mucinosa, por exemplo) ou quando há suspeita de transformação maligna, visto que permite a punção do cisto com análise bioquímica (dosagem de amilase, CEA e glicose) além de citologia. As lesões menores de 1 cm não devem ser puncionadas, pois o risco de já serem malignas é muito baixo, além de não conseguir material suficiente para análise bioquímica. Para a análise citológica que é realizada em bloco, há uma tendência à utilização de agulhas de biópsia (FNB) ao invés de agulhas finas (FNA), o que parece melhorar a acurácia dos diagnósticos de displasias.

O exame de ultrassom convencional tem baixa acurácia para diagnóstico de lesões císticas pancreáticas, embora possa ser usado para seguimento das lesões já bem estabelecidas.

Critérios de gravidade

O consenso de Fukuoka, datado de 2012, sugere fatores de alto risco para evolução dos IPMNs.

Os critérios de alarme são:

- Envolvimento de ducto principal com dilatação > 10 mm
- Nódulo mural > 5 mm com captação de contraste
- Icterícia obstrutiva

Os chamados sinais "preocupantes" são:

- Pancreatite aguda
- Cisto > 3cm
- Espessamento e hipercaptação na parede do cisto
- Envolvimento do ducto pancreático principal entre 5-9mm
- Nódulo mural sem realce pelo contraste
- Transição abrupta de calibre do ducto principal, com atrofia do parênquima distal
- Crescimento do cisto > 5 mm em 2 anos

Nota: em 2023 houve a publicação do Guideline de Kyoto com atualizações nesses conceitos. Para saber mais confira esses artigos: [Guideline de Kyoto – atualizações na abordagem dos IPMNs – Parte I](#); [Guideline de Kyoto – atualizações na abordagem dos IPMNs – Parte II](#)

Condução

Os pacientes com critérios de alarme deverão ser considerados para a cirurgia, caso tenham condições para tal procedimento.

Os pacientes com "sinais preocupantes" devem ser seguidos, e possivelmente punctionados por Ecoendoscopia. Deverão ser seguidos conforme o algoritmo de manejo de pacientes com IPMN (figura 1).

Os consensos para manejo dos IPMNs estão em constante mudança, estabelecendo novos critérios para indicação de ressecção cirúrgica.



Algoritmo para o gerenciamento de suspeita de BD-IPMN. *A pancreatite pode ser uma indicação cirúrgica para alívio dos sintomas. &. O diagnóstico diferencial inclui mucina. A mucina pode se mover com a mudança na posição do paciente, pode ser deslocada com a lavagem do cisto e não tem fluxo Doppler. As características do nódulo tumoral verdadeiro incluem falta de mobilidade, presença de fluxo Doppler e PAAF do nódulo mostrando tecido tumoral. @. A presença de paredes espessadas, mucina intraductal ou nódulos murais é sugestiva de envolvimento do ducto principal. Na sua ausência, o envolvimento do ducto principal é inconclusivo. Abreviaturas: BD-IPMN, neoplasia mucinosa papilar intraductal do ducto secundário; PAAF, aspiração por agulha fina.

Como citar esse artigo

Marzinotto M. Neoplasias Papilíferas Intraductais Produtoras de Mucina. *Gastropedia*, 2022. Disponível em: <https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/pancreas/neoplasias-papiliferas-intraductais-produtoras-de-mucina-ipmn/>

Bibliografia

1. Tanaka, M. et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas *Pancreatology* 12 (2012) 183e197
2. van Huijgevoort, NCM et al. Diagnosis and management of pancreatic cystic neoplasms: current evidence and guidelines. *Nature Reviews | Gastroenterology & Hepatology*, 2019.
3. Sakorafas, GH et al. Primary pancreatic cystic neoplasms revisited. Part III. Intraductal papillary mucinous neoplasms. *Surgical Oncology* 20 (2011) e109ee118

4. Elta, GH et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Pancreatic Cysts. *Am J Gastroenterol* 2018; 113:464–479