Le cisti pancreatiche

Data 23 gennaio 2025
Categoria gastroenterologia

Una breve sintesi sulle cisti pancreatiche.

Il riscontro casuale di cisti del pancreas è abbastanza frequente, anche per l'uso ormai comune dell'ecografia di altre tecniche radiologiche. Il medico di famiglia, di fronte al riscontro casuale di una formazione cistica pancreatica, si avvale necessariamente di una consulenza gastroenterologica, preferibilmente presso una struttura specializzata sulle pancreopatie. Si tratta infatti di una condizione in cui è assolutamente necessario effettuare un'accurata diagnosi differenziale per escludere una forme maligna e programmare in ogni caso un attento e rigoroso follow-up anche qualora vi siano tutti gli elementi per considerare benigna la lesione. Tuttavia, pur trattandosi di un argomento strettamente specialistico, riteniamo utile che anche il medico di famiglia conosca i principi basilari che devono guidare la gestione delle cisti pancreatiche.

Dal punto di vista istologico queste lesioni possono essere epiteliali e non epiteliali.
Le forme benigne più frequenti sono le pseudocisti e i cistoadenomi sierosi.
Vi sono poi delle lesioni pre-maligne (circa la metà di tutte le cisti pancratiche riscontrate casualmente) rappresentate istologicamente dalle cisti mucinose, dalle neoplasie mucinose papillari intraduttali e dalle neoplasie cistiche mucinose.
Meno comuni sono le neoplasie pseudopaillari e i tumori neuroendocrini cistici che sono neoplasie cistiche maligne.

Sulla base delle caratteristiche cliniche e di imaging è possibile classificare le cisti in circa il 70-80% dei casi come benigne oppure a rischio basso, intermedio o elevato di neoplasia. Caratteristiche principali suggestive di rischio sono: paziente sintomatico, la presenza di ostruzione del tratto biliare, la dilatazione del dotto pancreatico principale > 5 mm, nodulo murale, componente solida in aumento, cisti > 3 cm, linfoadenopatia, aumento delle dimensioni della cisti di almeno il 20% o di 2,5 mm all'anno.

La scelta del trattamento dipende dalle caratteristiche della cisti e dalla presenza o meno di sintomi.
Nel caso di cisti asintomatiche inferiori a 3 cm, senza componente solida e senza dilatazione del dotto pancreatico principale ci si può limitare alla sorveglianza attiva che prevede l'esecuzione di una risonanza magnetica dopo un anno e in seguito ogni 2 anni (da sospendere se non ci sono variazioni dopo 5 anni).
L'ecografia endoscopica con aspirazione con ago sottile (EUS-FNA) è consigliata se sono presenti almeno 2 di queste 3 condizioni: dilatazione del dotto pancreatico principale, cisti > 3 cm, presenza di componente solida nella cisti.
L'ecografia endoscopica con aspirazione con ago sottile permette di analizzare il fluido cistico dal punto di vista citologico e inoltre di dosare la mucina e il CEA (alti livelli di CEA sono associati a lesioni mucinose).
L'intervento chirurgico è raccomandato nei pazienti sintomatici, se sono presenti sia una dilatazione del dotto pancreatico principale che una componente solida oppure se i risultati dell'EUS-FNA sono sospetti o depongono chiaramente per una neoplasia.

RenatoRossi

Bibliografia

1. European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. Gut. 2018 May;67(5):789-804. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316027. Epub 2018 Mar 24. PMID: 29574408; PMCID: PMC5890653.

2. Gonda TA et al. Pancreatic Cysts. N Engl J Med 2024;391:832-843.