

IX Congreso de la
CENORA

PALENCIA // 6 y 7
Centro Cultural de la Diputación OCTUBRE 2017



SOCIEDAD
CENTRO
NORTE
DE
RADIOLOGÍA
cenora



Lesiones pancreáticas, no todo es adenocarcinoma.

Ignacio Martín García, Manuel Ángel Martín Pérez, Sara Higuero Hernando, Verónica Álvarez Álamo, Miguel Gonzalo Domínguez, Juan Chaviano Grajera, José Manuel Sánchez Barrado, Guillermo García García, José Martín Marín Balbín

Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora



Objetivos

- La glándula pancreática es un órgano complejo ya que presenta actividad exo y endocrina. Esa complejidad también se traduce en la imagen radiológica ya que muchas veces es difícil realizar un diagnóstico de las lesiones y debemos hacer una aproximación diagnóstica para que el paciente reciba el tratamiento más adecuado o sea subsidiario de controles radiológicos.
- Los tumores de páncreas son lesiones heterogéneas que incluyen desde lesiones benignas hasta el adenocarcinoma, que no será estudiado en este trabajo.
- El principal objetivo es exponer las principales lesiones pancreáticas que hemos estudiado en nuestro centro este último año. Intentaremos categorizarlas según el aspecto predominante en la TC y RM.



Resultados

- Las técnicas de imagen tienen como objetivo localizar la lesión y aproximar el diagnóstico.
- Las técnicas de imagen para el estudio del páncreas son:
 - Ecografía: Técnica inicial. Muy limitada para su valoración completa
 - TC: Técnica de elección. Permite valorar adecuadamente la glándula aunque a veces hay limitaciones como los tumores isodensos. Protocolo:
 - Hélice sin contraste: Ver calcificaciones
 - Hélice en fase pancreática (40 s.): Ver vasos arteriales
 - Hélice en fase venosa portal (70 s.)
 - Opcionalmente fase a los 120 s. para ver captación tardía
 - RM: Para completar hallazgos TC.
 - Secuencias colangiográficas para valorar la relación del tumor con el conducto pancreático.
- Otras técnicas:
 - CPRE: Toma de biopsias.
 - Ecografía endoscópica: Permite detectar tumores pequeños (2-3 mm.) y realizar PAAF (importante para determinar composición de lesiones quísticas).



Resultados

Tumor mucinoso quístico (TMQ)

- 10-45% de neoplasias quísticas páncreas.
- Lesión macroquística, multilocular.
- No comunica con conducto pancreático.
- Localización: Cuerpo y cola.
- Potencialmente maligno, signos de sospecha:
 - Tabiques gruesos
 - Nódulos murales
 - Calcificaciones en cáscara de huevo

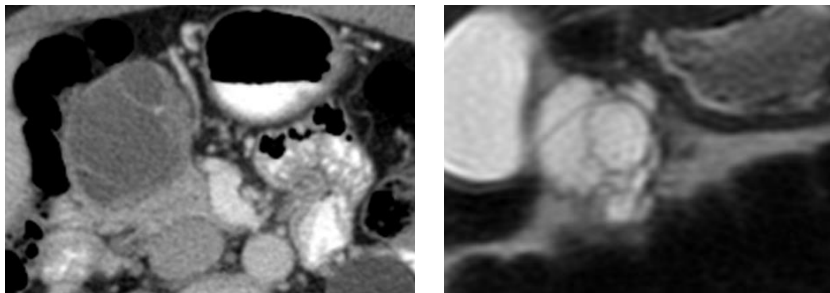
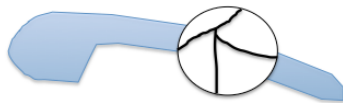


Imagen de TC (izda.) y RM (dcha.) de TMQ

Tumor seroso quístico (TSQ)

- Neoplasia quística más frecuente.
- Lesión quística bien delimitada formada por múltiples quistes. A veces cicatriz central con calcificaciones (30%)
- No comunica con conducto pancreático.
- Localización: Cualquier parte
 - 60% cuerpo y cola
- Variantes:
 - Microquística
 - Macroquística



Resultados

Tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI)

- Puede ser:
 - Rama lateral:
 - Uncinado (33%), multifocal y en racimo de uvas o unilocular.
 - Rama principal:
 - Dilatación del conducto pancreático.
- Puede malignizar, signos de sospecha:
 - Conducto mayor de 1 cm., multifocalidad, componente sólido, calcificaciones.

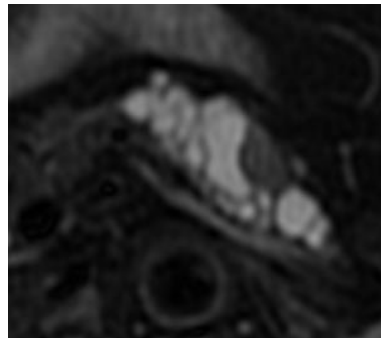
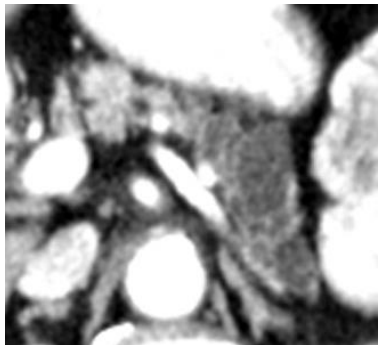
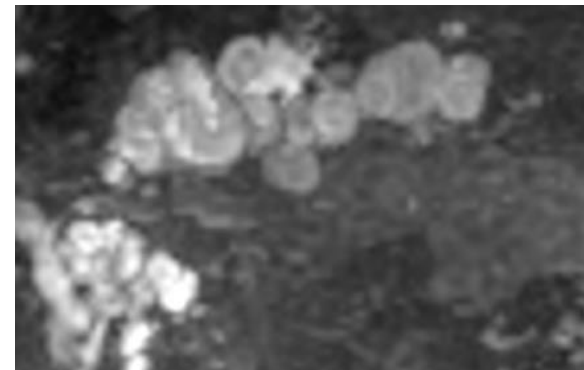


Imagen de TC (izda.) y RM (dcha.) de TMPI

Poliquistosis pancreática

- Sustitución quística del parénquima normal.
- Patología benigna.
- Tratamiento quirúrgico si:
 - Efecto masa o alteración de la función endo o exocrina.



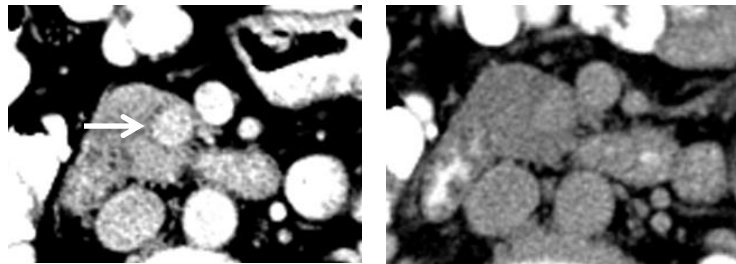
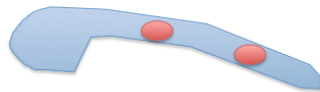
Reconstrucción MIP de RM de secuencia potenciada en T2



Resultados

Tumor neuroendocrino

- 1-5% de neoplasias páncreas.
- Se dividen en
 - Funcionantes, clínica de la hormona secretada:
 - Insulinoma, gastrinoma, glucagonoma.
 - No funcionantes, efecto masa.
- Lesiones bien delimitadas hipercaptantes en fase arterial y lavan tardíamente.
 - DD: Mtx hipervascular, cistoadenoma seroso microquístico o bazo accesorio.



Lipoma

- Tumor mesenquimal raro en el páncreas.
- Lesiones bien definidas con valores densitométricos entre -30 y -120 UH, sin realce.

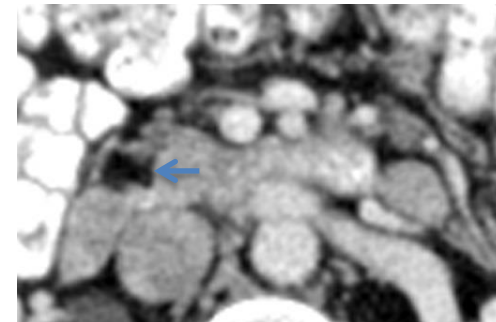


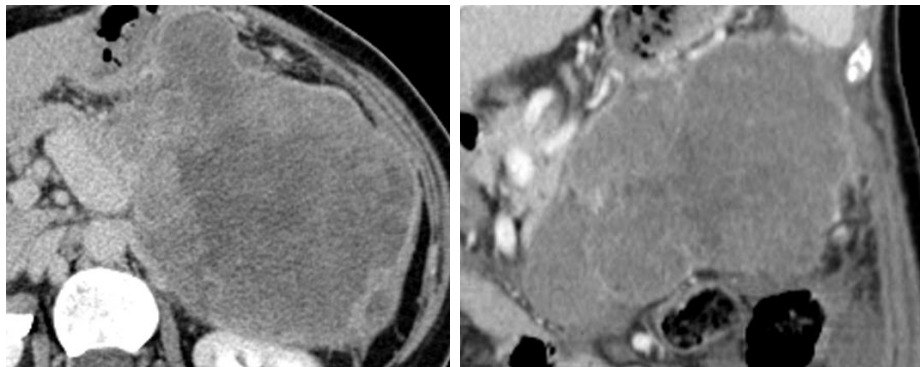
Imagen de TC. Lipoma en cabeza pancreática.

Insulinoma. TC en fase arterial (izda.) y fase tardía (dcha.)

Resultados

Carcinosarcoma

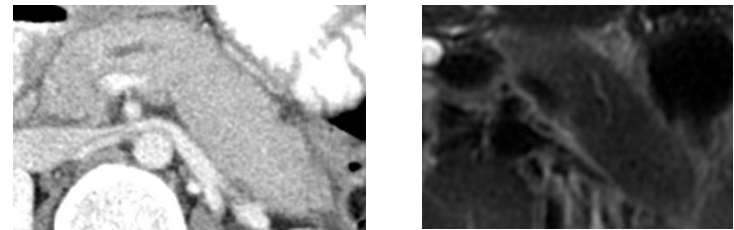
- Tumor extremadamente raro.
- Presenta componente de adenocarcinoma y sarcoma.
- Comportamiento por imagen agresivo con áreas sólido-quísticas e invasión de estructuras.
- Mal pronóstico.



Imágenes de TC con contraste axial y coronal

Pancreatitis autoinmune/linfoma difuso

- Patologías diferentes pero hallazgos por imagen superponibles.
- Aumento difuso del páncreas de aspecto hipodenso en TC con pérdida de su morfología normal.
- Autoinmune:
 - Más en varones y asociado a otras enfermedades autoinmunes.
 - Responde a corticoides.
- Linfoma (LNH-B):
 - Primario o secundario por afectación de adenopatías en vecindad.



Aumento difuso del páncreas en TC y RM



Resultados

Características de las lesiones pancreáticas

	Pseudoquiste	TMQ	TSQ	TMPI	T neuroendocrino	Lipoma
Sexo	H>M	M	H:M=1:4	H>M	H=M	-
Edad	3-7 década	4-5 década	6-7 década	6-7 década	5-6 década	-
Localización	Cuerpo y cola	Cuerpo y cola	Cualquiera	Rama lateral: Cabeza Rama principal: Cuerpo y cola	Cuerpo y cola	Cualquiera, sobre todo cabeza
Aspecto	Quiste unilocular con pared de grosor variable	Macroquístico, multilocular con septos	Microquístico, pared fina. Calcificación en cicatriz central o septos	Pared fina, macroquístico. Comunicación y dilatación del conducto pancreático	Redondeado, bien delimitado, realce hipervascular	Redondeado, bien delimitado, densidad grasa (-30 a -120 UH)
Tratamiento	Conservador	Quirúrgico	Conservador	Rama lateral: Conservador Rama Principal: Quirúrgico	Quirúrgico	Conservador Quirúrgico si efecto masa
Malignización	Sin potencial maligno	Puede malignizar(par ed gruesa e irregular)	Sin potencial maligno	6-46% el de rama 57-92% el de principal	Variable	Sin potencial maligno



Conclusiones

- Las lesiones pancreáticas pueden ser un reto diagnóstico muy complejo incluso empleando varias técnicas de imagen siendo importante una aproximación diagnóstica.
- Es necesario conocer la clínica y los hallazgos más frecuentes de cada lesión para un adecuado diagnóstico.



Bibliografía

- Federle MP et al. (2004). Los 100 diagnósticos principales en abdomen. Madrid: Elsevier.
- Hutchins G, Draganov PV. Diagnostic evaluation of pancreatic cystic malignancies. Surg Clin N Am.2010;90:399-410.
- Low G, Panu A, Millo N, Leen E. Multimodality Imaging of neoplastic and nonneoplastic solid lesions of the pancreas. Radiographics.2011;31:993-105.
- Sahani DV, Kadavigere R, Saokar A, Fernandez del Castillo C, Brugge WR, Hahn PF. Cystic pancreatic lesions: A simple imaging-based classification system for guiding management. Radiographics.2005;25:1471-84.