

METODOS DIAGNÓSTICOS PARA TUMORES SOLIDOS Y QUISTICOS DEL PÁNCREAS

Dr Alejandro TONINA SENÉS

MÉTODOS DE IMÁGENES

- ECOGRAFIA
- TAC
- RNM

MÉTODOS DE IMÁGENES

- ECOGRAFIA



TAC - RNM

- LESIONES SÓLIDAS
- LESIONES QUÍSTICAS

TAC

- DISPONIBILIDAD
- COSTO
- PROTOCOLOS
- ACEPTACION
- EXPLORACION CUERPO ENTERO
- RESOLUCION ESPACIAL
- RECONSTRUCCIONES
- CALCIFICACIONES

- CONTRASTE IODADO
- IRRADIACION

RNM

- CONTRASTE T1
- CONTRASTE T2
- DIFFUSION
- SATURACION DE GRASA
- MR COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA
- ADQUISICION 3D
- SIN IRRADIACION
- GADOLINIO
- EMBARAZO

TUMORES SOLIDOS

- TAC vs RNM

TUMORES SOLIDOS

- **DETECCION**
 - 15 a 20 % son resecables en el momento del diagnóstico
 - Rol de la detección precoz

TUMORES SOLIDOS

- R0: sobrevida 21 meses
- R1: sobrevida 13 meses
- R1 → R0: sobrevida 11 meses
- R2=No operados
- Rol de la estadificación

TUMORES SOLIDOS

- **DETECCION**

- TAC o RNM ?

- Análisis de la masa únicamente

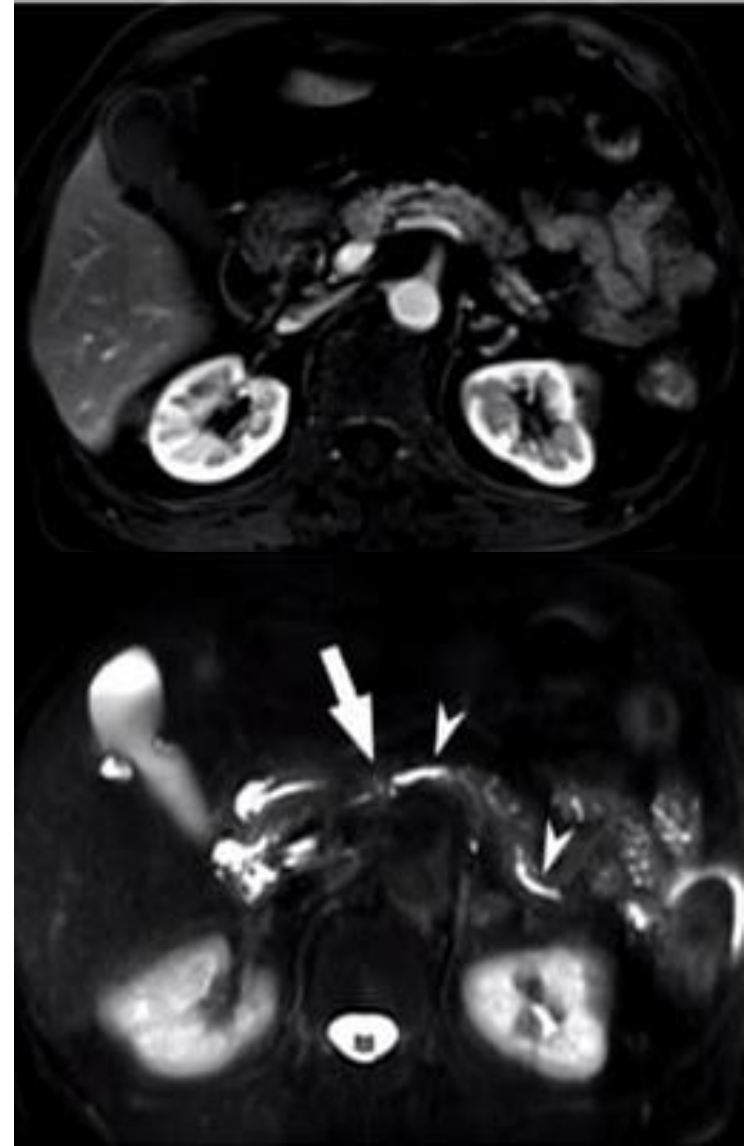
- Se (RNM) 99,2 vs Se (TAC) 92 %

- Análisis de la masa y signos anexos (Wirsung, atrofia, tejidos peripancreáticos)

- Se (RNM) 99,2 vs Se (TAC) 99,2 %

TUMORES SOLIDOS

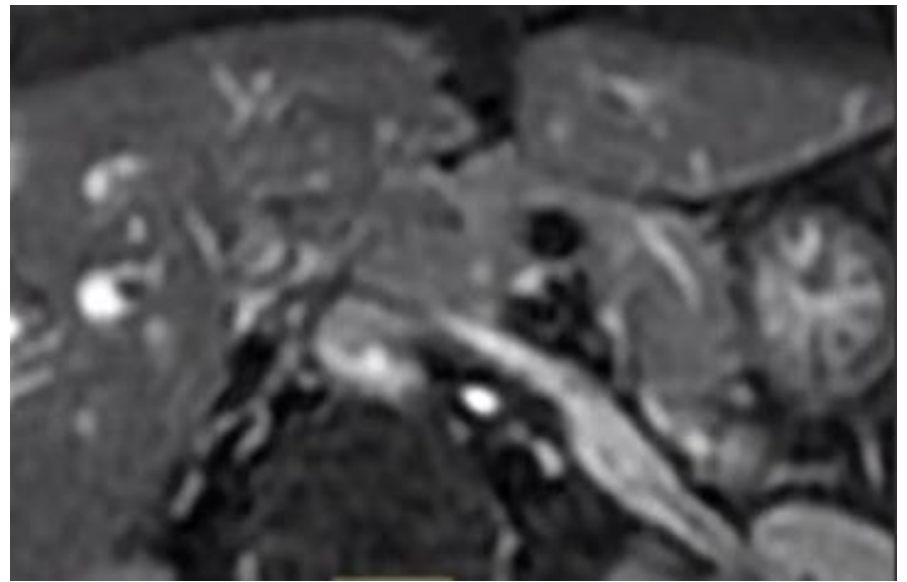
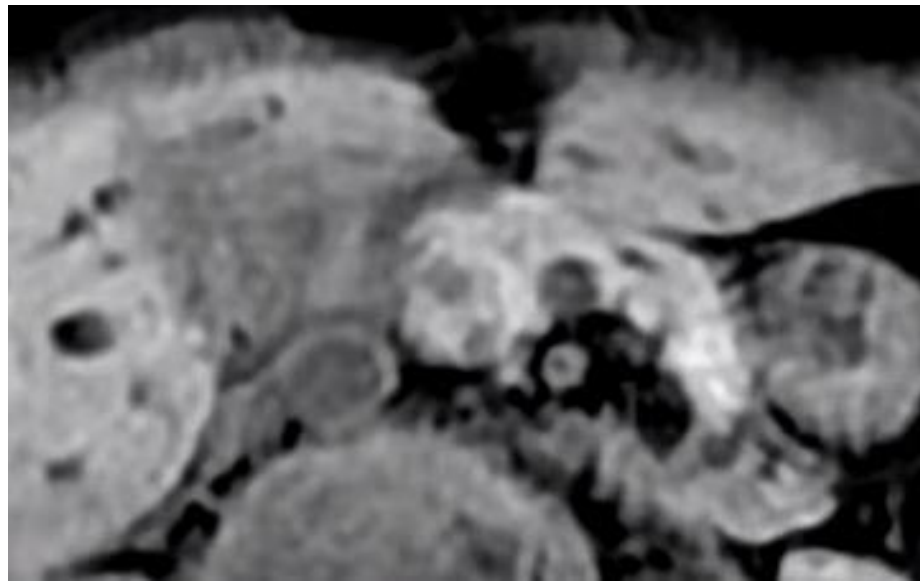
- **DETECCION**
 - TAC o RNM ?



Mujer de 60 años - Ictericia

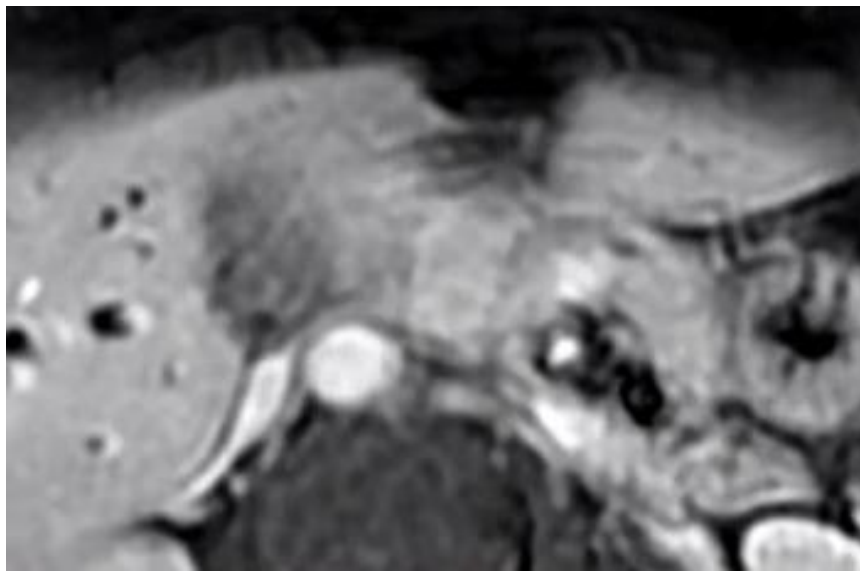


Mujer de 60 años - Ictericia



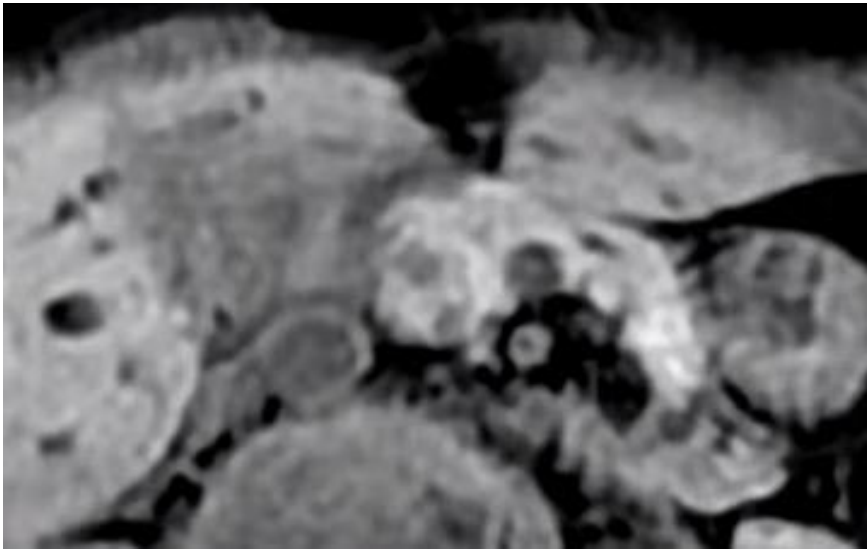
T2

T1



T1 gado

Mujer de 60 años - Ictericia



T1



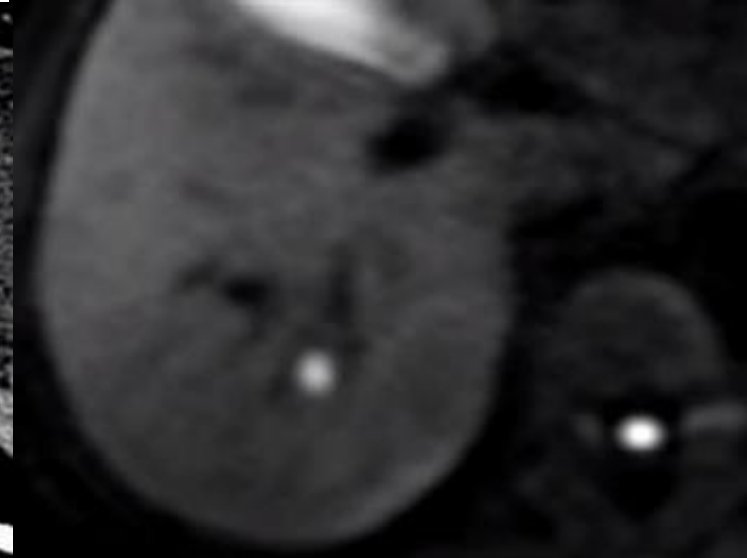
TAC

TUMORES SOLIDOS

- **DETECCIÓN**

- TAC o RNM ?

- No existe una diferencia importante
 - TAC : exploración body
 - RNM: mejor para evaluar metástasis hepáticas

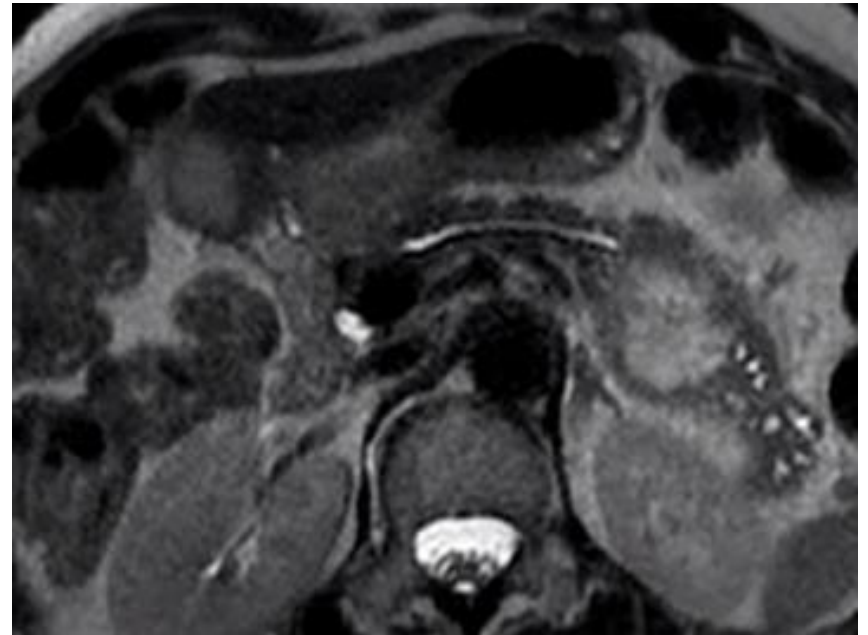
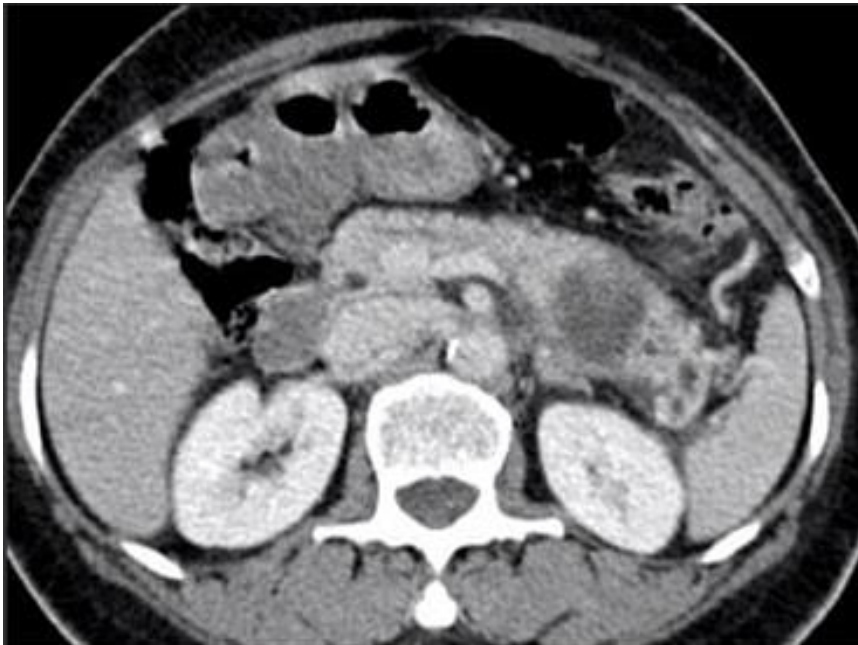


TUMORES SOLIDOS

- EXTENSION LOCO REGIONAL
 - TAC o RNM ?
 - Adenopatías
 - Invasión de la grasa peripancreática
 - Invasión vascular

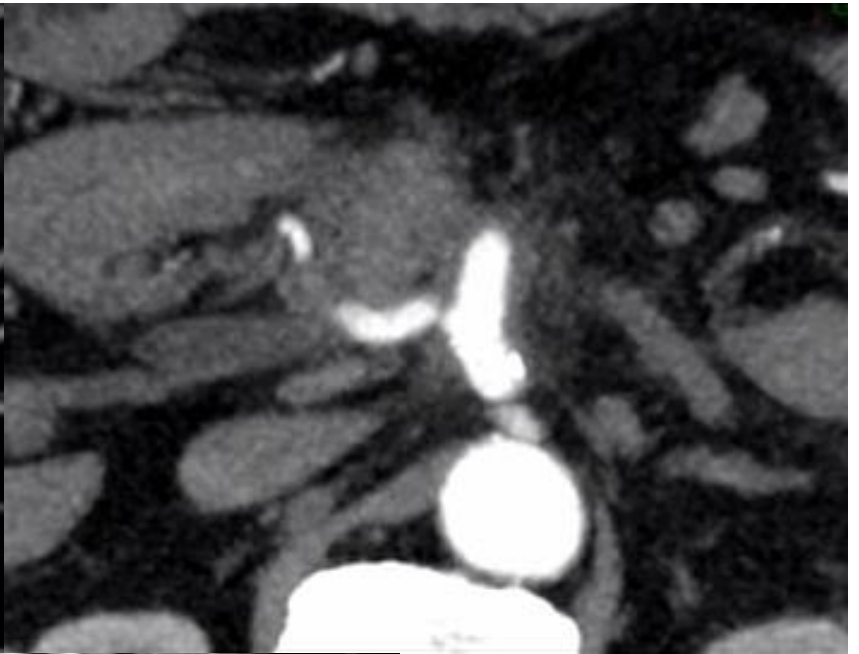
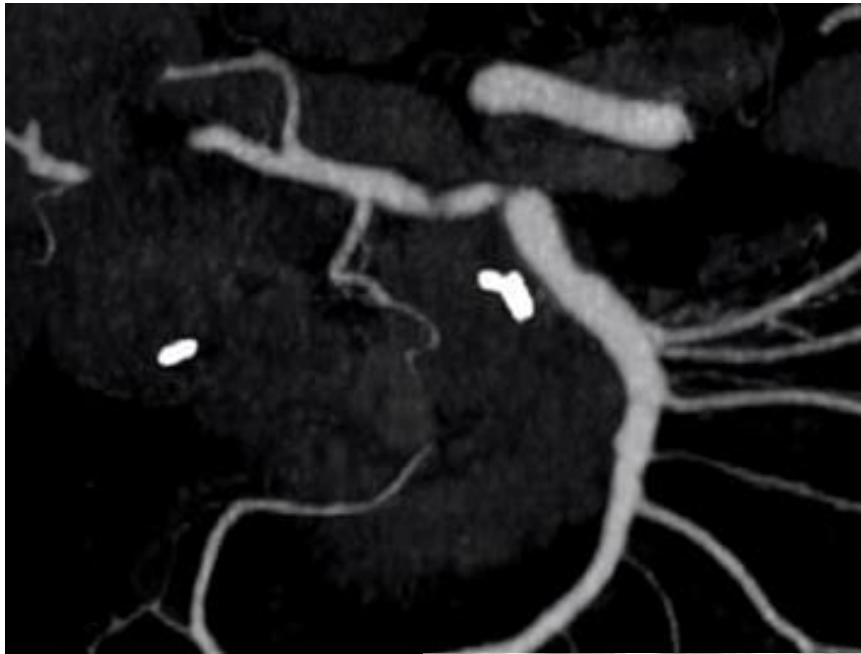
TUMORES SOLIDOS

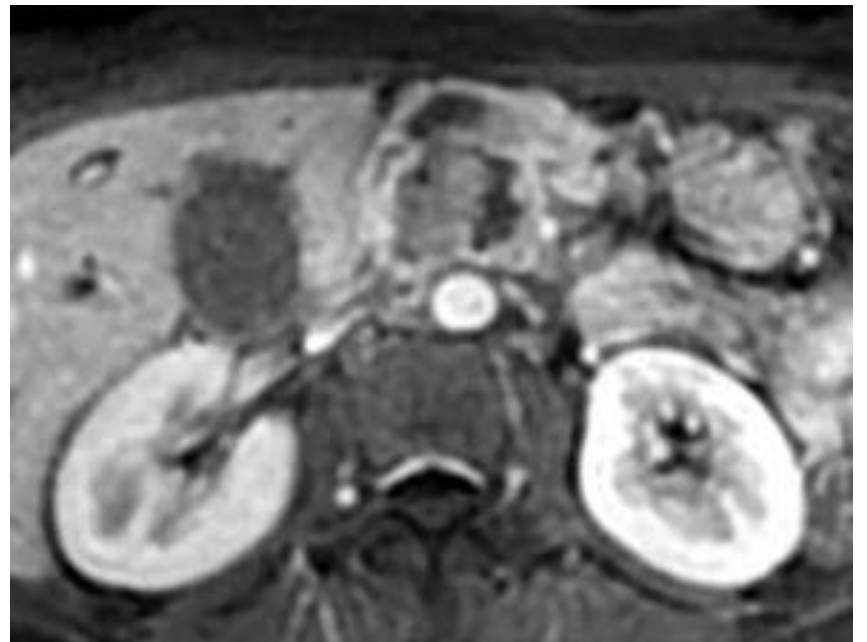
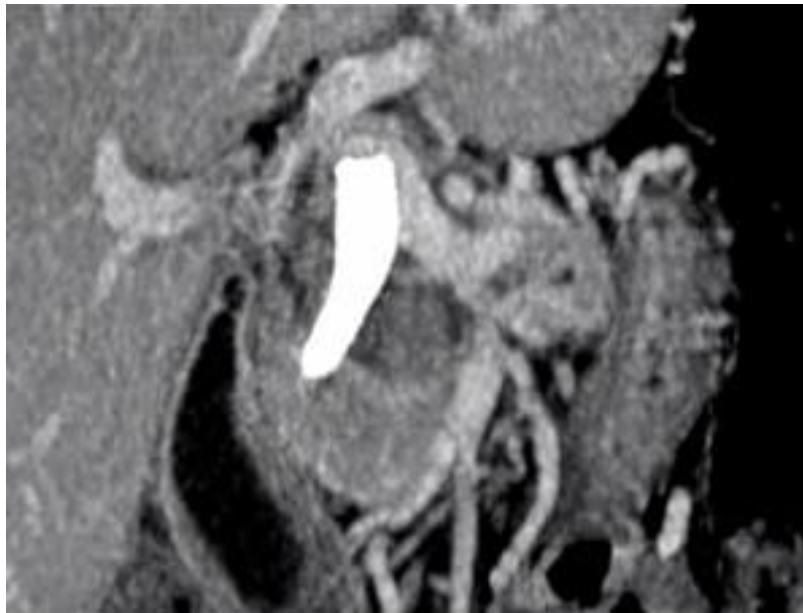
- **EXTENSION LOCO REGIONAL**
 - **Invasión de la grasa peripancreática**
 - TAC en primer lugar
 - RNM en apoyo



TUMORES SOLIDOS

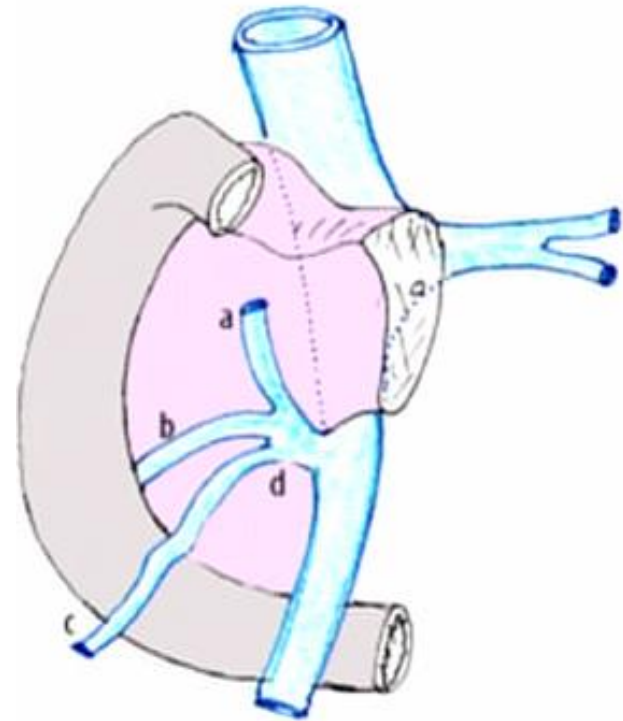
- **EXTENSION LOCO REGIONAL**
 - **Invasión vascular**
 - Tronco celíaco
 - AMS
 - Arteria hepática
 - Arteria gastroduodenal
 - VMS
 - Vena Porta
 - Tronco venoso gastrocólico (de Henle)

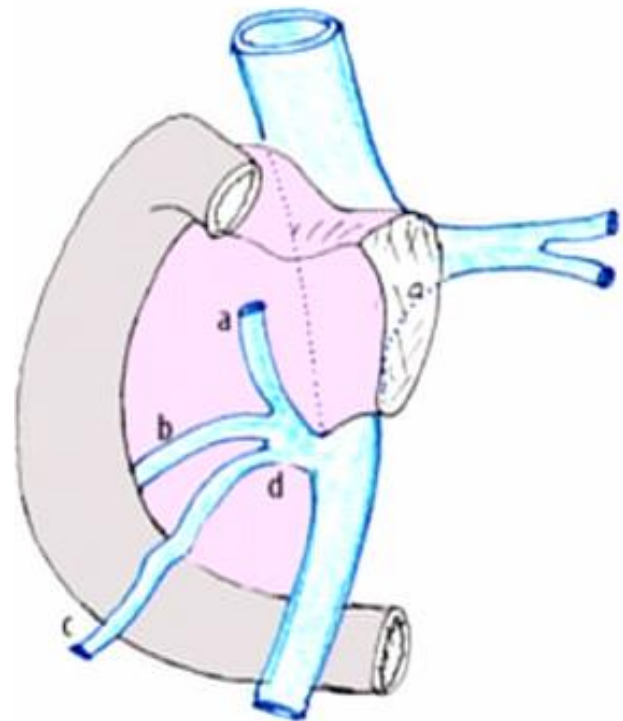


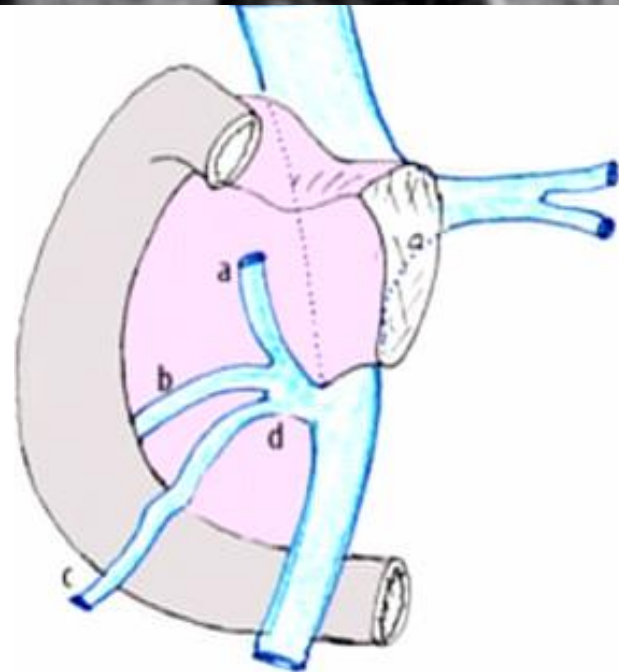
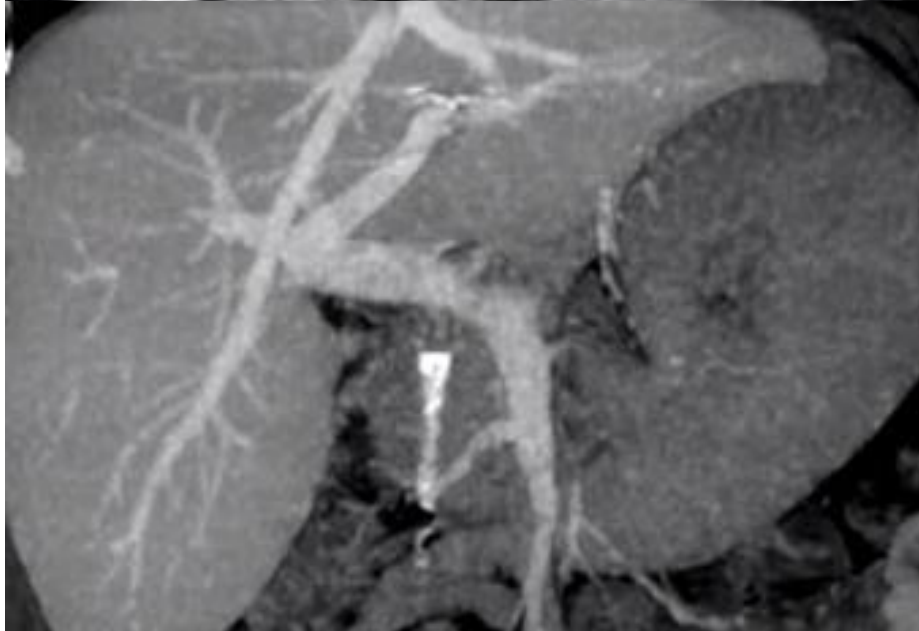
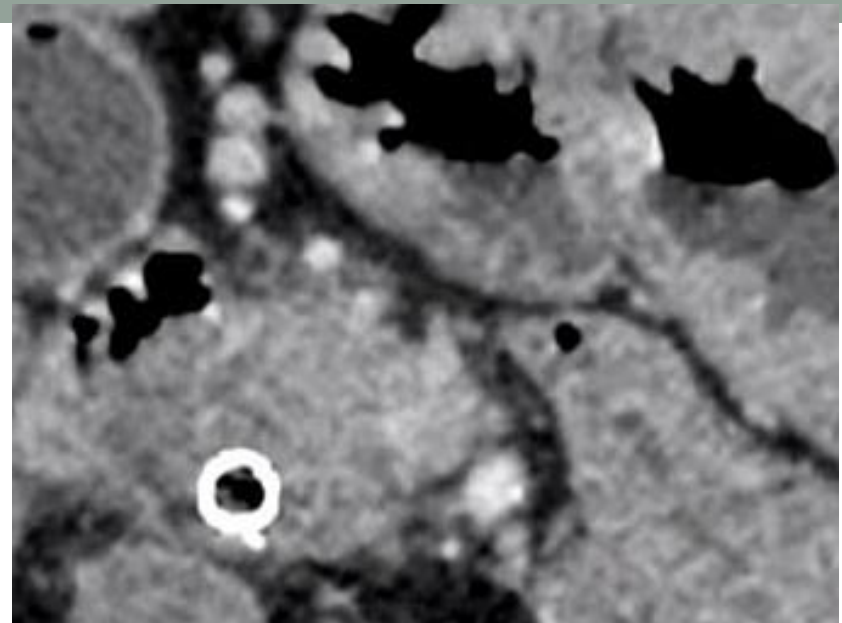


- **TRONCO VENOSO GASTROCOLICO (DE HENLE)**

- Formado por vena pancreatico duodenal anterior y superior, vena gastroepiploica derecha y vena colica media





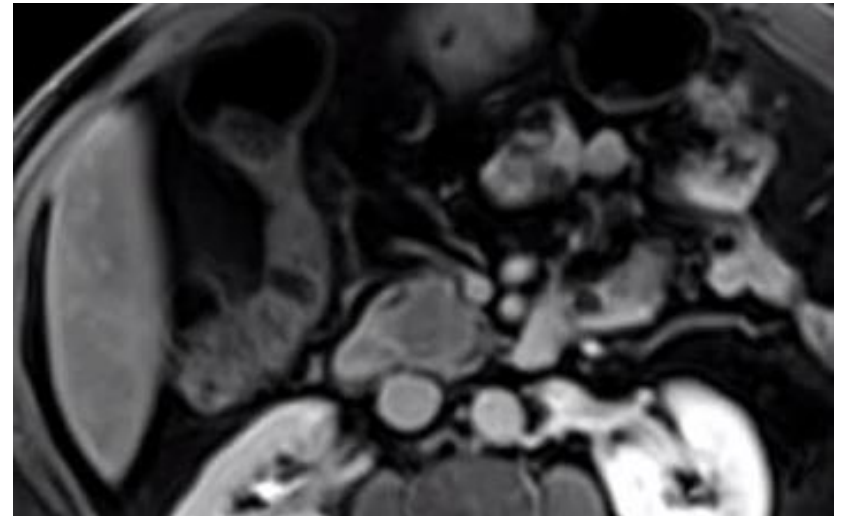
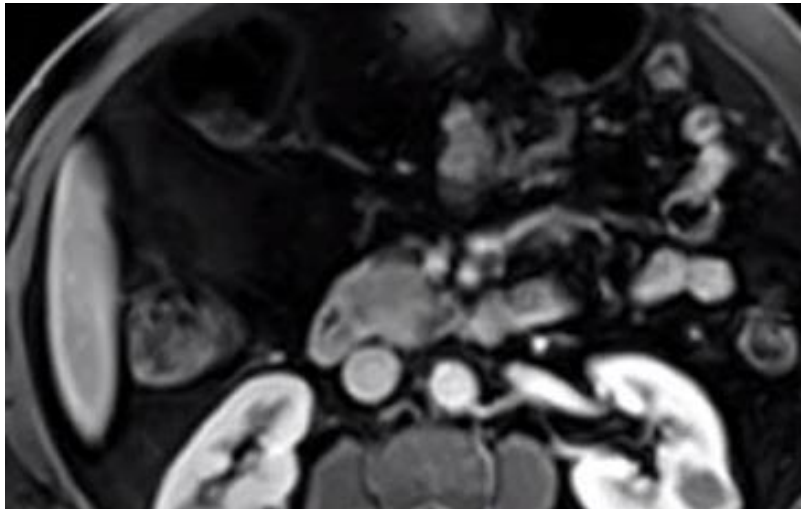
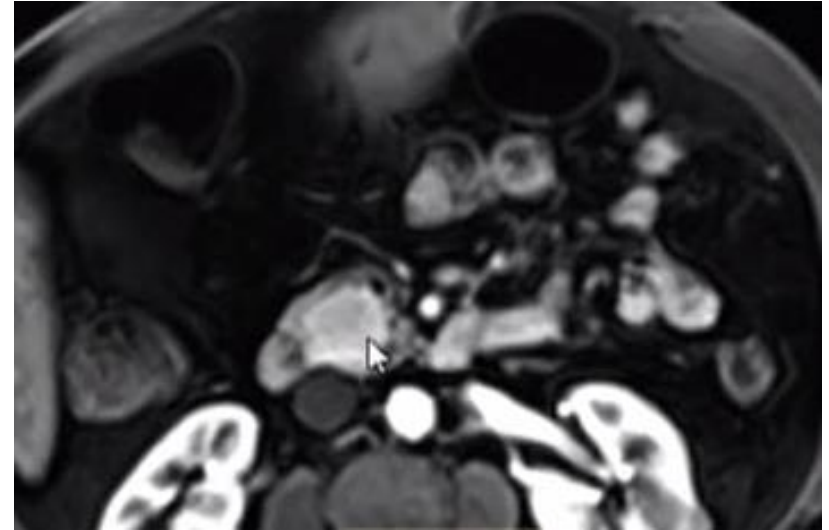
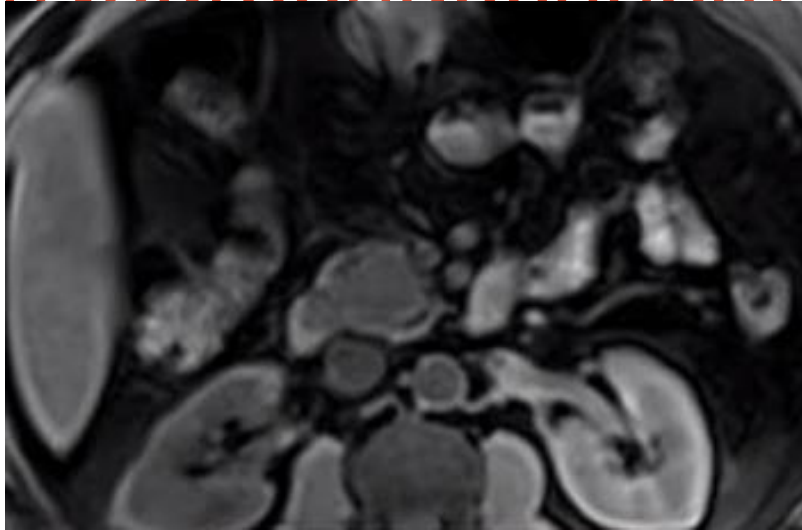


	ARTERIAS	VENAS	OTROS
RESECABLE	Ningún contacto con la AH, AMS, TC, AGD	Ninguna modificación de calibre VMS/VP	Ninguna invasión loco regional o general
BORDERLINE	Afectación de la AGD; Afectación muy leve de la AH; AMS < 180°	Distorsión u oclusión si una reconstrucción venosa posible	Ninguna invasión general. Duda sobre una invasión local
NO RESECABLE	Afectación del TC. AMS > 180° . Afectación extensa de la AH	Invasión venosa sin reconstrucción vascular posible	Invasión a distancia segura

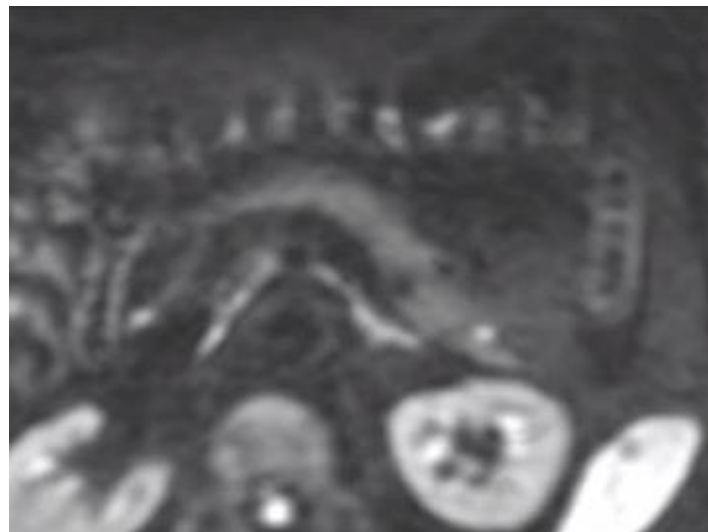
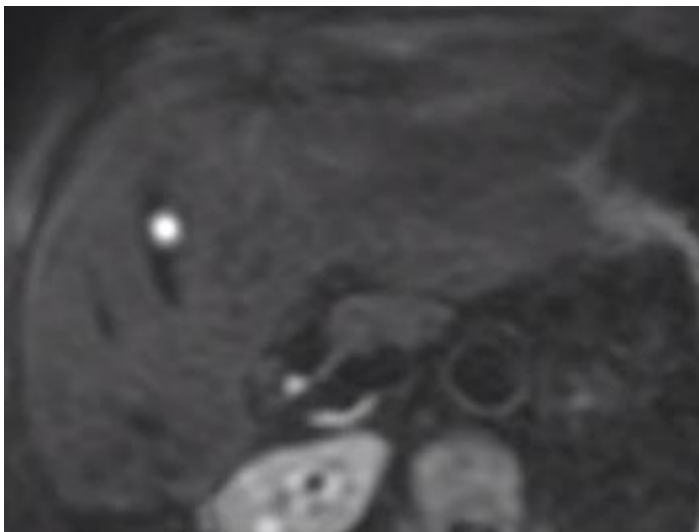
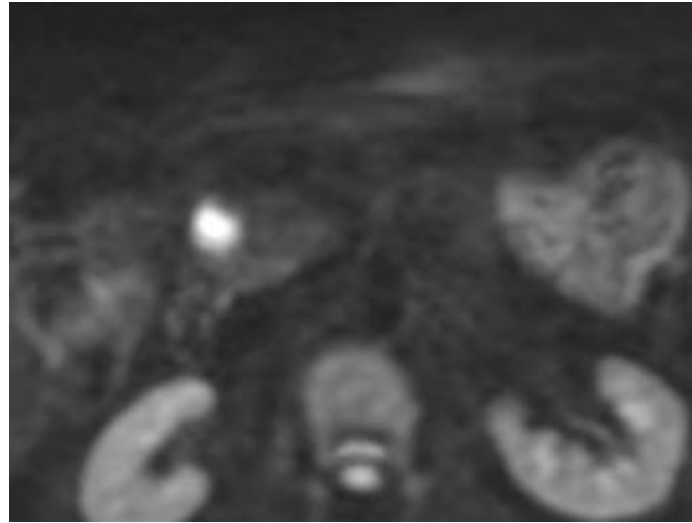
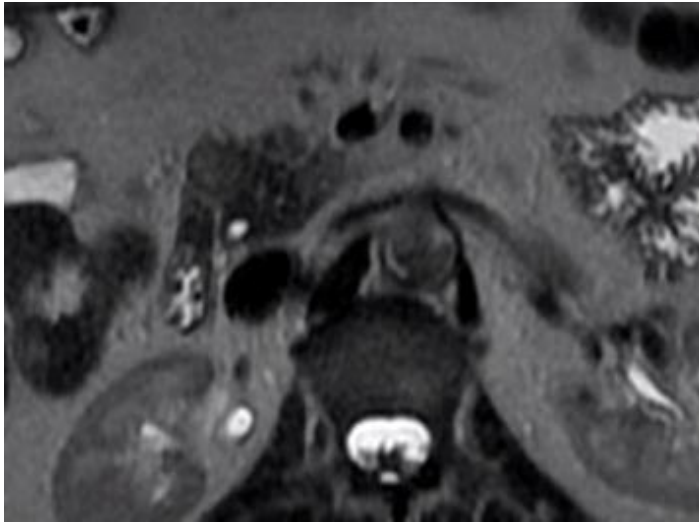
TUMORES SOLIDOS

- **DETECCION**
 - TAC = RNM
- **ESTADIFICACION**
 - TAC > RNM
- IRM: complemento según los casos

TUMORES SOLIDOS (Neuroendócrinos)



TUMORES SOLIDOS (Neuroendócrinos)



TUMORES QUISTICOS

- IPMN
- Tumor seroso quístico
- Tumor mucinoso quístico

TUMORES QUISTICOS

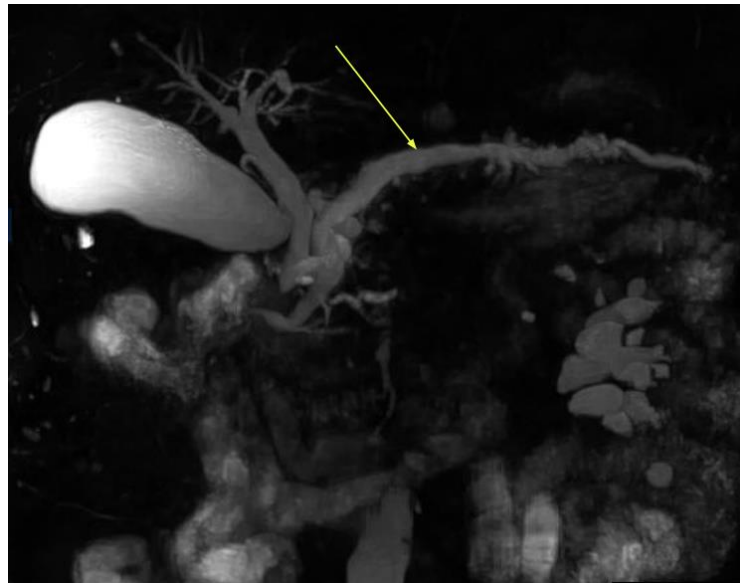
- RESONANCIA +++

TUMORES QUISTICOS

- **IPNM - NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL**
 - Prevalencia importante
 - Tumor papilar productor de mucina
 - Guía internacional de KYOTO 2024

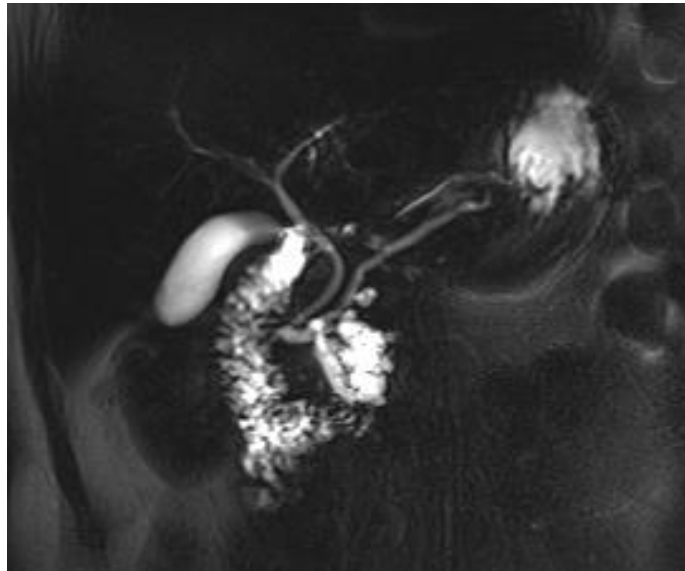
TUMORES QUISTICOS

- **IPNM - NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL**
 - DEL CONDUCTO PANCREÁTICO PRINCIPAL (IPMN-CPP)
 - Dilatación segmentaria o difusa del conducto pancreático principal > 5 mm sin otras causas de obstrucción



TUMORES QUISTICOS

- **IPNM - NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL**
 - DE RAMA SECUNDARIA (IPMN-RS)
 - -Lesión quística > 5 mm comunicada con el conducto pancreático principal
 - -Unilocular, multiquístico o tubular



TUMORES QUISTICOS

- **IPNM** - NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL
 - EVALUACIÓN DEL RIESGO
 - **“Estigmas de alto riesgo”**
 - **“Características preocupantes”**

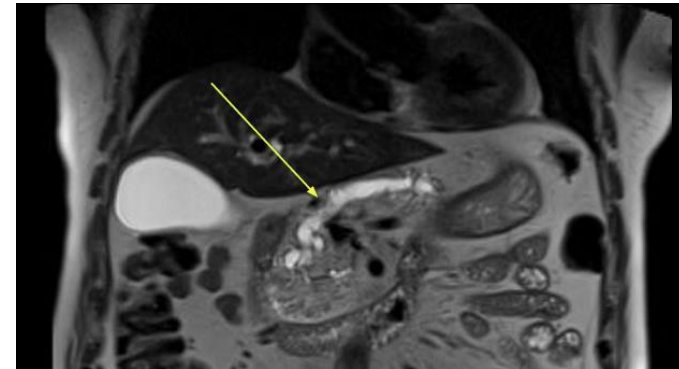
TUMORES QUISTICOS

- **IPNM - NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL**

- EVALUACIÓN DEL RIESGO

- **“Estigmas de alto riesgo”**

- ICTERICIA OBSTRUCTIVA
- CITOLOGÍA SOSPECHOSA O POSITIVA
- NÓDULO MURAL (Nódulo mural captante de contraste > 5 mm)
- DILATACIÓN DEL CPP > 10 mm



TUMORES QUISTICOS

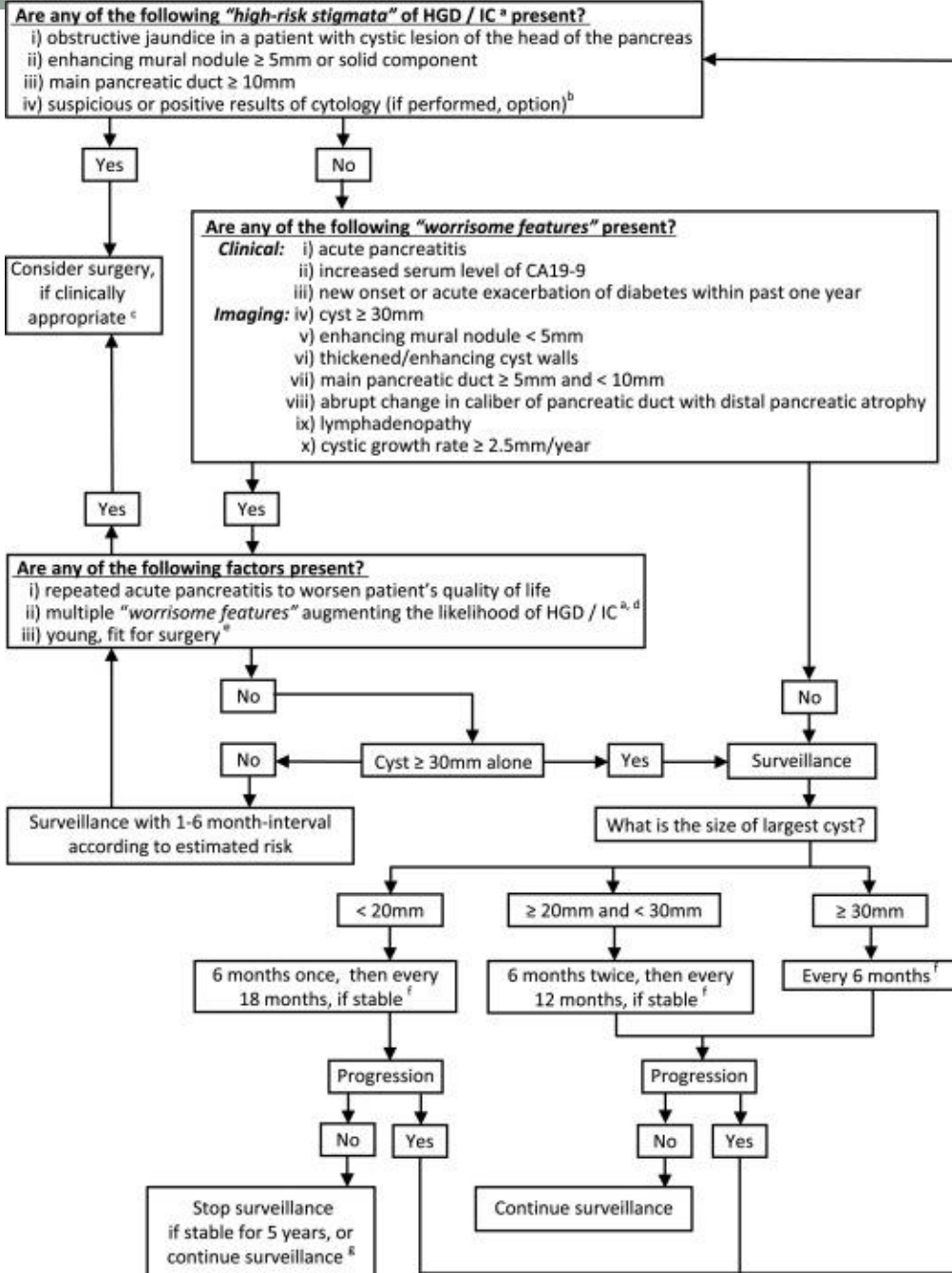
- **IPNM - NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL**

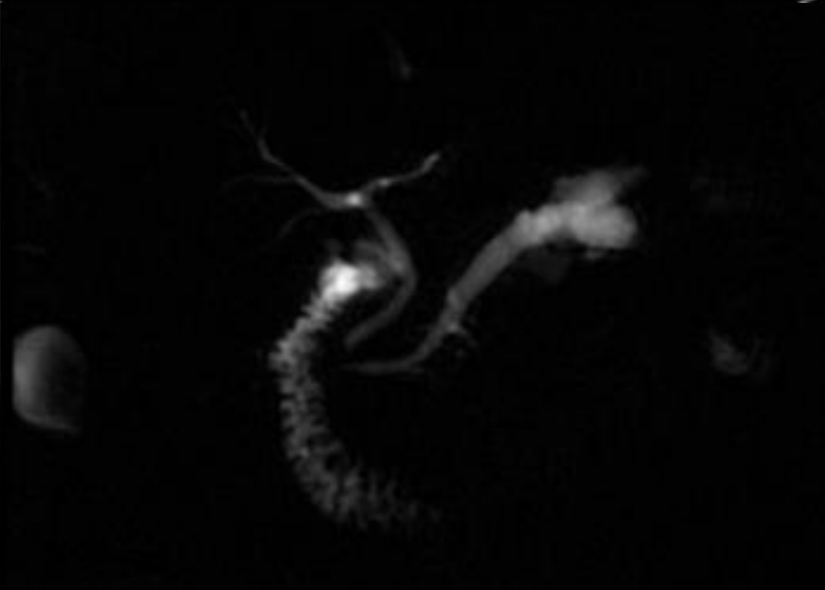
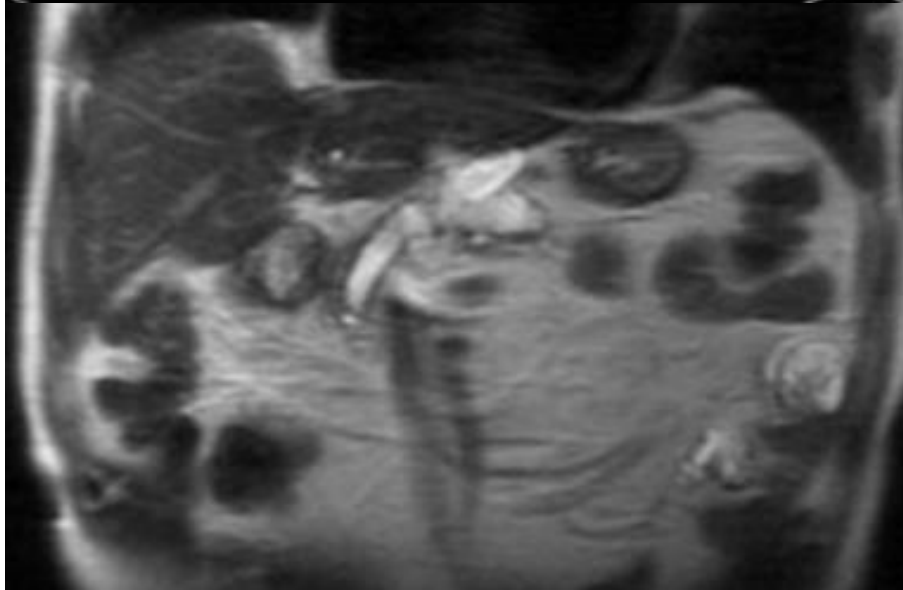
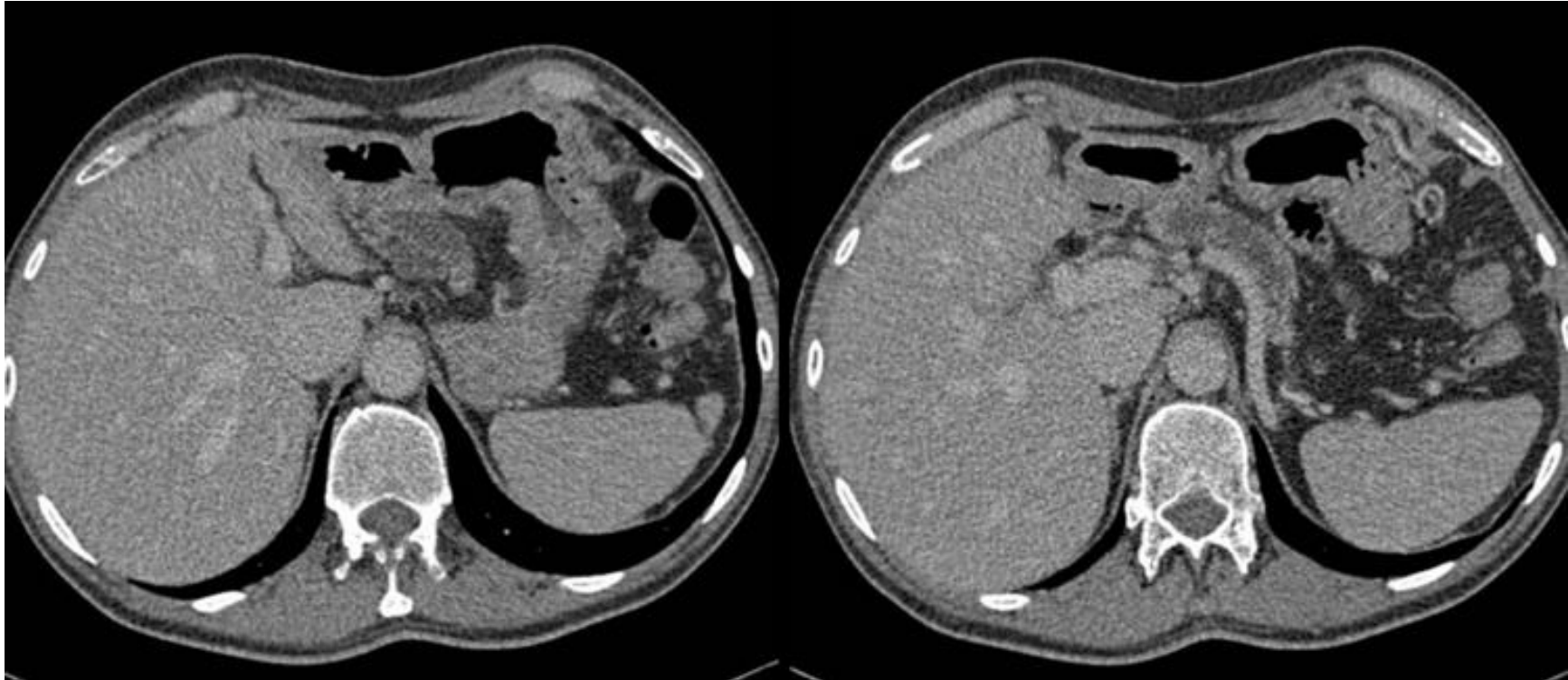
- EVALUACIÓN DEL RIESGO

- **“Características preocupantes”**

1. PANCREATITIS AGUDA (PA)	6. Adenopatías peripancreáticas
2. Nódulos murales captantes de contraste < 5 mm	7. Quiste mayor a 30 mm
3. Engrosamiento parietal	8. Elevación del CA 19-9
4. Cambio de calibre abrupto del CPP con atrofia pancreática distal	9. Tasa de crecimiento quístico (2,5mm/año)
5. IPMN-RS con dilatación del CPP > 5mm y < 10mm	10. Debut o exacerbación aguda de DM

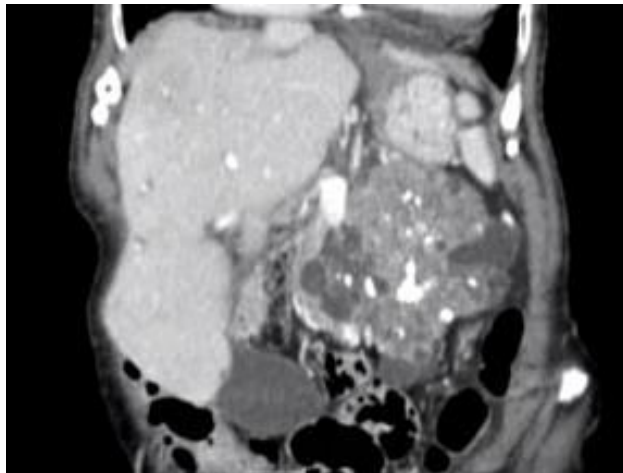
The primary imaging methods are MRI/MRCP and MDCT.
EUS can be used for further investigation to findings of HGD / IC ^a.





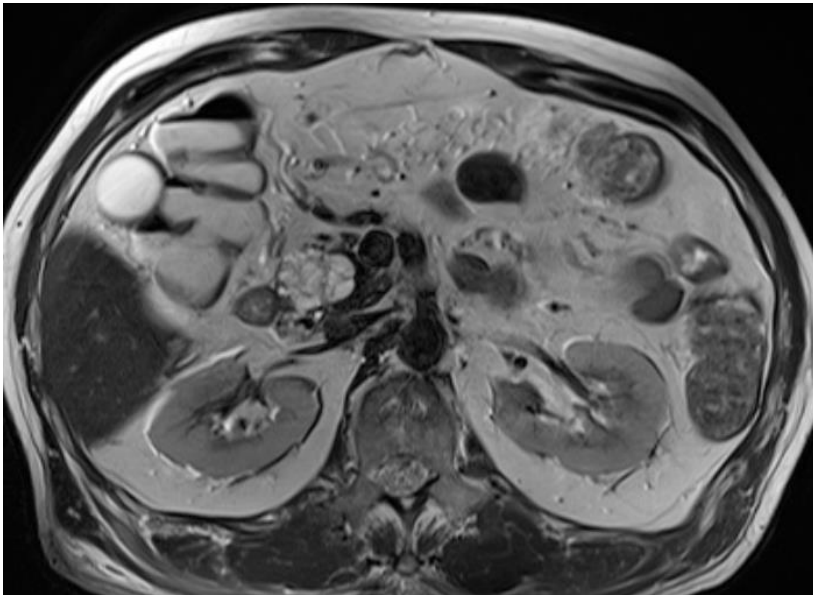
TUMORES QUISTICOS

- Tumor **seroso** quístico



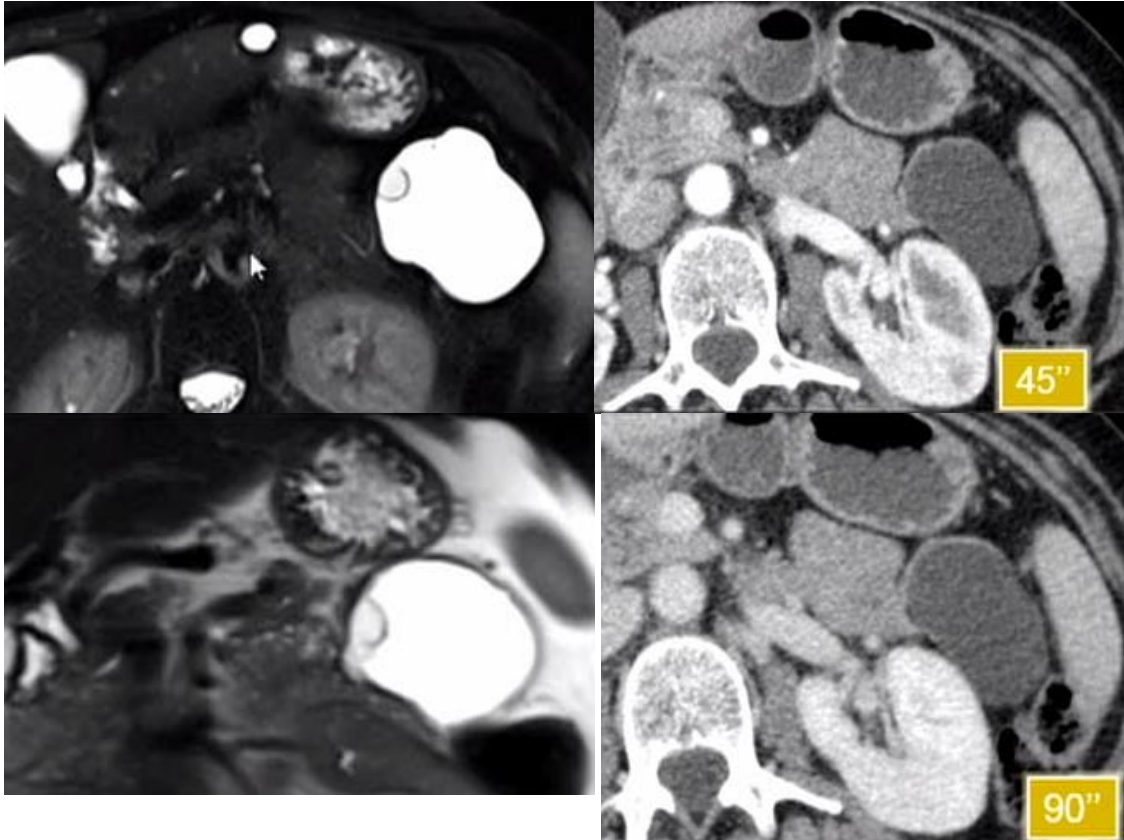
TUMORES QUISTICOS

- Tumor **seroso** quístico



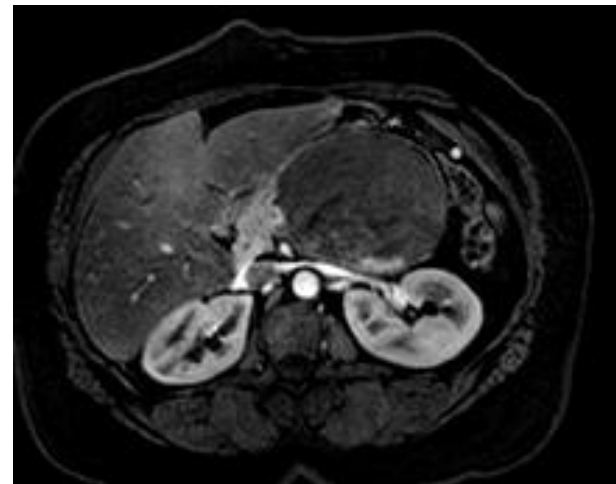
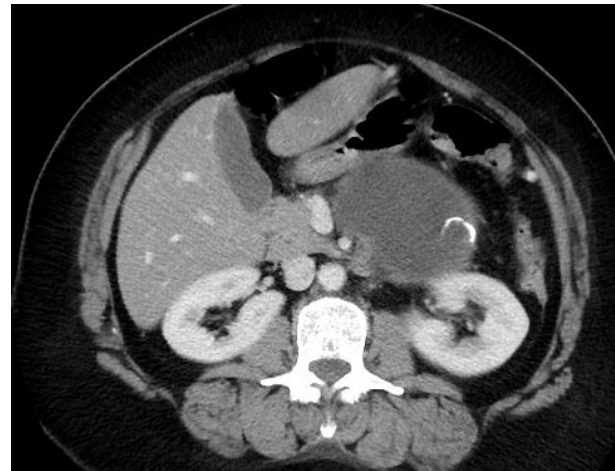
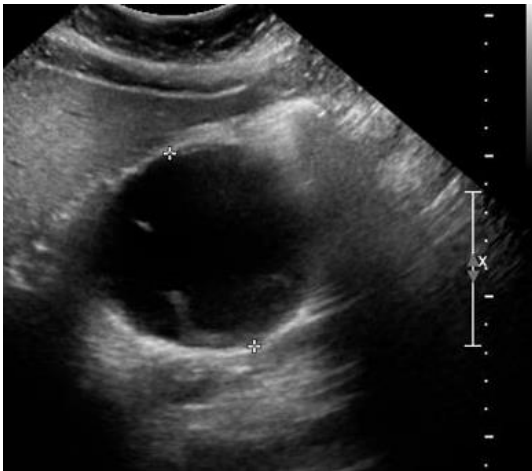
TUMORES QUISTICOS

- Tumor **mucinoso** quístico



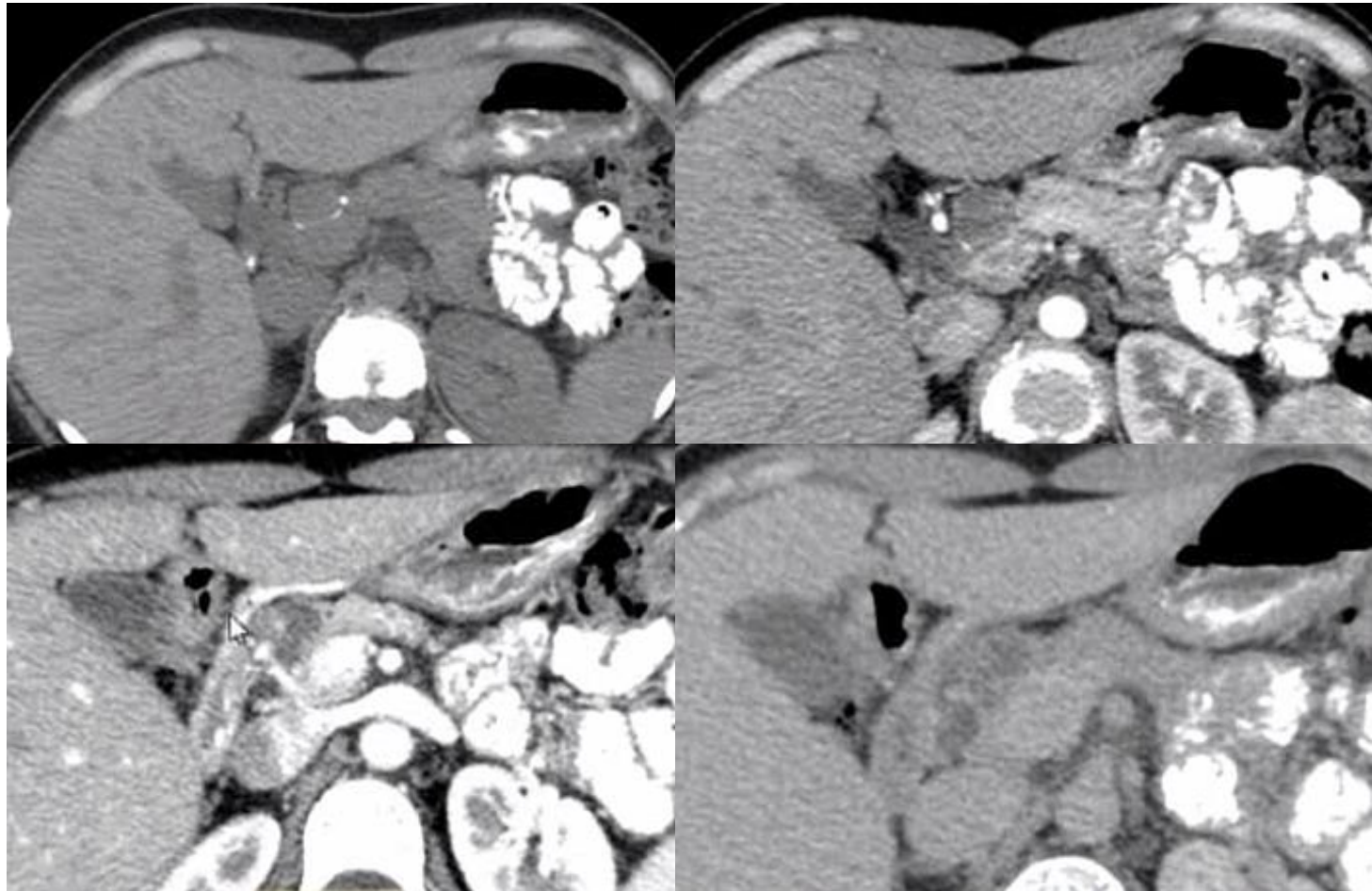
TUMORES QUISTICOS

- Tumor **mucinoso** quístico



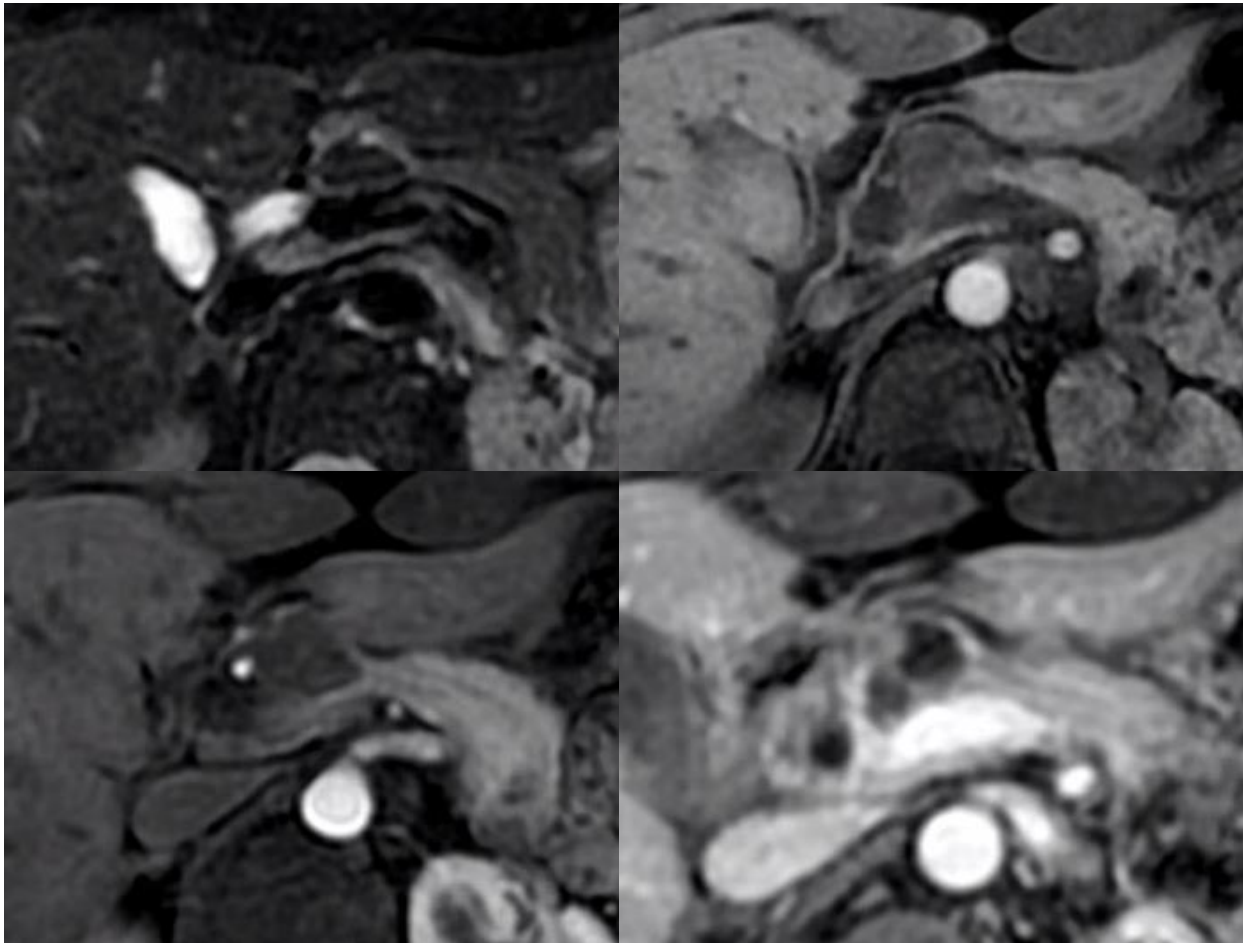
TUMORES QUISTICOS

- Tumor **pseudopapilar sólido**



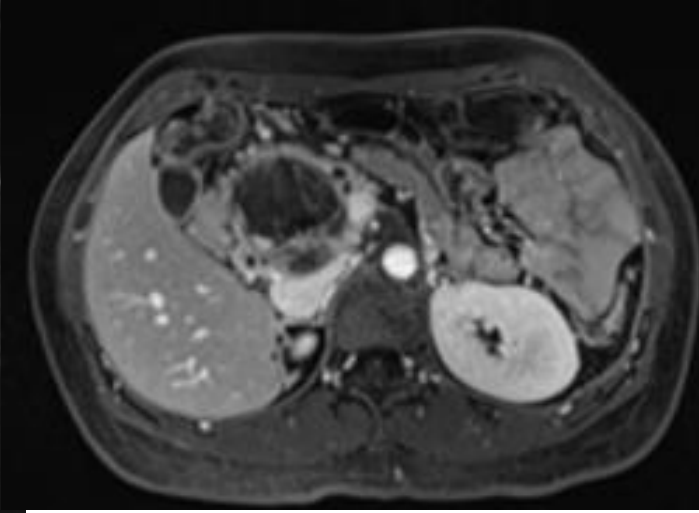
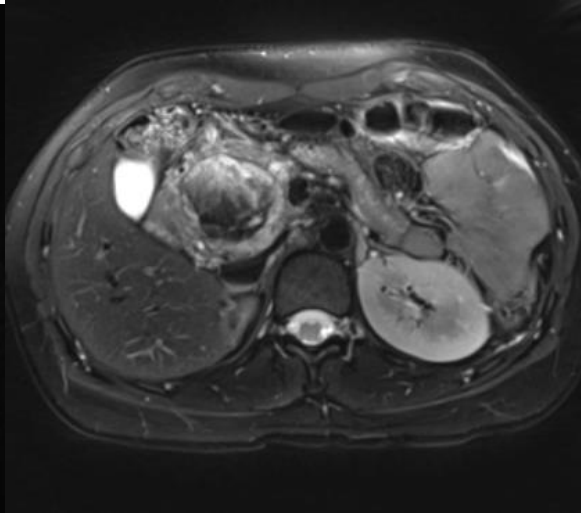
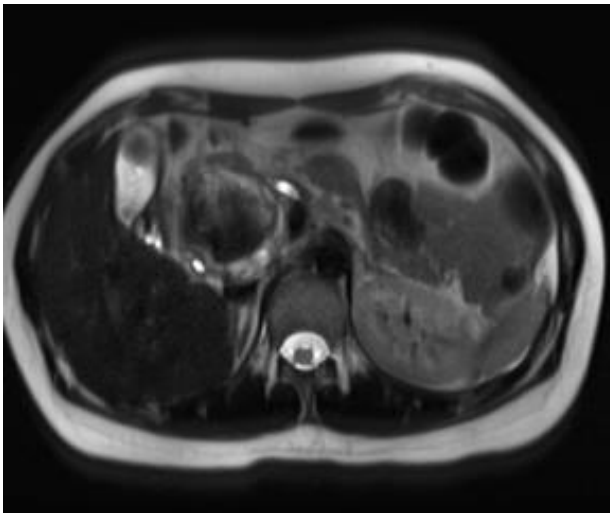
TUMORES QUISTICOS

- Tumor **pseudopapilar sólido**

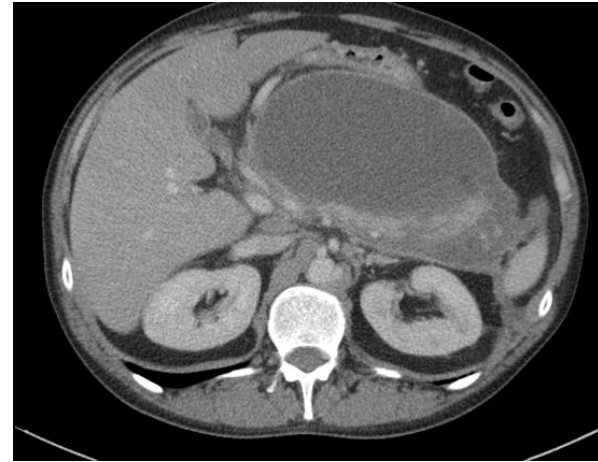
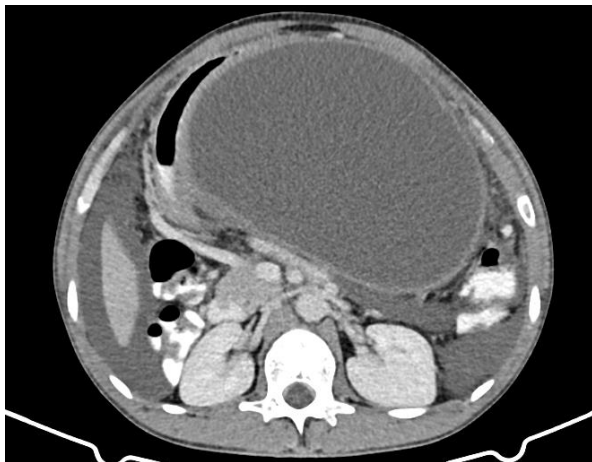
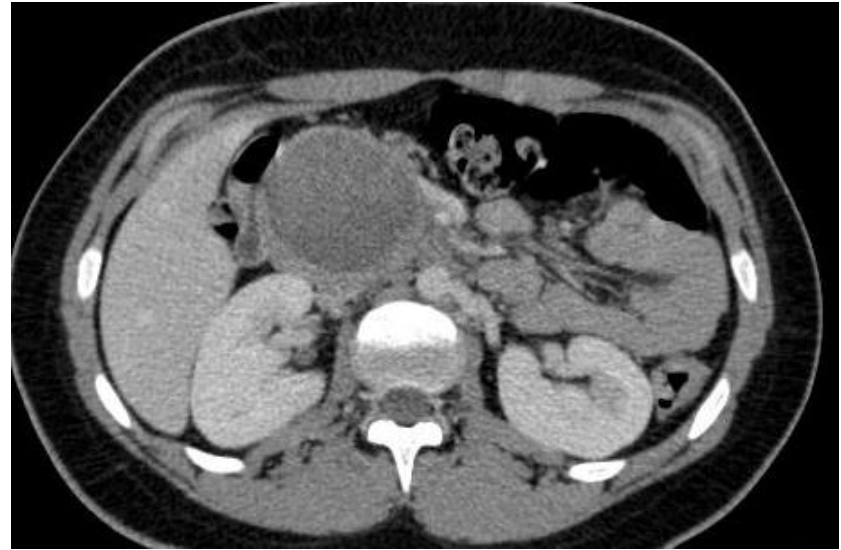
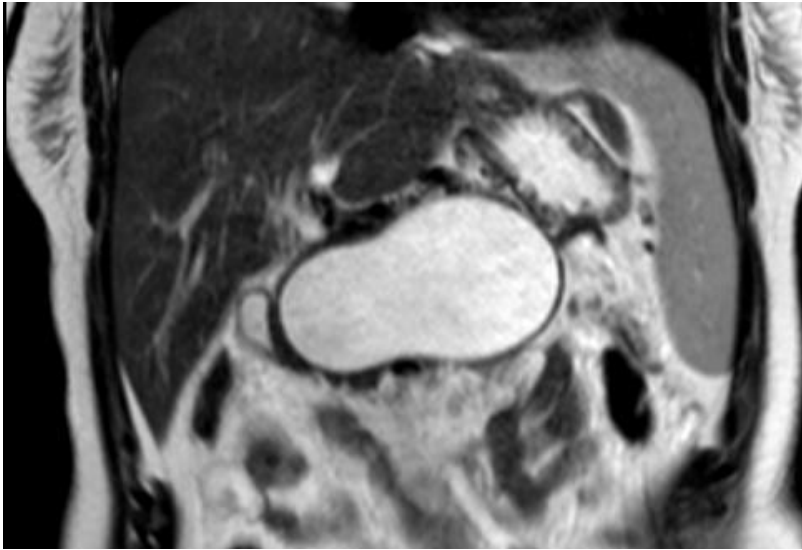


TUMORES QUISTICOS

- Tumor **pseudopapilar sólido**



PSEUDOQUISTES – Dx diferencial



GRACIAS