

Punción percutánea en patología pancreática tumoral. Nuestra experiencia

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: Vanesa Di Caro Stangherlin, Claudio Bonini Cerasa, Marisol Ferrer Turiella, Jaime Ferrer Gomez, Roberto L Villavicencio Culasso

Objetivos

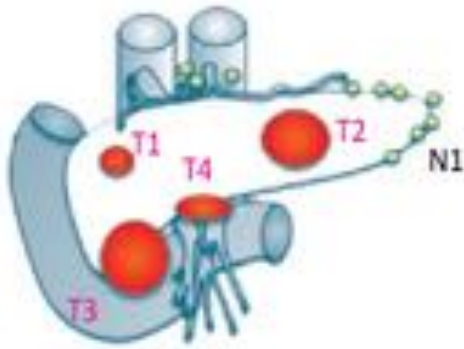
El cáncer de páncreas representa la cuarta causa de muerte por cáncer en los países desarrollados. Actualmente no está recomendado el cribado poblacional, sólo se aconseja realizar vigilancia precoz en pacientes con factores hereditarios asociados a un riesgo alto de adenocarcinoma pancreático (ADP)¹⁻². Los síntomas del ADP están condicionados principalmente por la localización y extensión del tumor. La mayoría de estos tumores se desarrollan en la cabeza del páncreas, y ello produce con frecuencia colestasis obstructiva por compresión del colédoco. Los tumores de cuerpo y cola pancreática son de presentación más insidiosa, por lo que su diagnóstico suele ser más tardío. El dolor abdominal intenso en epigastrio, típicamente irradiado en cinturón o hacia la espalda, es un síntoma frecuente, así como su carácter nocturno. Inicialmente puede manifestarse como dolor abdominal vago y náuseas que a menudo no levantan sospecha durante meses. Las manifestaciones sistémicas, como la astenia, anorexia y pérdida de peso, son también manifestaciones tempranas frecuentes. Actualmente las técnicas de imágenes son fundamentales para el diagnóstico³. La tomografía multislice con administración de contraste es la técnica de elección en el diagnóstico y estadificación. La estadificación o diagnóstico de extensión del tumor es fundamental para determinar la resecabilidad del tumor, lo cual representa el único tratamiento potencialmente curativo. El sistema más utilizado para realizar la estadificación del ADP se basa en la clasificación **TNM** (Tumor- Node-Metastasis) establecida por la American Joint Committee on Cancer⁴ (Fig 1). En pacientes con neoplasia resecable, la cirugía es la modalidad terapéutica de elección (Tabla 1). Sin embargo, menos del 20% de los pacientes con neoplasia pancreática son candidatos de inicio de tratamiento quirúrgico, con lo que la punción percutánea desempeña un papel fundamental.

Tabla 1: Criterios de irrevocabilidad quirúrgica del cáncer de páncreas

ABSOLUTOS
Metástasis a distancia (hepáticas, peritoneales, omentales, extraabdominales)
Invasión arterial del tranco celíaco, arteria hepática o arteria mesentérica superior
RELATIVOS
Invasión venosa de la vena porta o de la vena mesentérica superior

Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia diagnóstica en la punción percutánea de tejido pancreático.

Imágenes en esta sección:



Tumor primario

- T0 Sin evidencia de tumor
- Tis Carcinoma *in situ* (incluye Pan IM III)
- T1 Tumor intrapancreático, < 2 cm
- T2 Tumor intrapancreático, ≥ 2 cm
- T3 Tumor que se extiende más allá del páncreas sin afectar TC ni AMS
- T4 Tumor que afecta TC o AMS (irreseccable)

Ganglios linfáticos

- N0 No hay afectación ganglionar
- N1 Ganglios linfáticos afectados

Metástasis a distancia

- M0 No hay metástasis
- M1 Existen metástasis

Fig. 1: Definición TNM establecida por la American Joint Comité on Cancer. TC: tronco celiaco. AMS: arteria mesentérica superior.



Fig. 2: Diagrama del algoritmo de diagnóstico y diagnóstico de extensión del cáncer de páncreas (CP). TCMC: Tomografía computerizada multicorte; USE: Ultrasonografía endoscópica; PAAF: Punción aspirativa con aguja na; RM: Resonancia magnética

Material y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con sospecha de neoplasia pancreática a quienes se les realizó biopsia percutánea bajo TCMS desde enero del 2004 hasta junio del 2015 en el Sanatorio Parque de la ciudad de Rosario.

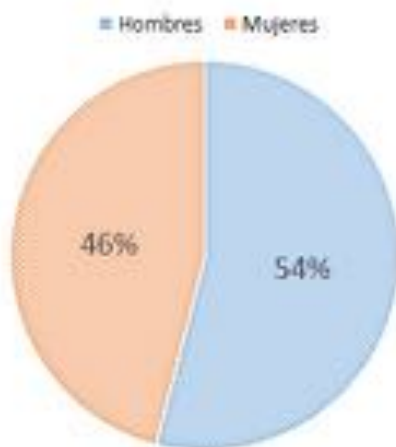
Resultados

Se realizaron un total de 111 biopsias: el 54,05% eran hombres y el 44,14% mujeres con una edad promedio de $63,1 \pm 10,7$ años. La localización más frecuente fue la cabeza del páncreas (72%), seguido por el cuerpo (23%) y cola pancreática (5%).(Fig. 3)

En todos los casos se practicó citología y solo en el 27,9% se obtuvo además material biopsico. La muestra fue positiva en el 90,9% de los pacientes (101), en el restante 9.1% (10) de los casos el material fue catalogado como insuficiente o no concluyente. El tipo histológico mas frecuente fue el [adenocarcinoma pancreático](#) (Fig. 5 Fig. 6) en 90 pacientes (89,1%), los restantes casos fueron: seis tumores neuroendócrinos no sintomáticos, un caso de [metástasis de mama](#), un caso de linfoma primario de páncreas, un [sarcoma retroperitoneal con compromiso pancreático](#) (Fig. 9) y dos casos de pancreatitis autoinmune focal. En nuestra serie no se encontraron complicaciones significativas.

Imágenes en esta sección:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO



Localización de la lesión

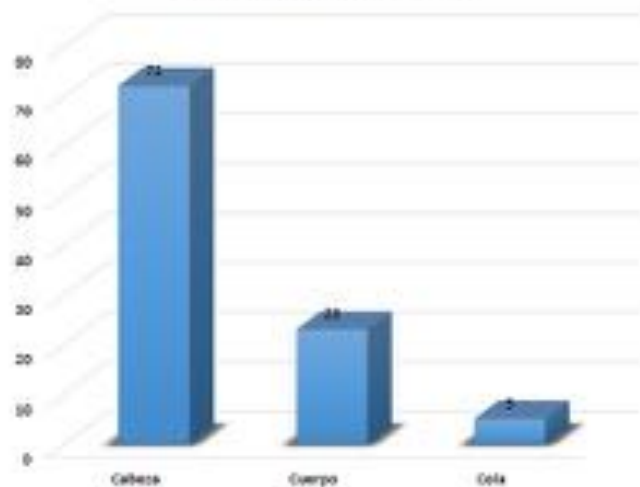


Fig. 3: Distribución de la población según sexo con una edad promedio de $63,1 \pm 10,7$. Localización de la lesión pancreática

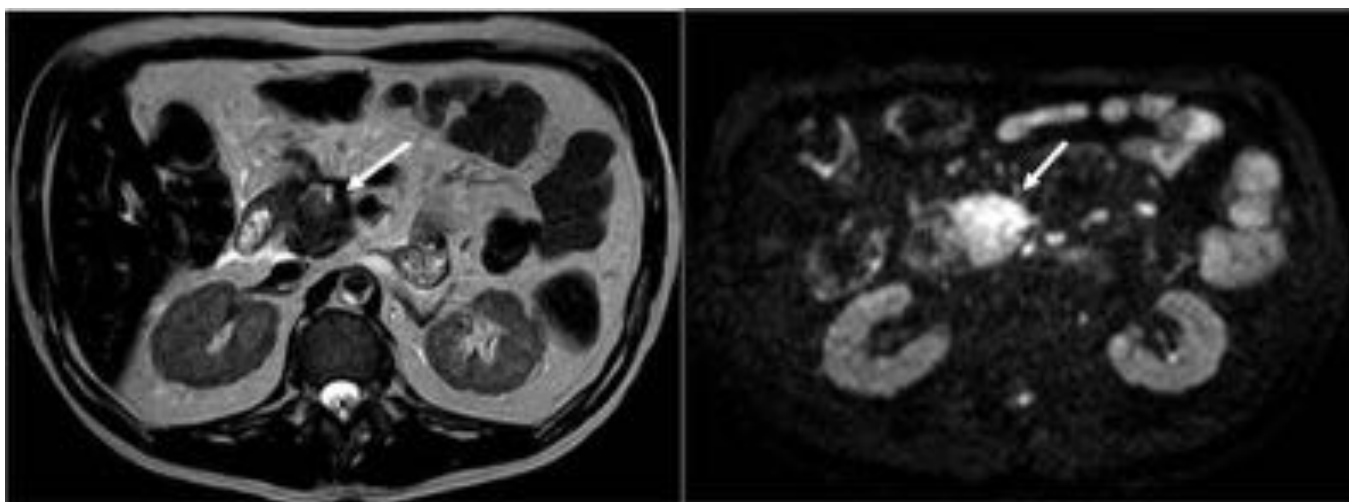


Fig. 4: RMI con contraste. Secuencias axial ponderada en T2 en la que se observa MOE pancreática que compromete la porción cefálica y proceso uncinado y secuencia de difusión mostrando carácter restrictivo de la lesión.

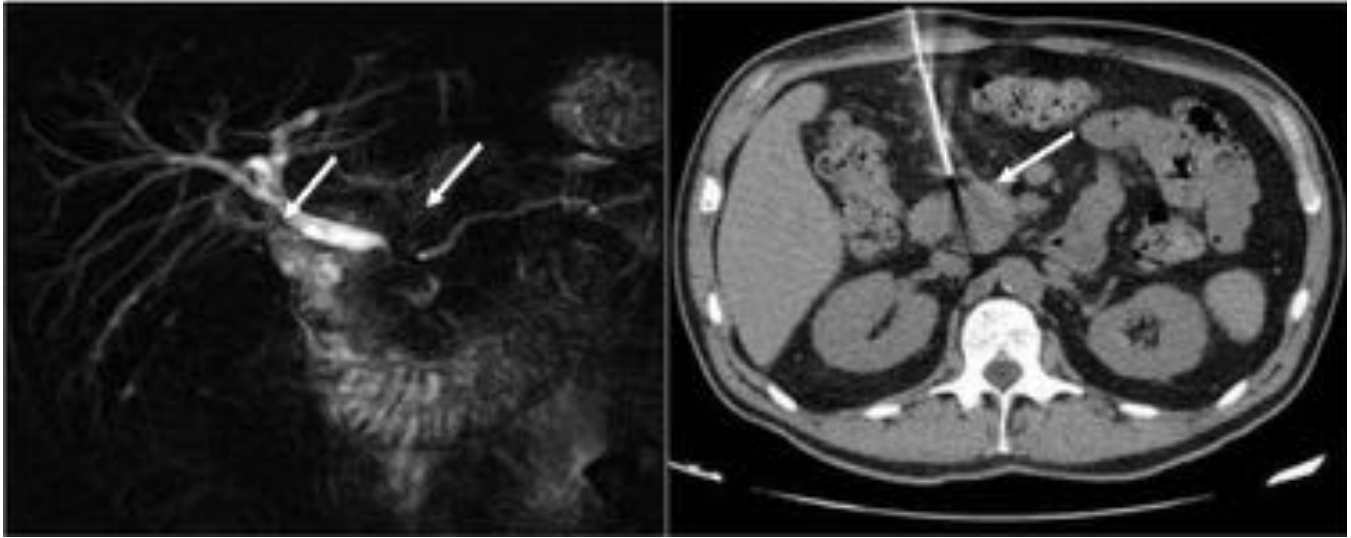


Fig. 5: ColangioRMI que demuestra dilatación de la vía biliar intra, extrahepática y conducto de Wirsung y TCMS corte axial punción de la lesión pancreática con aguja tipo Tru-cut

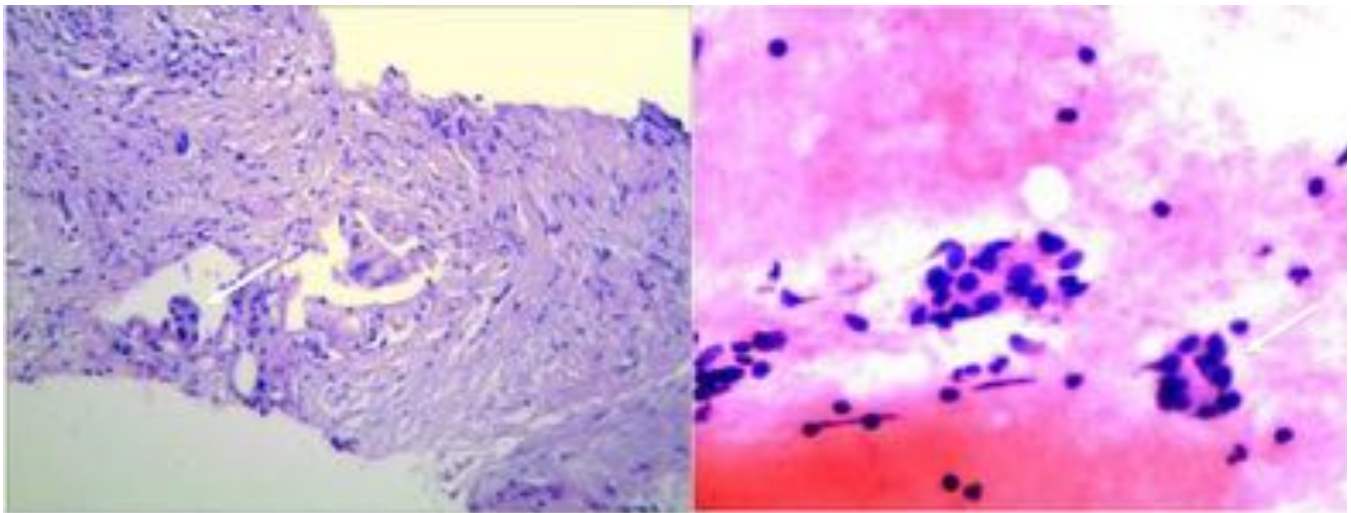


Fig. 6: Corte histológico y citología. Se observa infiltración neoclásica epitelio glandular tipo ductal. Núcleos aumentados de tamaño, irregulares e hiper cromáticos.

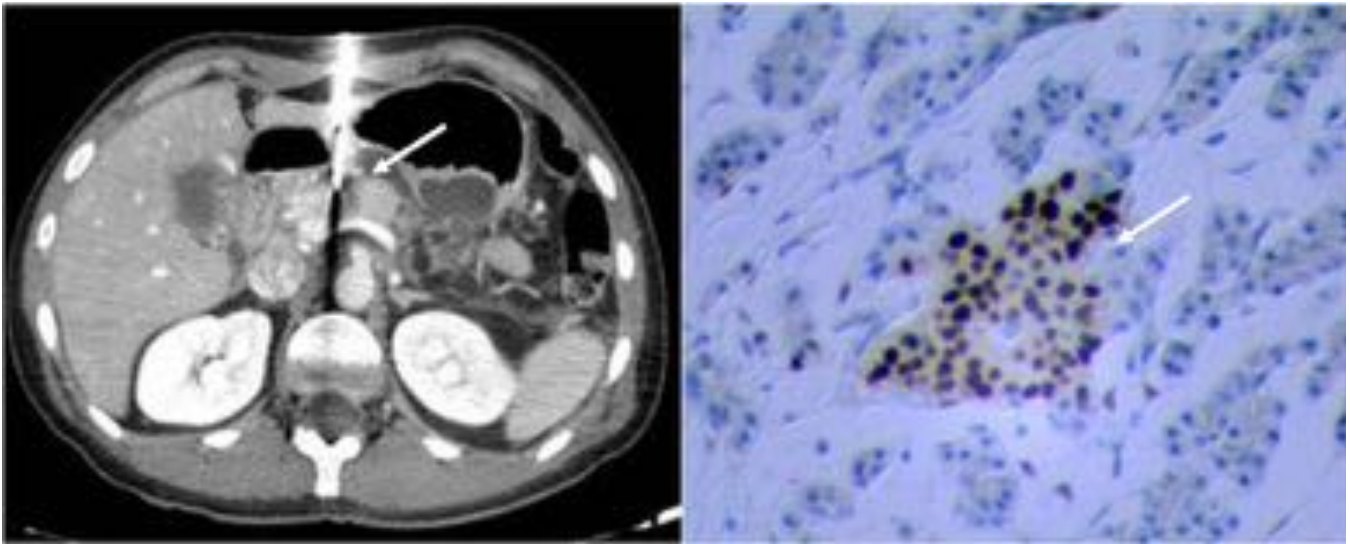


Fig. 7: Metástasis de cáncer de mama. TCMS corte axial. Punción de lesión pancreática con aguja tipo Tru-cut e inmunomarcación con receptores de estrógeno y progesterona positivos.

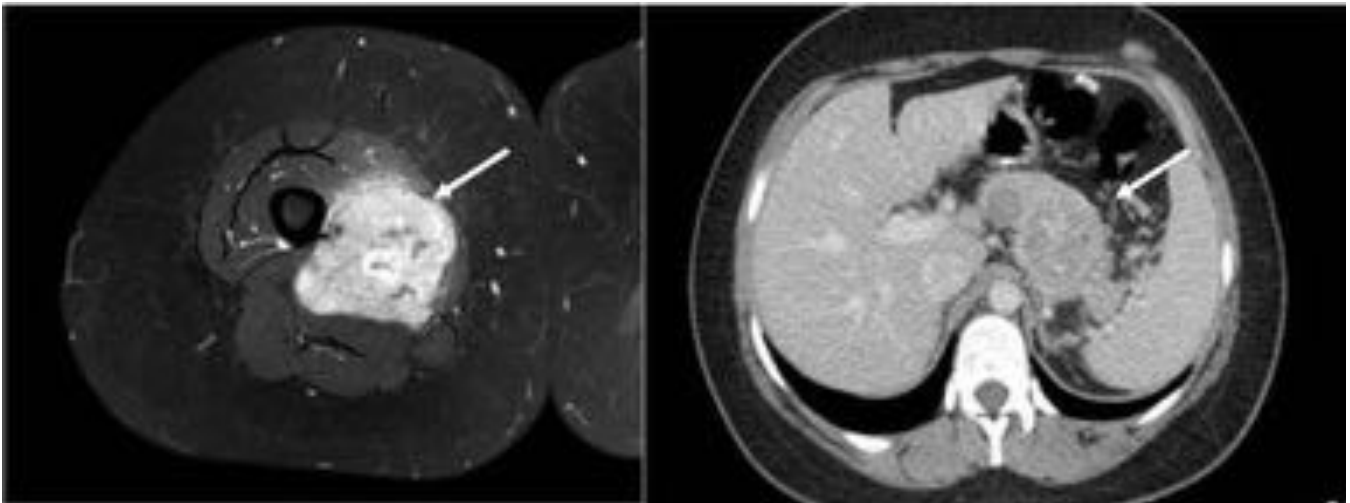


Fig. 8: Sarcoma retroperitoneal con compromiso pancreático. RMI corte axial con contraste. Secuencia IR. Lesión hipertensa y heterogénea sobre la cara posterior-interna del tercio distal del muslo derecho. TCMS con contraste corte axial. Masa sólida pancreática con realce heterogéneo que compromete cuerpo y cola de páncreas.

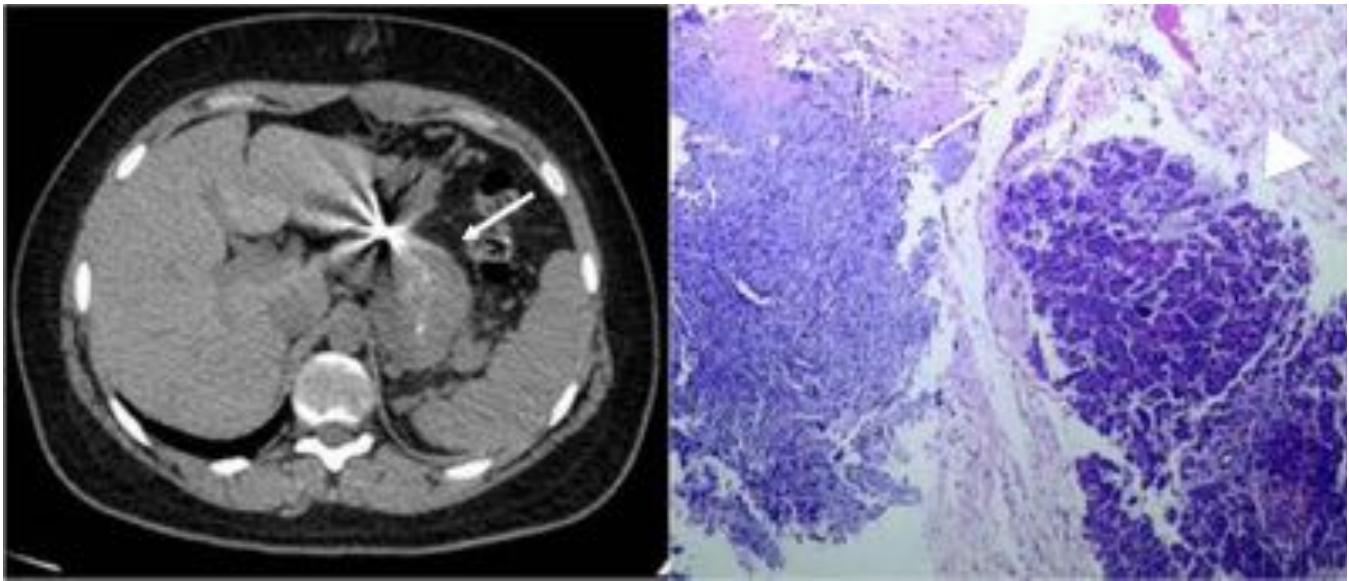


Fig. 9: TCMS corte axial. Punción de lesión pancreática con aguja tipo Tru-cut. Corte histológico de punción pancreática. Se observa lesión neoplásica tipo sarcomatosa (flecha) y glándula pancreática sin alteraciones morfológicas (punta de flecha).

Conclusiones

La punción biopsia pancreática es una herramienta fundamental para el correcto manejo terapéutico de los pacientes con lesiones pancreáticas sospechosas de malignidad con criterios de irresecabilidad o lesiones con características imagenológicas atípicas.

Bibliografía / Referencias

1. Navarro S, Vaquero E, Maurel J, Bombí JA, de Juan C, Feliu J, Fernández-Cruz L, Ginés A, Girella E, Rodríguez R, Sabate L. Recomendaciones para el diagnóstico, la estadificación y el tratamiento del cáncer de páncreas (parte I). *Med Clin* 2010;134:643-655.
2. American gastroenterological association medical position statement: epidemiology, diagnosis, and treatment of pancreatic ductal adenocarcinoma. *Gastroenterology* 1999;117: 1463-1484.
3. Ghaneh P, Costello E, Neoptolemos JP. Biology and management of pancreatic cancer. *Postgrad Med J* 2008;84:478-97.
4. AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer staging Manual, 7.a ed. Edge SB, Byrd DR, Compton CC et al., eds. Springer, New York, 2010(201); 211;285-96.
5. Amin Z, Theis B, Russell RC, House C, Novelli M, Lees WR. Diagnosing pancreatic cancer: the role of percutaneous biopsy and CT. *Clin Radiol*. 2006; 61:996-1002.
6. Hall-Craggs MA, Lees WR. Fine-needle aspiration biopsy: pancreatic and biliary tumors. *AJR*. 1986; 147:399-403.
7. Paulsen SD, Nghiem HV, Negussie E, Higgins EJ, Caoili EM, Francis IR. Evaluation of imaging-guided core biopsy of pancreatic masses. *AJR*. 2006; 187:769-72.

8. Escrig-Sos J, Martínez-Ramos D, Miralles-Tena JM. Pruebas diagnósticas: nociones básicas para su correcta interpretación y uso. *Cir Esp.* 2006; 79:267-73.