



Lesiones benignas del páncreas. Hallazgos, caracterización y diagnóstico diferencial por imagen

Carla Souweileh Arencibia, Jesús Ignacio Vivancos Garbayo, Raúl Cabrera Rodríguez, Fernando Monteverde Hernández, Jorge Cabrera Marrero, Daniel Chueca Martínez, Mónica Fernández del Castillo Ascanio, Carlos Pérez Gámez

Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos:

Reconocer, diferenciar y caracterizar las lesiones pancreáticas de comportamiento benigno mediante tomografía computarizada y resonancia magnética.

Introducción

La glándula pancreática constituye un órgano diana para múltiples lesiones de amplio comportamiento. Aquellas entidades malignas suponen una amenaza para la vida del paciente, puesto que el adenocarcinoma de páncreas (90% de los tumores malignos de dicha glándula) representa la cuarta causa de muerte tumoral global; otras, sin embargo, motivo de esta revisión, son entidades intrínsecamente benignas que no presentan un impacto significativo en la vida del paciente.

El desarrollo de la imagen, sobre todo con la mejoría de la tomografía computarizada (TC) y la extensión de su uso de la resonancia magnética (RM) ha permitido la caracterización y el diagnóstico de muchas lesiones pancreáticas antes desconocidas y cuyo manejo clínico y quirúrgico ha ido puliéndose a medida que ha aumentado la experiencia médica con respecto a ellas.

Lesiones benignas del páncreas

Para la caracterización de las lesiones pancreáticas un primer acercamiento puede realizarse mediante TC en fases simple, arterial y venosa y mediante RM que también contemple la administración de contraste en dichas fases.

Inflamatorias:

Pseudoquiste pancreático:

Se trata de la lesión quística más frecuente del páncreas y es una manifestación tardía (más de 4 semanas) tras un episodio de pancreatitis aguda o pancreatitis crónicas.

En la TC y en RM se identifican como lesiones homogéneas encapsuladas, de bordes bien definidos, que pueden presentar continuidad con el conducto pancreático principal (CPP) y que presentan realce de su pared tras la administración de contraste.

La clínica depende de la dimensión del pseudoquiste y por tanto de su efecto de masa sobre estructuras colindantes, y analíticamente muestran elevación de la amilasa sérica.



Figura 1. Voluminosa lesión quística sugestiva de pseudoquiste pancreático que condiciona efecto masa sobre las estructuras adyacentes.

El tratamiento del pseudoquiste habitualmente es conservador y se reserva el drenaje percutáneo o quirúrgico ante pacientes sintomáticos.

Colección necrótica pancreática con pared:

Se trata de una complicación tardía (más de cuatro semanas) tras un episodio de pancreatitis necrótica.

En TC y RM se visualiza como una lesión quística heterogénea, con presencia de pared, que presenta áreas sin realce (necróticas) tras la administración de contraste. La presencia de gas en el seno de la colección orienta a la sobreinfección de la misma, lo que empeora el pronóstico del paciente.

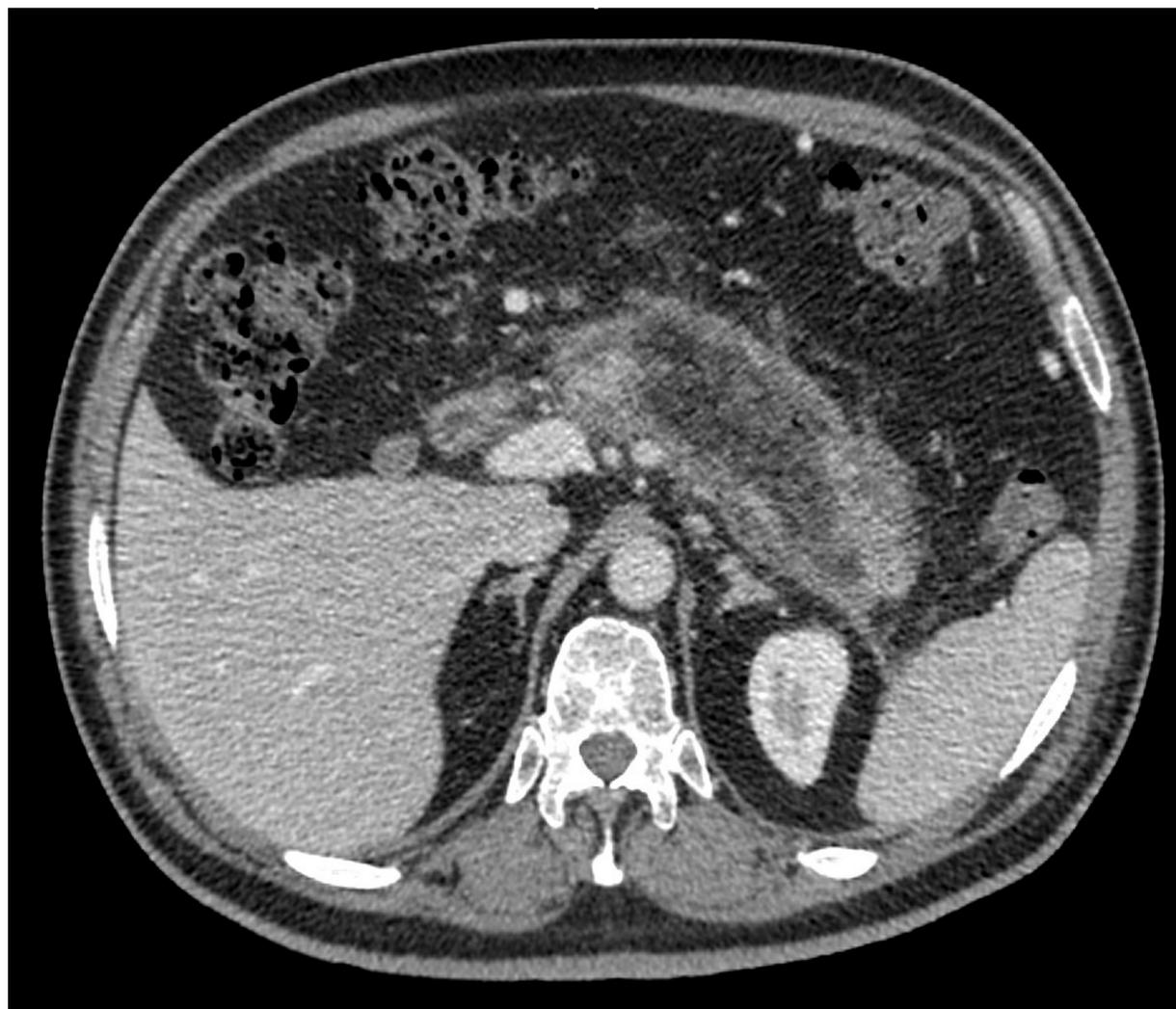


Figura 2. Colección necrótica peripancreática con pared.

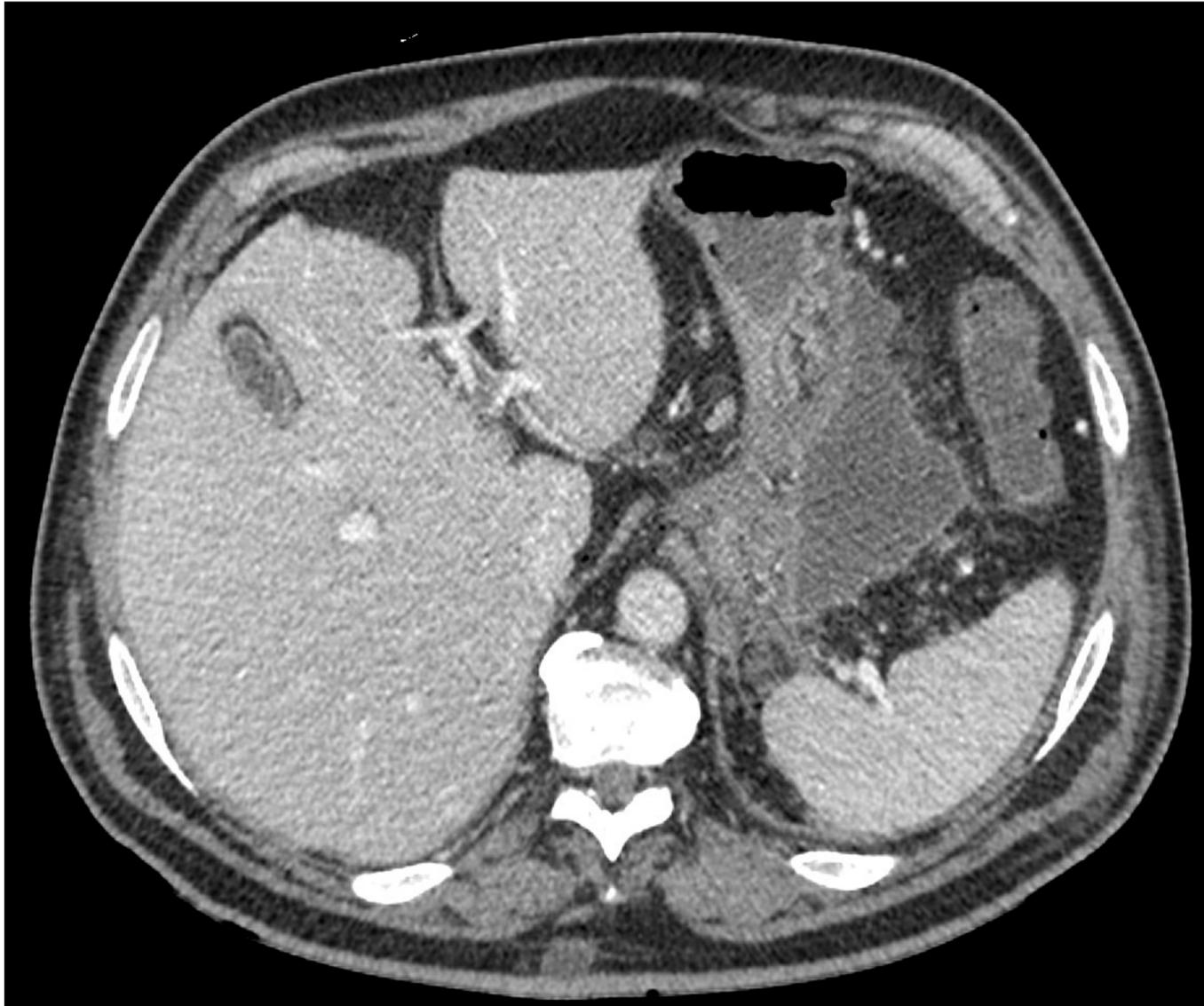


Figura 3. Colección necrótica pancreática con pared.

El tratamiento dependerá de la clínica del paciente, realizándose mediante drenaje percutáneo o colangiopacreaografía retrógrada endoscópica (CPRE) con o sin necrosectomía, o en casos seleccionados mediante drenaje quirúrgico.

Quísticas/tumorales (páncreas exocrino):

Neoplasias papilares mucinosas intraductales (IPMN):

Se trata de lesiones productoras de mucina procedentes del tejido epitelial del **conducto pancreático principal, de sus ramas secundarias o de ambas**, condicionando dilatación de estos, y que pueden presentar potencial maligno.

Son más frecuentes en varones, a partir de la sexta década de vida, y habitualmente son asintomáticos, identificándose en la mayoría de los casos como un hallazgo casual en exploraciones realizadas por otros motivos.

En TC se identifican como lesiones hipodensas (**figura 4**), bien definidas, de localización variable, que pueden ser completamente quísticas, presentar un polo sólido o realce tras la administración de contraste.

En RM se visualizan como lesiones hipointensas en secuencias T1 e hiperintensas en secuencias T2 que presentan continuidad con los conductos pancreáticos (**figura 5 y 6**). Pueden mostrar restricción en las secuencias de difusión y realce tras la administración de contraste.



Figura 4. IPMN en cuerpo pancreático dependiente del CPP.

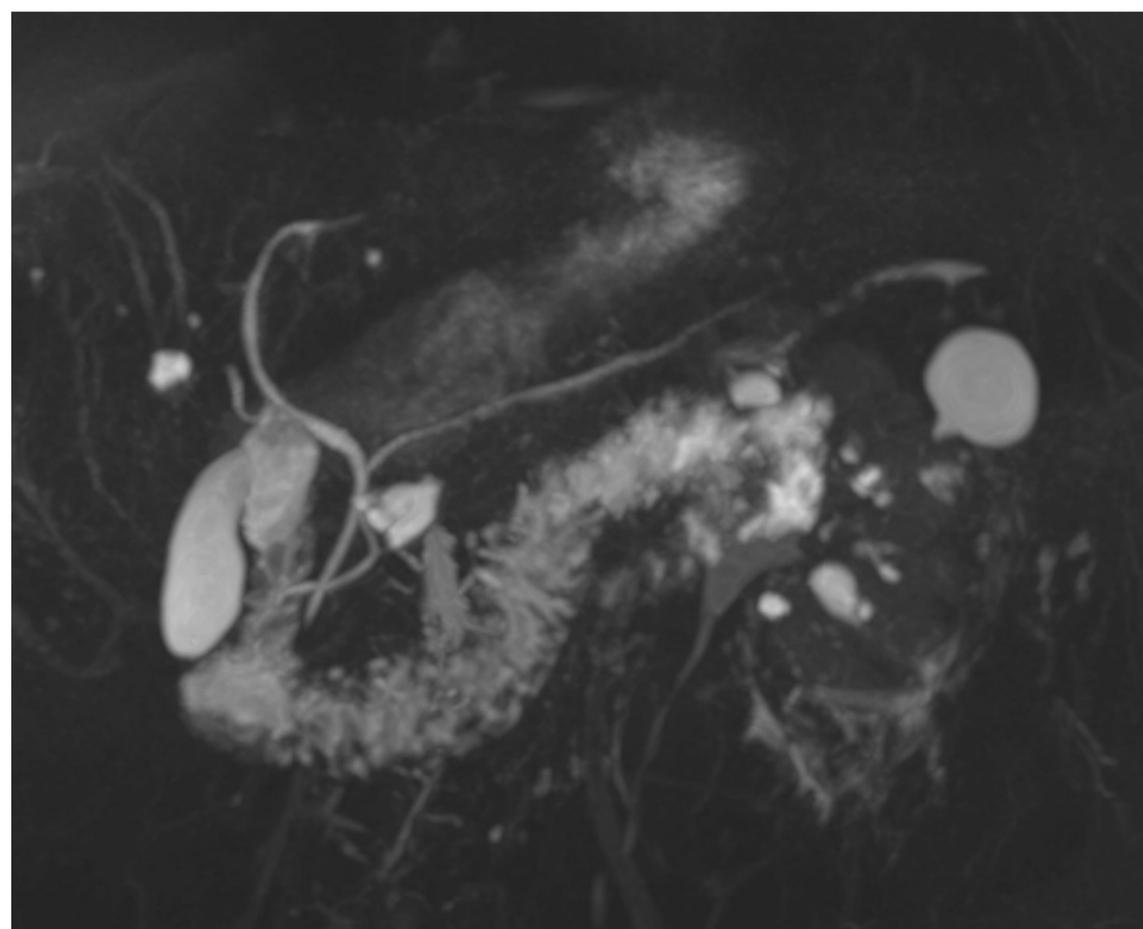


Figura 5. IPMN múltiples en cola pancreática.

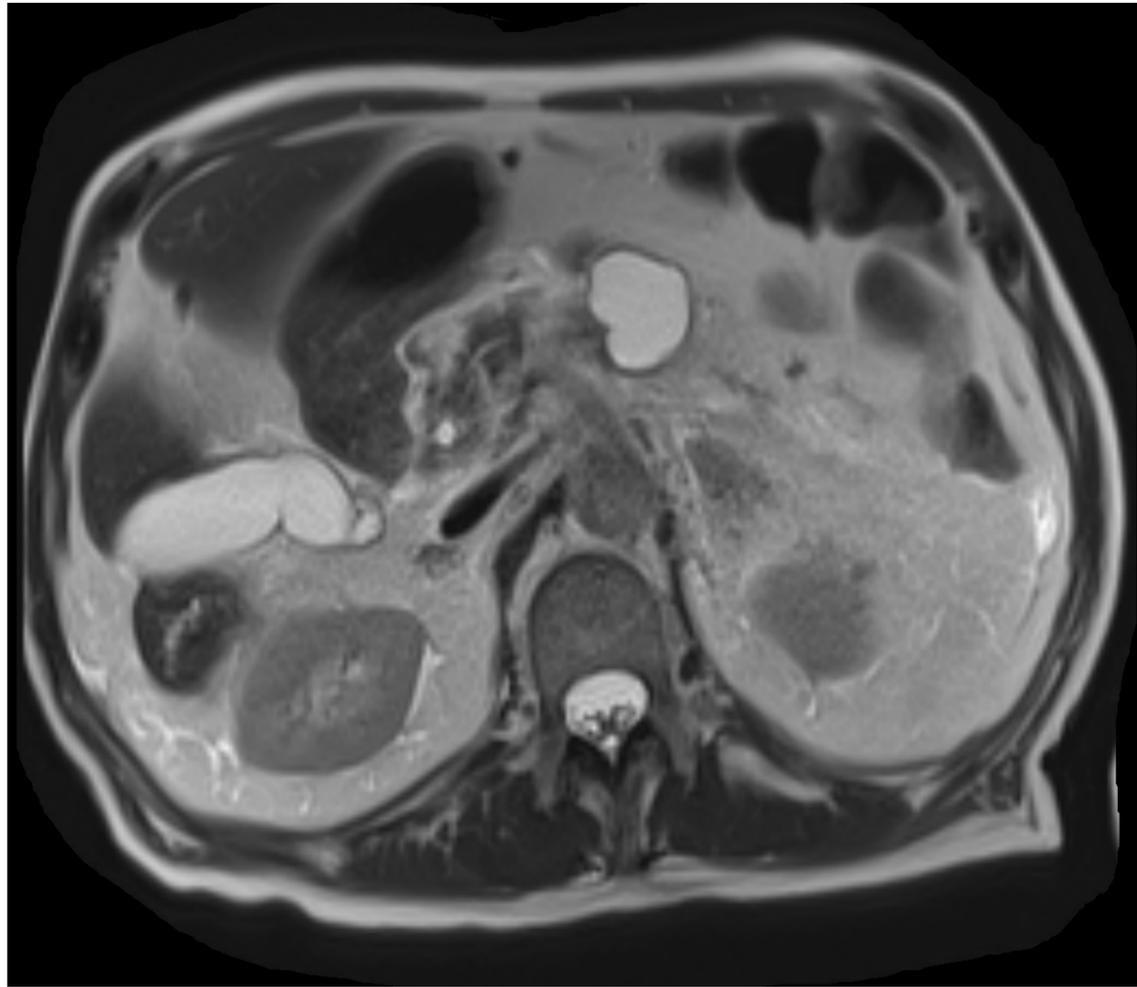


Figura 6. IPMN dependiente del CPP en cuerpo pancreático.

Los criterios de riesgo respecto a su potencial maligno y su posterior abordaje se recogen en los criterios de Tanaka/Guía de consenso de Fukuoka (**tabla 1**).

Riesgo	Características	Abordaje
Bajo riesgo	<ul style="list-style-type: none"> -Menores de 5 mm. -Cualquier localización. 	<p>Asintomáticos: seguimiento Sintomáticos: resección</p>
Riesgo moderado/ Características preocupantes	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor o igual a 3 mm. -Engrosamiento y realce de la pared quística. -Realce mural menor de 5 mm. -CPP con dilatación de entre ntre 5 y 9 mm. -Adenopatías periglandulares. -Cambio brusco de calibre del CPP con atrofia pancreática distal. -Crecimiento mayor de 5 mm en 2 años. -CA-19.9 elevado. 	<p>Ecoendoscopia. -Si no es concluyente se realizará seguimiento con ecoendoscopia y RM cada 3-6 meses.</p> <p>Resección en pacientes jóvenes.</p>
Alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor de 5 mm y con realce tras contraste. -Mayor de 10 mm. -Ictericia obstructiva. 	Resección.

Tabla 1. Criterios de Tanaka/Guía de consenso de Fukuoka para IPMNs.

Cistoadenoma mucinoso:

Tumor pancreático casi exclusivo de mujeres jóvenes y asintomáticas. Se considera una lesión pre-maligna, por lo que es fundamental el contexto clínico-analítico de la paciente: elevación en sangre del CA 19.9 y del CEA se relacionan con la malignización de dichas lesiones.

En las técnicas de imagen se identifica como una imagen quística y heterogénea de gran tamaño uni o multilocular, que puede presentar septos y calcificaciones periféricas, que no se comunican con el conducto pancreático y que en más del 80% de los casos se localizan en el cuerpo o en la cola pancreáticas (**figura 8**).



Figura 8. Cistoadenoma mucinoso. Lesión quística en cola pancreática con calcificación periférica.

Cistoadenoma seroso:

Son lesiones benignas que se producen más frecuentemente en mujeres en la edad media de la vida, habitualmente asintomáticas.

Mediante imagen (**figura 9**) se manifiestan como lesiones menores de 1 centímetro de localización en proceso uncinado, en la cabeza y el en cuerpo pancreáticos, poliquísticas o en panal de abeja (70%), aunque en menor porcentaje pueden aparecer como lesiones uniloculares y que no presentan comunicación con el CPP.

En TC y RM puede presentar una cicatriz central que realza de forma tardía tras la administración de contraste.

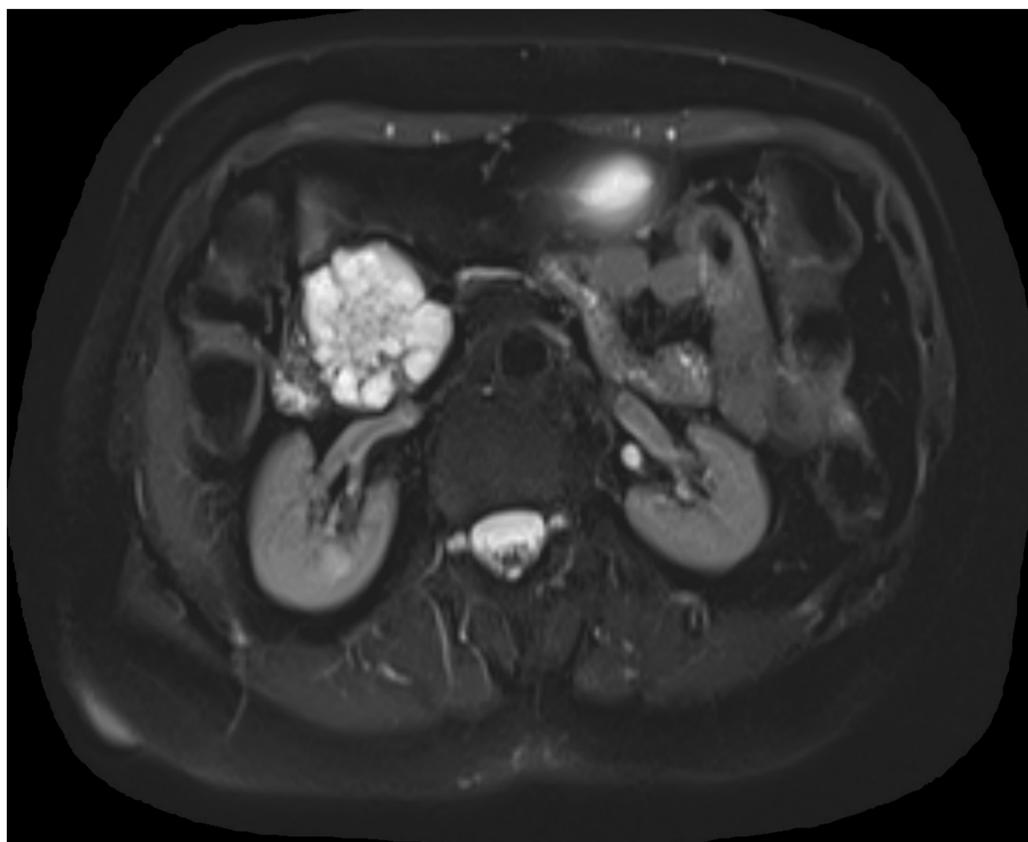


Figura 9. Lesión quística multiloculada con cicatriz central en cabeza pancreática.

Lipomas pancreáticos:

Son entidades raras, más frecuentes en mujeres mayores de 70 años, que constituyen menos de 2% de las lesiones pancreáticas. Su localización es habitualmente en la cabeza pancreática y presentan un tamaño variable, desde milímetros a varios centímetros.

En la TC y en RM se identifica como una lesión de bordes bien definidos, homogénea, que presenta una densidad y una intensidad de señal grasa, sin mostrar realce tras la administración de contraste.

La infiltración grasa pancreática es frecuente conforme aumenta la edad del individuo, pero en este caso se encontraría una distorsión grasa difusa de la glándula, sin lesiones bien definidas en su espesor.

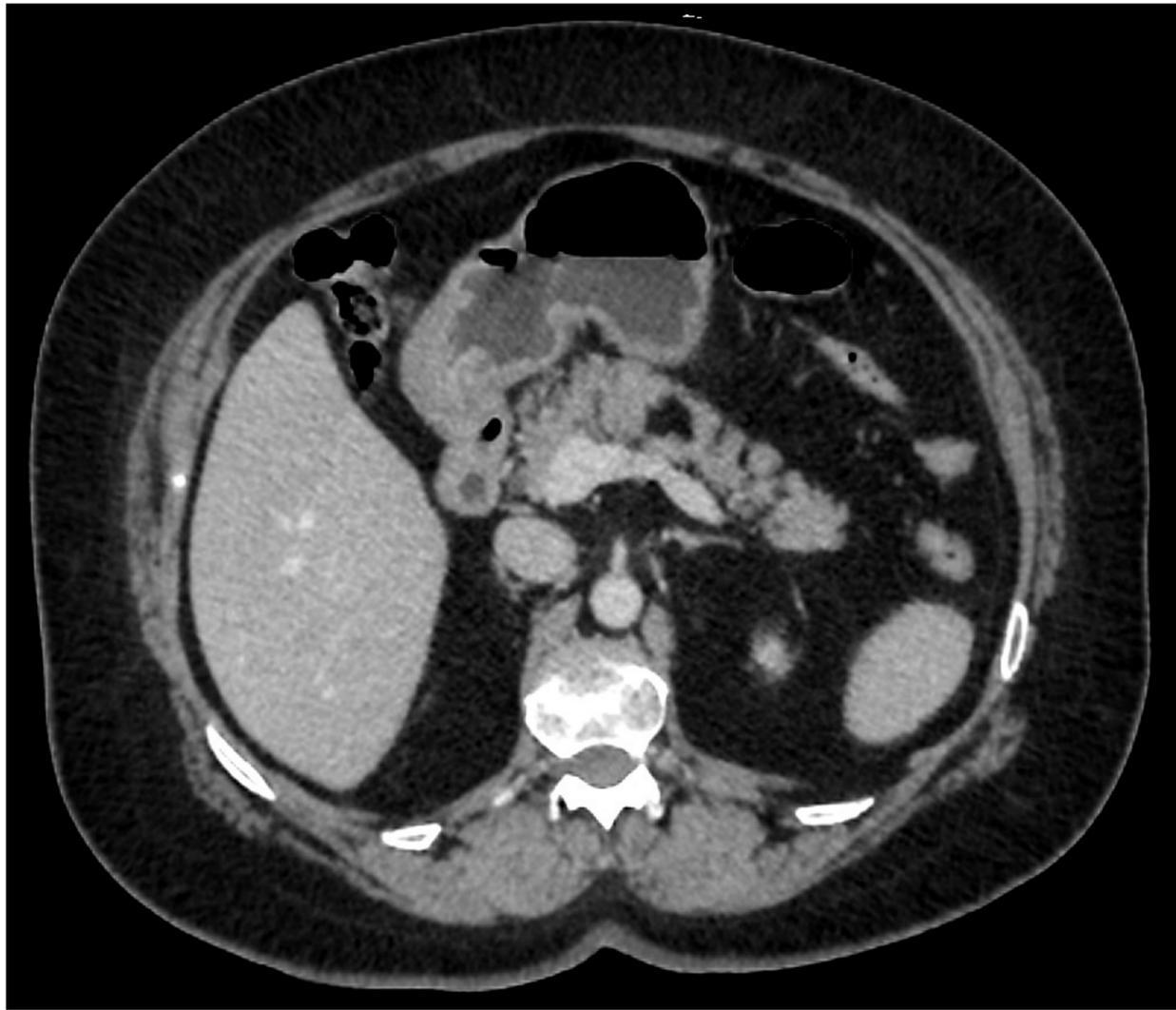


Figura 10. Imagen nodular de densidad grasa, sugestiva de lipoma, a nivel del cuerpo del páncreas.

Tumores sólidos pseudopapilares:

Lesiones quísticas habitualmente benignas que se presentan en mujeres jóvenes, generalmente asintomáticas. Presentan una baja incidencia (menos del 3% de todas las lesiones pancreáticas) y al diagnóstico pueden alcanzar grandes dimensiones y dar clínica de dolor abdominal de características inespecíficas.

En TC y RM se visualiza como una lesión heterogénea con un componente mixto sólido y quístico bien definida que puede presentar áreas de degeneración hemorrágica y realce periférico precoz tras la administración de contraste.

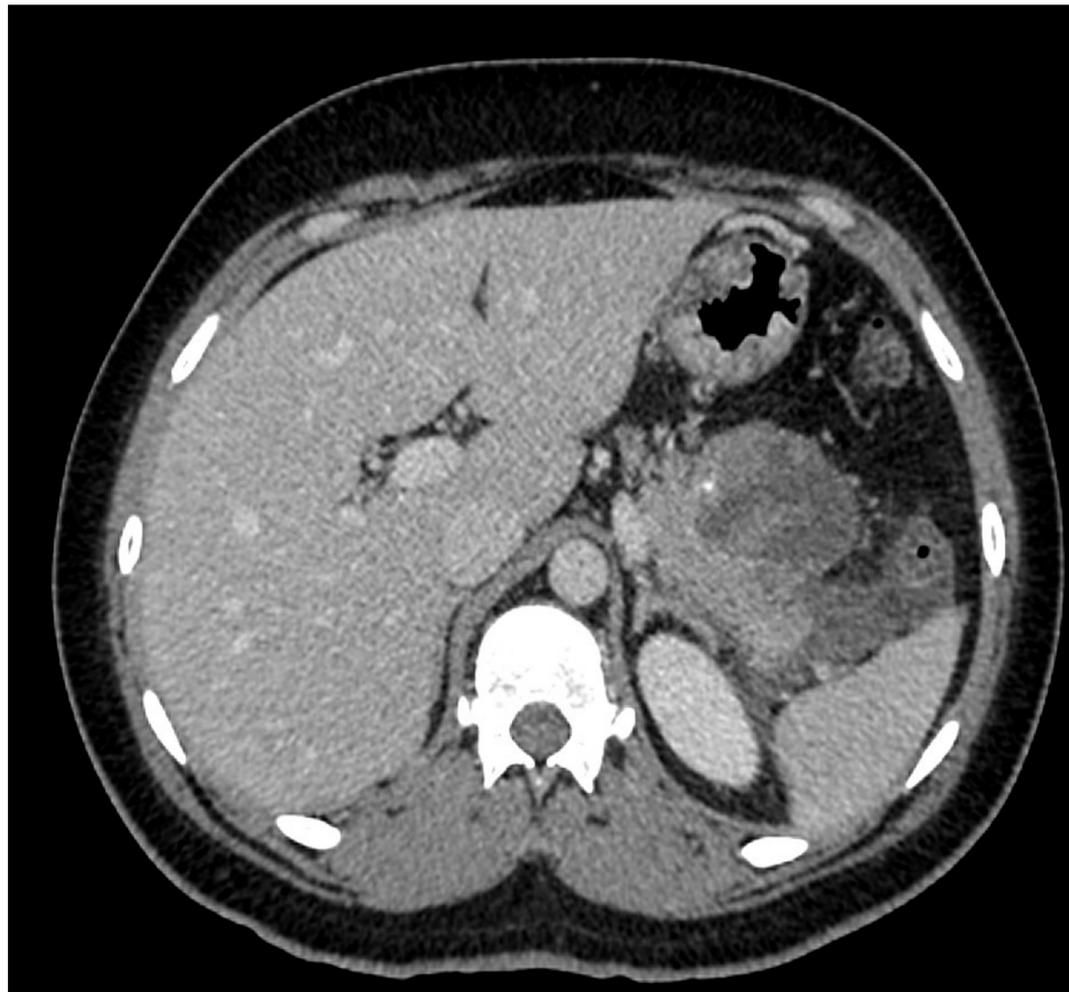


Figura 11. Varón de 30 años con dolor abdominal. Se aprecia lesión sólido-quística multilobulada dependiente del margen anterior de la cola pancreática con septos en su interior y calcificaciones lineales.

Otras lesiones pancreáticas de comportamiento benigno:

- Quiste linfoepitelial.
- Quistes parasitarios.
- Teratoma quístico mucinoso.
- Quiste congénito.

Conclusiones:

El páncreas es el nicho de múltiples lesiones y es fundamental caracterizar su comportamiento debido a la implicación pronóstica que conllevan en el individuo.

Las lesiones benignas pancreáticas pueden caracterizarse gracias a la tomografía computarizada y la resonancia magnética y el papel del médico especialista en imágenes es imprescindible para realizar una aproximación diagnóstica de estas entidades e influye en su abordaje, condicionando la actitud médico-quirúrgica y el seguimiento posterior, y de este modo presentando un impacto directo en la vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Necrotizing pancreatitis: diagnosis, imaging, and intervention. Shyu JY, Sainani NI, Sahni VA, Chick JF, Chauhan NR, Conwell DL et al. Radiographics. 2014; 34: 1218-1239.
2. Cystic pancreatic lesions: a simple imaging-based classification system for guiding management. Sahani DV, Kadavigere R, Saokar A, Fernández-del Castillo Carlos, Brugge WR, Hahn PF. RadioGraphics. 2005; 25: 1471-1484.
3. Multimodality imaging of neoplastic and non-neoplastic solid lesions of the páncreas. Low G, Panu A, Millo N, Leen E. RadioGraphics. 2011; 993-105.
4. Tumores quísticos pancreáticos y lesiones pseudotumorales. Jiménez Mendióroz FJ, Tolosa I, De Blas A, García Sanchotena J, Cabada T, Olier J. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2003; 26 (2): 243-250. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000300007&lng=es.
5. Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) of the páncreas: recommendations for standardized imaging and reporting from the society of abdominal radiology IPMN disease focused panel. Hecht EM, Khatri G, Morgan D, Kang S, Bhosale PR, Francis IR et al. Abdominal Radiology. 2021; 46: 1586-1606.