

Lesiones pancreáticas quísticas menos frecuentes: más allá del pseudoquistes

Poster No.: S-0554
Congress: SERAM 2014
Type: Presentación Electrónica Educativa
Authors: R. Sanchez Oro, M. Rausell Félix, M. J. Moreno Gomez, G. Silla, J. P. Ruiz Gutierrez, J. Palmero da Cruz; Valencia/ES
Keywords: Quiste, Neoplasia, Congénito, Educación, Aspectos técnicos, Ultrasonidos, TC, RM, Páncreas, Abdomen
DOI: 10.1594/seram2014/S-0554

Any information contained in this pdf file is automatically generated from digital material submitted to EPOS by third parties in the form of scientific presentations. References to any names, marks, products, or services of third parties or hypertext links to third-party sites or information are provided solely as a convenience to you and do not in any way constitute or imply ECR's endorsement, sponsorship or recommendation of the third party, information, product or service. ECR is not responsible for the content of these pages and does not make any representations regarding the content or accuracy of material in this file.

As per copyright regulations, any unauthorised use of the material or parts thereof as well as commercial reproduction or multiple distribution by any traditional or electronically based reproduction/publication method is strictly prohibited.

You agree to defend, indemnify, and hold ECR harmless from and against any and all claims, damages, costs, and expenses, including attorneys' fees, arising from or related to your use of these pages.

Please note: Links to movies, ppt slideshows and any other multimedia files are not available in the pdf version of presentations.

www.myESR.org

Objetivo docente

- Describir los hallazgos radiológicos en las diferentes técnicas de imagen (US, TCMD y RM) de las lesiones quísticas pancreáticas no correspondientes con pseudoquistes.
- Discutir las características propias de los diferentes tipos de neoplasias quísticas pancreáticas así como su diagnóstico diferencial.

Revisión del tema

Los pseudoquistes representan el conjunto de lesiones quísticas más frecuentes, lo que provoca que el resto de lesiones quísticas, incluidas las neoplasias quísticas, sean en número no despreciable de casos infradiagnosticadas.

En nuestro trabajo realizamos una revisión de estas lesiones quísticas menos frecuentes incluyendo: neoplasias quísticas, neoplasias sólidas con degeneración quística, lesiones quísticas congénitas y quistes pancreáticos de origen parasitario.

La detección de lesiones quísticas pancreáticas ha aumentado debido al amplio uso de los métodos de imagen. La TC es la prueba de elección para la detección inicial y caracterización de las lesiones quísticas del páncreas. La RM y colangioRM puede definir con mayor exactitud las características morfológicas de la lesión y demostrar su relación con el conducto pancreático. Cuando la caracterización mediante estas dos técnicas es difícil, la ecoendoscopia puede ser una herramienta ya que, además de proporcionar información de alta resolución sobre las características morfológicas del quiste, permite realizar aspiración del fluido intraquístico y toma de biopsias que ayudan a una mejor caracterización de la lesión.

Las neoplasias quísticas representan el 10% de todas las lesiones quísticas del páncreas. Dentro de este grupo de neoplasias el 90% está constituido por: cistoadenomas serosos, neoplasias quísticas mucinosas, neoplasias intraductales papilares mucinosas y neoplasias quísticas solidopapilares. Algunos tumores pancreáticos sólidos pueden experimentar degeneración quística como es el caso de: adenocarcinomas, tumor de células de los islotes, metástasis o teratoma quístico.

CISTOADENOMA SEROSO

Es más frecuente en mujeres mayores de 60 años. La localización típica es la cabeza pancreática. Presentan generalmente un contorno lobulado y una cicatriz fibrosa central con/sin calcificación estrellada. No comunican con el conducto pancreático. Es un tumor benigno y los pacientes asintomáticos no requieren resección quirúrgica, se recomienda seguimiento por imagen. Existen diferentes formas de presentación en las pruebas de imagen:

- En aproximadamente el 70% de casos presenta un patrón microquístico o poliquístico(>6 quistes <2cm) ([Fig. 1 on page 7](#)).

- Un 20% de casos presentan un patrón en panal que consiste en numerosos quistes muy pequeños, puede ser difíciles de individualizarlos en TC y hacer que la lesión tenga un aspecto sólido.
- La variante macroquística u oligoquística puede verse como una lesión unilocular o como una lesión con menor número de quistes de mayor tamaño (>2cm) es muy infrecuente (menos del 10%) y puede ser difícil de diferenciar de una neoplasia mucinosa quística ([Fig. 2 on page 7](#)).

NEOPLASIA MUCINOSA QUISTICA

Más frecuentes en mujeres entre la 4^a-6^a década, en el 75% de casos asintomáticas. Se localizan predominantemente en la cola y cuerpo del páncreas. Se suele presentar como una lesión multilocular macroquística, menos frecuentemente puede ser unilocular ([Fig. 3 on page 8](#)). Presenta una superficie normalmente lisa sin lobulaciones a diferencia del cistoadenoma seroso, una arquitectura interna compleja con septos que realzan, nódulos murales y proyecciones papilares. Pueden presentar calcificaciones en la pared o septos; las calcificaciones periféricas en cáscara de huevo son poco frecuente (10-25% de casos) pero específicas y son útiles para el diagnóstico diferencial con cistoadenomas serosos que presentan calcificación central. No presentan comunicación con el conducto pancreático. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica debido a su potencial maligno.

TUMOR MUCINOSO PAPILAR INTRADUCTAL

Se trata de un tumor con patrón de crecimiento papilomatoso intraductal que se origina en el epitelio mucinoso del conducto pancreático. Ocurre típicamente en hombres de edad avanzada (séptima década).

Se clasifica en tres tipos:

-TMPI del conducto principal: se manifiesta con una dilatación difusa o segmentaria del conducto pancreático principal ([Fig. 4 on page 9](#)).

-TMPI de ramas ductales: puede manifestarse como una dilatación multiquística lobulada de ramas ductales o como una lesión unilocular que ocurre normalmente en el proceso uncinado. Frecuentemente se asocia con dilatación más o menos marcada del conducto pancreático principal.

-TMPI mixto: se manifiesta con una dilatación del conducto principal y ramas del proceso uninado; en algunos pacientes también se afectan las ramas ductales del cuerpo y cola pancreático.

Se considera un tumor de bajo grado de malignidad, sobre todo la variedad hiperplásica o adenomatosa. La resección total es el tratamiento de elección en el TMPI del conducto principal. La resección local es frecuentemente suficiente para el TMPI del conducto principal con afectación segmentaria. En los TMPI de ramas ductales debería realizarse resección total cuando el conducto pancreático principal está dilatado. Puede optarse por el seguimiento en las lesiones quísticas menores de 2,5 cm con un conducto pancreático normal, ya que dichas lesiones son normalmente benignas y de crecimiento muy lento.

TUMORES SOLIDOS CON COMPONENTE QUISTICO

Algunos tumores sólidos del páncreas pueden presentar componentes quísticos asociados o sufrir degeneración y simular una neoplasia quística en imagen.

Tumor de células de los islotes

Son tumores neuroendocrinos infrecuentes que producen y segregan hormonas en grado variable. Se clasifican en dos grupos en función de sus manifestaciones clínicas:

- Funcionantes: los más frecuentes son el insulinoma y gastrinoma. Suelen manifestarse como masas pequeñas (<3cm) homogéneas e hipervasculares.

- No funcionantes: suelen presentarse como grandes masas con áreas de necrosis, degeneración quística y calcificación. Pueden presentar componentes sólidos hipervasculares en la periferia y áreas sin realce en el centro, invasión local y vascular y metástasis a distancia ([Fig. 5 on page 10](#)).

Tumor sólido pseudopapilar

Es un tumor infrecuente de bajo potencial maligno. Ocurre principalmente en mujeres en la 2^a-3^a década (sobre todo de raza asiática y afroamericana). Suele manifestarse como una masa grande bien definida con grados variables de hemorragia, necrosis y degeneración quística. Pueden presentar áreas sólidas que realzan en la periferia y espacios quísticos centrales. También pueden presentar calcificaciones. Presentan típicamente una cápsula fibrosa gruesa. Pueden ocurrir en cualquier zona del páncreas pero son más frecuentes en la cabeza y en la cola.

Metástasis.

Los tumores que más frecuentemente producen metástasis pancreáticas son el melanoma, carcinoma de células renales, pulmón, mama, ovario y carcinoma hepatocelular. El carcinoma de ovario es el que produce con más frecuencia metástasis quísticas.

Adenocarcinoma.

Puede presentar áreas quísticas debidas a necrosis y hemorragia.

LESIONES QUISTICAS CONGÉNITAS

Las lesiones quísticas congénitas son poco frecuentes, pueden ser uni o multiloculares y afectar a una porción o a todo el páncreas. Derivan de una segmentación anómala de los conductos primitivos del páncreas y su superficie interna se encuentra recubierta por un epitelio verdadero. No presentan comunicación con el conducto pancreático.

Los quistes congénitos aislados representan menos del 1% de las lesiones quísticas del páncreas y normalmente ocurren en niños menores de dos años; se han descrito pocos casos de quistes verdaderos únicos en adultos. Su tamaño puede ir desde microscópicos hasta los 5 cm ([Fig. 6 on page 11](#)).

La mayoría de quistes congénitos del páncreas son múltiples y se asocian con enfermedades genéticas como la enfermedad renal poliquística del adulto, la enfermedad de von Hippel-Lindau ([Fig. 7 on page 12](#)) y la fibrosis quística, las cuales se manifiestan con quistes también en otros órganos.

Images for this section:

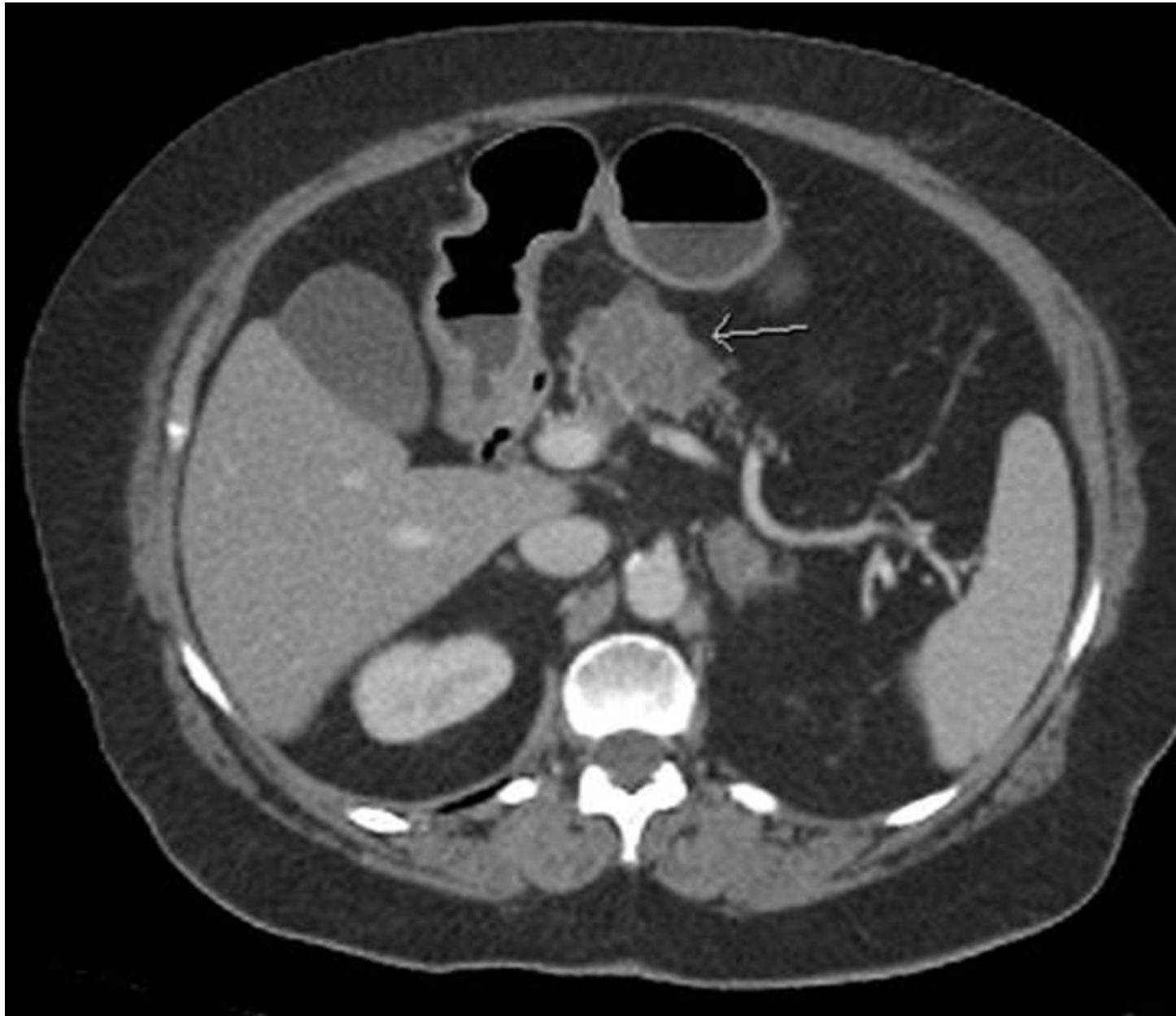


Fig. 1: TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso, paciente con tumoración en cuello-cuerpo pancreático (flecha) con un patrón microquístico. La anatomía patológica confirmó que correspondía con un cistoadenoma seroso microquístico.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valencia - Valencia/ES

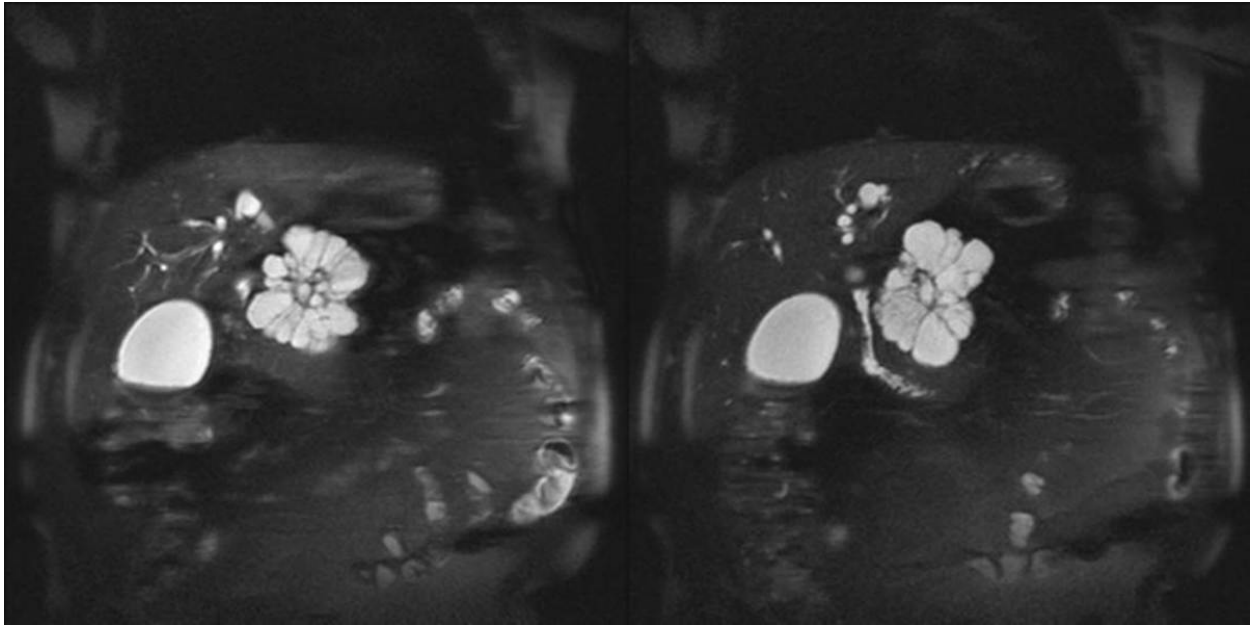


Fig. 2: RM abdominal, cortes coronales, secuencia potenciada en T2 con supresión grasa. Paciente con tumoración en cuerpo pancreático, de contornos lobulados, cicatriz fibrosa central. Nótese también la dilatación de la vía biliar intrahepática de predominio en lóbulo hepático izquierdo. La anatomía patológica confirmó que correspondía con un cistoadenoma seroso macroquístico.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valencia - Valencia/ES



Fig. 3: TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso, paciente con tumoración de baja atenuación en cola pancreática (flecha), de aspecto unilocular, con superficie lisa sin lobulaciones. La anatomía patológica confirmó que correspondía con una neoplasia mucinosa quística.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valencia - Valencia/ES

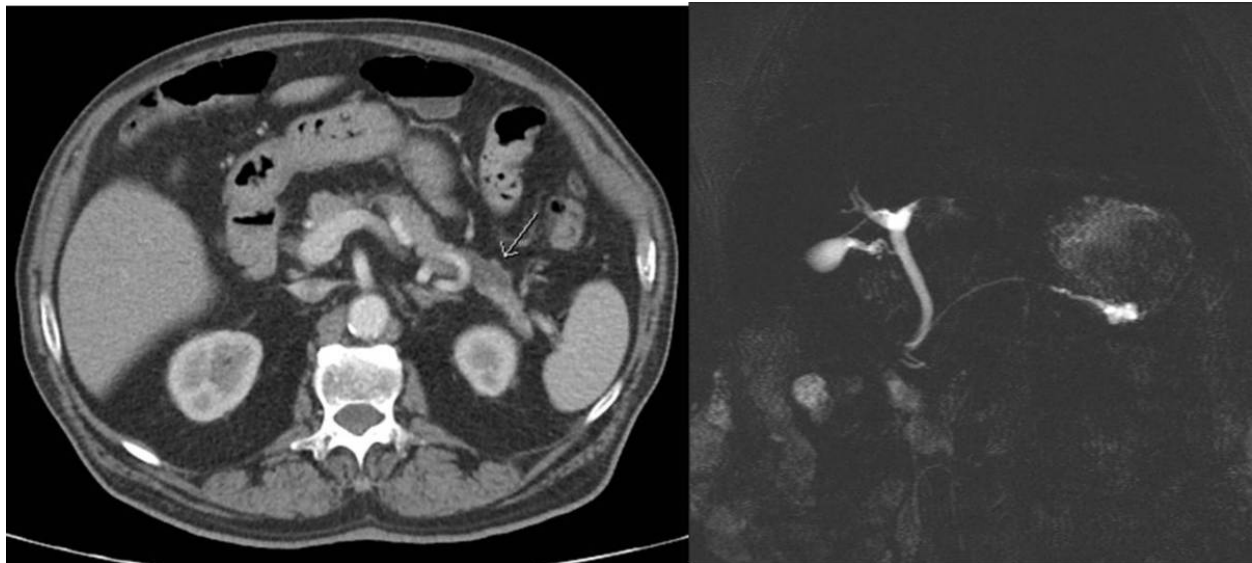


Fig. 4: TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso, paciente con una tumoración de baja atenuación en cola pancreática (flecha). En la RM se demostró la dilatación del conducto pancreático principal en cola pancreática. La anatomía patológica confirmó que correspondía con un tumor mucinoso papilar intraductal del conducto principal.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valencia - Valencia/ES

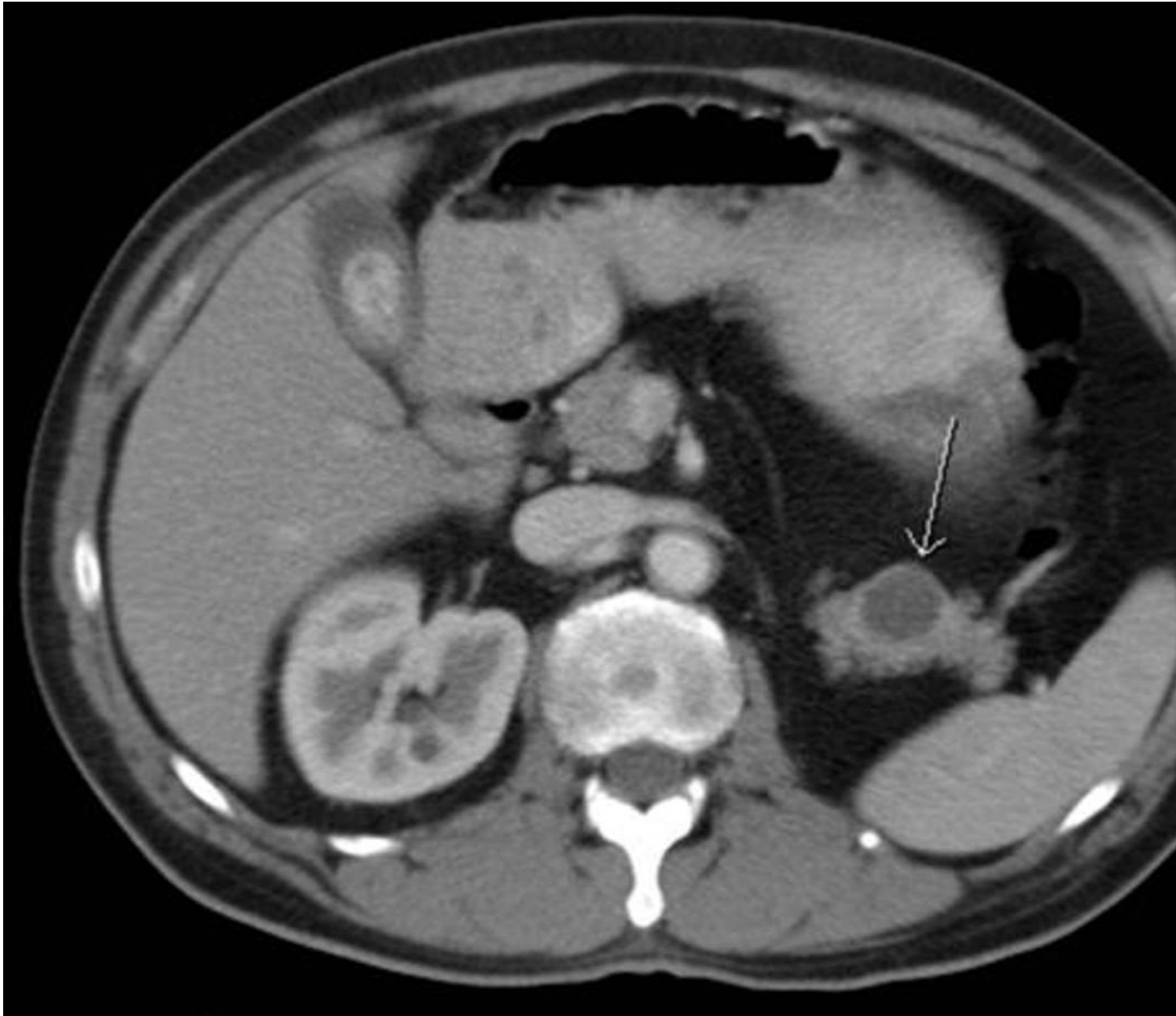


Fig. 5: TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso, paciente con una tumoración de baja atenuación en cola pancreática (flecha), hallazgo incidental. La anatomía patológica confirmó que correspondía con un tumor neuroendocrino quístico.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valencia - Valencia/ES



Fig. 6: TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso, paciente con una tumoración de baja atenuación en cabeza pancreática (flecha), en íntima relación con colédoco intrapancreático. La anatomía patológica confirmó que correspondía con un quiste broncogénico intrapancreático.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valencia - Valencia/ES

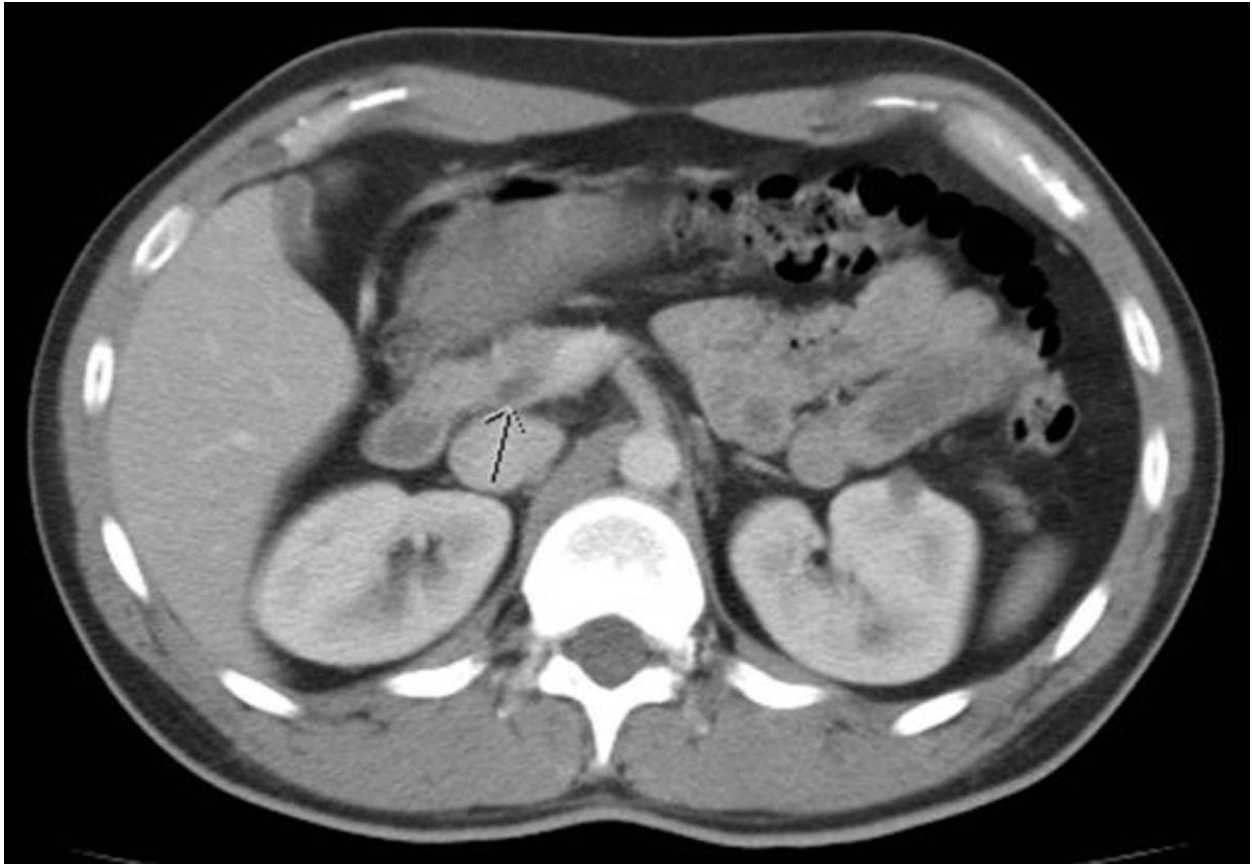


Fig. 7: TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso, paciente con una tumoración de baja atenuación en proceso uncinado pancreático (flecha). La anatomía patológica confirmó que correspondía con un quiste congénito en el contexto de enfermedad de von Hippel-Lindau.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valencia - Valencia/ES

Conclusiones

Es importante conocer las características radiológicas de las distintas lesiones quísticas descritas anteriormente para diferenciarlas de los pseudoquistes, ya que su manejo, tratamiento y pronóstico es muy diferente, así como para prevenir intervenciones radiológicas o quirúrgicas innecesarias.

La TC y la RM son excelentes modalidades de imagen para el diagnóstico inicial y la caracterización de las distintas lesiones quísticas pancreáticas.