



Lesiones Quísticas Pancreáticas

Dra. Sofía Belén Collazo

Gedyt

2025

Definición:

Lesiones localizadas en el páncreas, bien definidas y que contienen líquido.

- Benignas
- Premalignas



Presentación clínica

La mayoría de los quistes pancreáticos son **asintomáticos** y se descubren **incidentalmente** en las imágenes de diagnóstico que se realizan por un síntoma o razón que no guardan relación.

Síntomas*: *dolor*, sangrado, pancreatitis aguda, ictericia, tumoración palpable

* Mayor probabilidad de malignidad

Estudios Diagnósticos



TC

- Con protocolo para páncreas
- Útil para confirmar y caracterizar las lesiones quísticas previamente identificadas con la ecografía
- Exposición a radiación



CPRM

- Establece la relación entre las lesiones quísticas y los conductos biliares y pancreáticos
- Sin radiación
- Mejor visión del conducto pancreático (útil en IPMN)



EUS

- Mayor especificidad
- Posibilidad de PAAF
- Sin radiación
- invasivo



CPRE

No indicado.

Tipos de quistes

Los quistes pancreáticos son frecuentemente asintomáticos, a menudo son benignos, pero algunos pueden malignizarse.

01

NEOPLASIA QUISTICA
Serosa

02

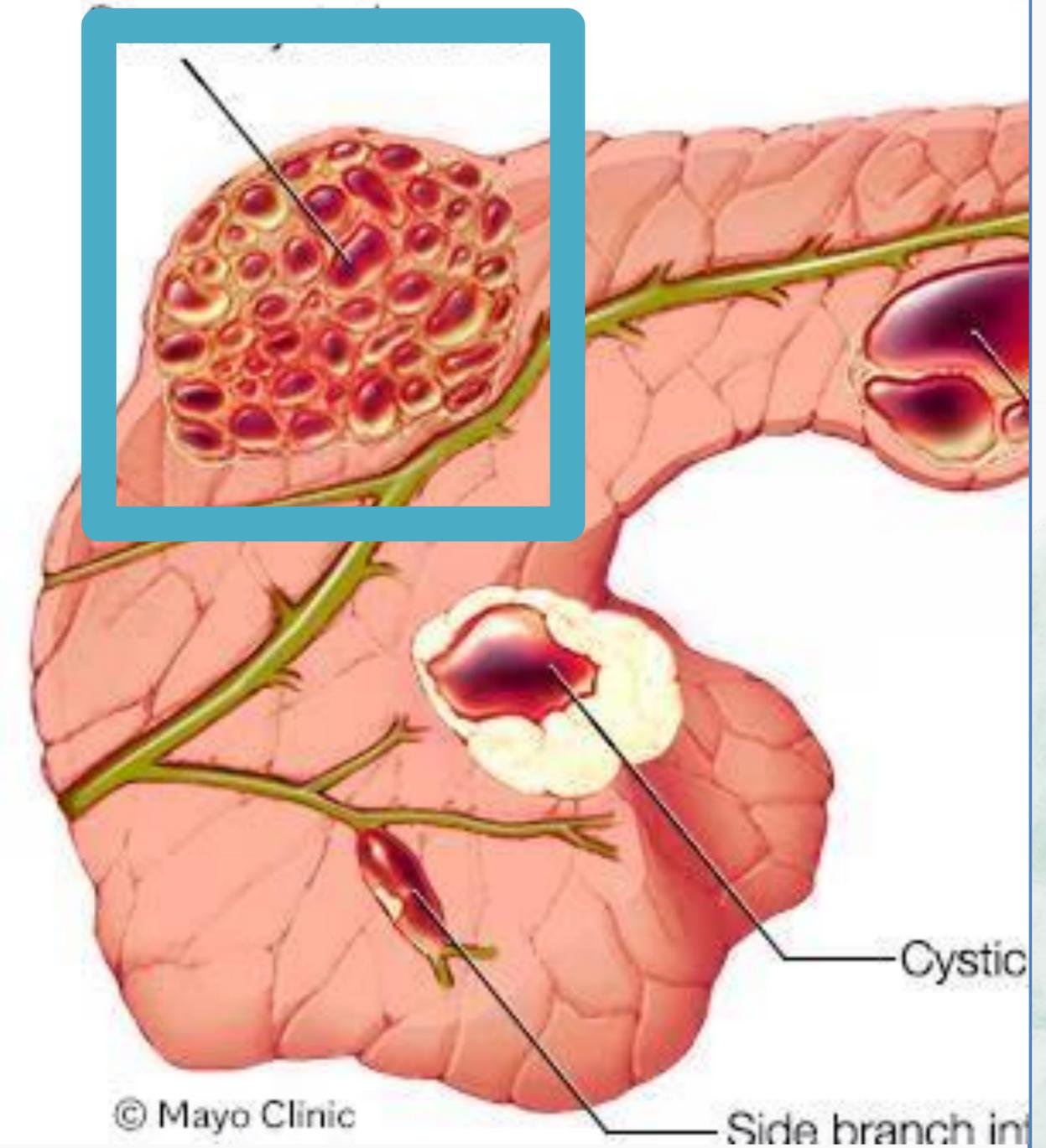
NEOPLASIA QUÍSTICA
Mucinososa

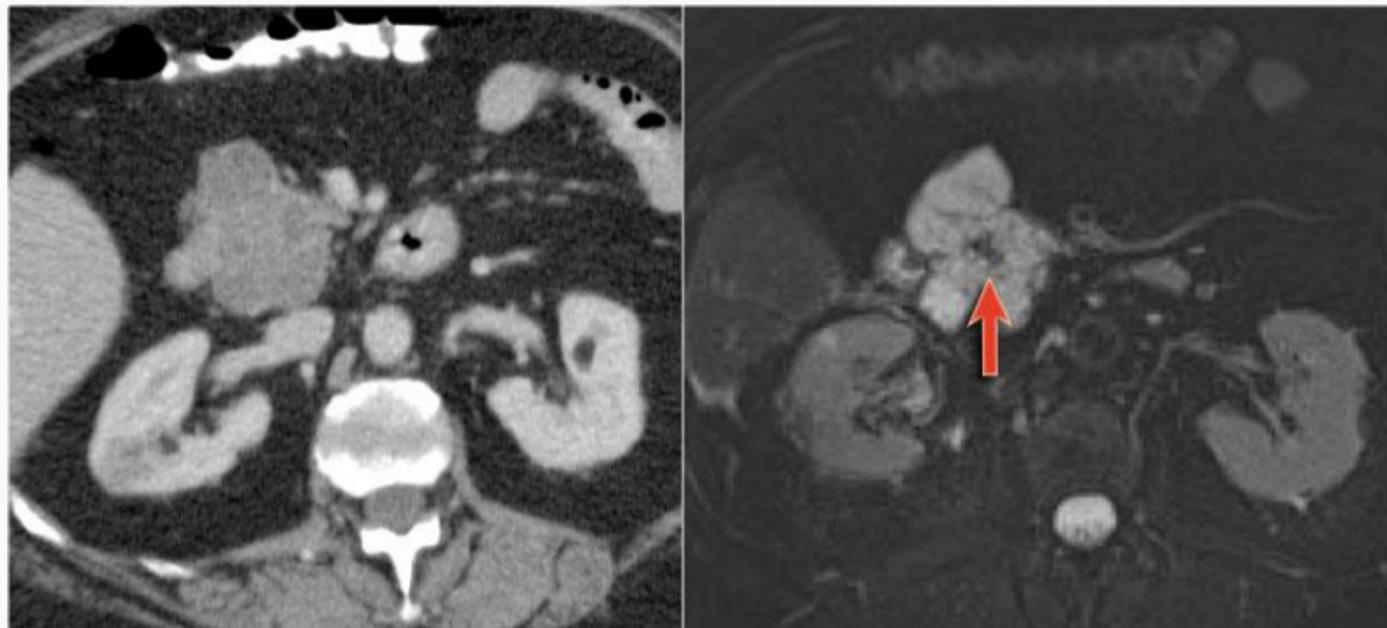
03

NEOPLASIA PAPILAR
INTRADUCTAL MUCINOSA (IPMN)
I - II - III

Neoplasia Quística Serosa

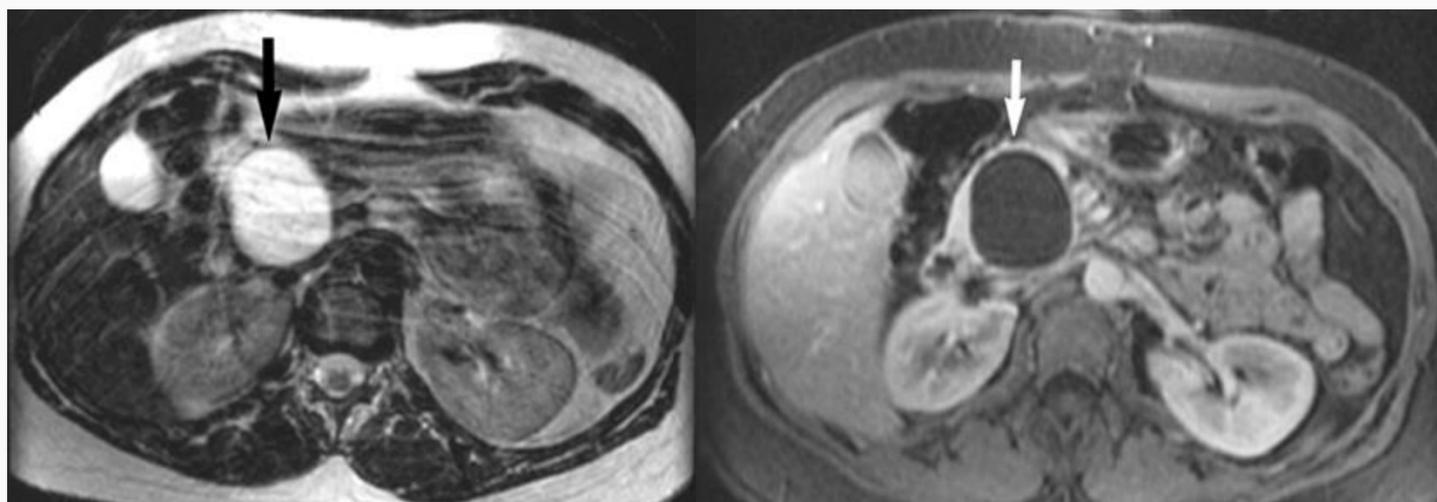
- Benigno
- Crecimiento lento
- 75% en mujeres
- 50 - 70 años
- Cualquier parte del páncreas
- Rara vez en comunicación con el conducto principal





01.

Microquístico: aspecto en
panal con cicatriz central



02.

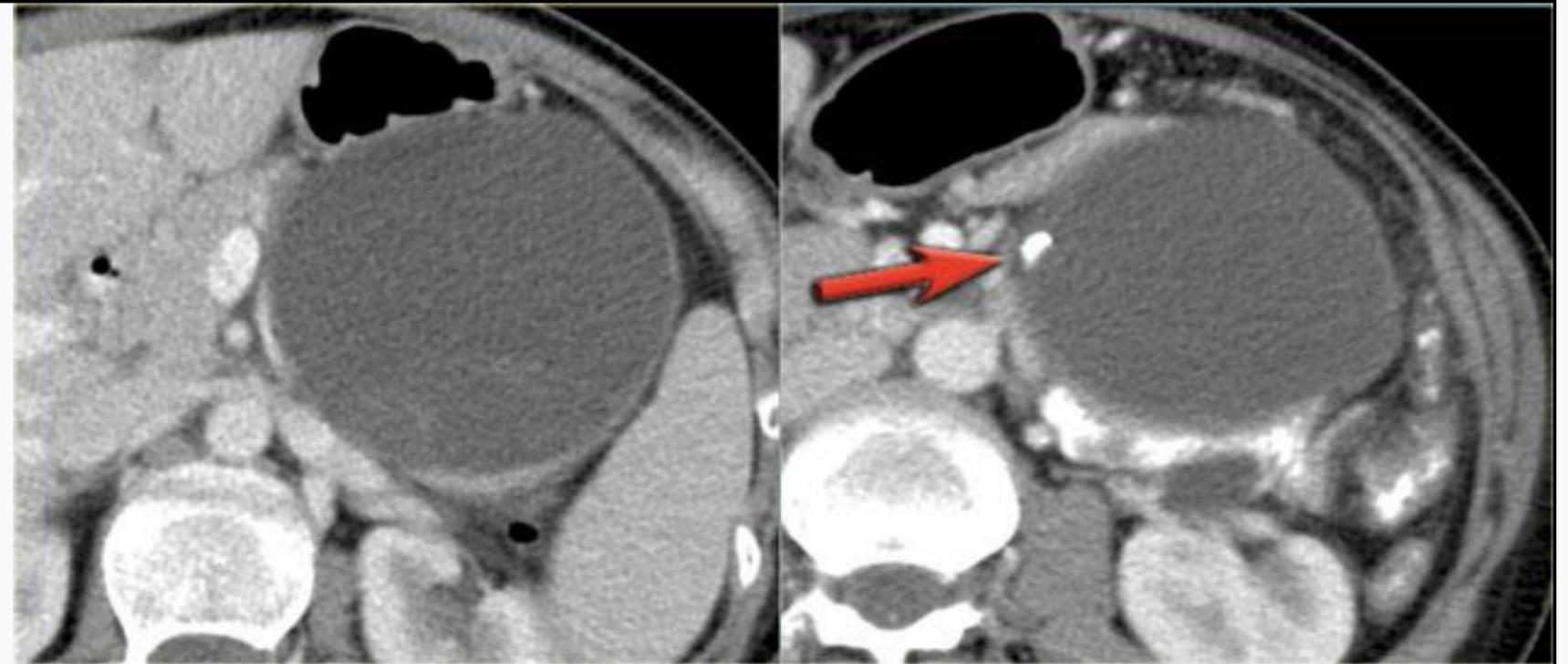
Macroquístico/
Oligoquístico:
aspecto similar a NQM



Neoplasia Quística Mucinososa

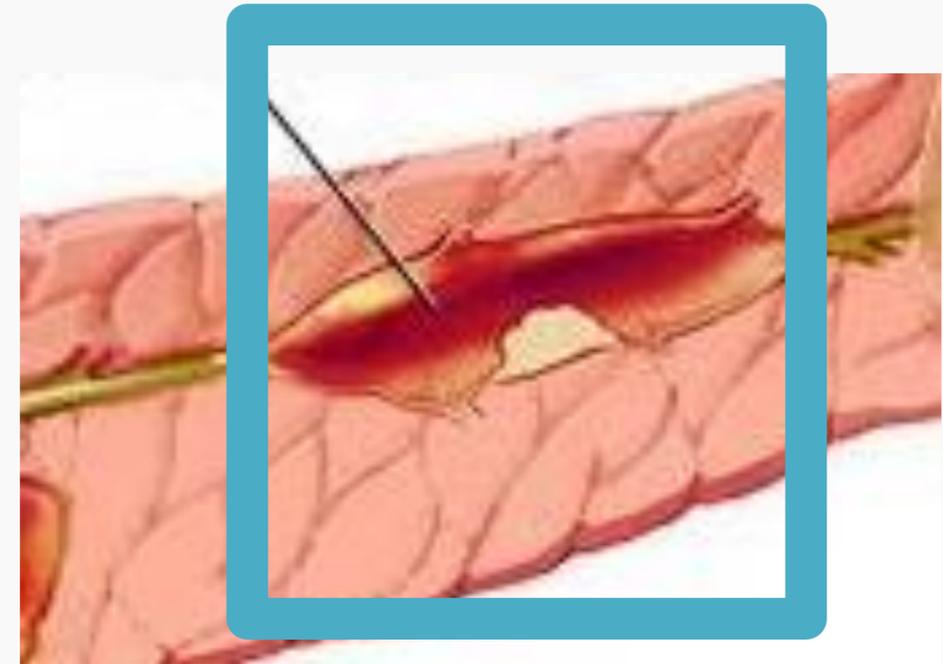
- Produce mucina
- 95% mujeres
- 40 - 60 años
- Cuerpo - cola
- Habitualmente no se comunica con el conducto principal
- Estroma tipo ovárico

- Premaligna
 - Cistoadenoma Mucinoso - Benigno
 - Neoplasia quística mucinoso
 - Bajo grado - Límite
 - Alto grado - Carcinoma *In situ*
 - Cistoadenocarcinoma mucinoso - Maligno
- La mayoría de los paciente son **asintomáticos**
- Síntomas: dolor en espalda, ictericia, pancreatitis recurrente, pérdida de peso
- Tabiques de pared gruesos y **calcificaciones**



Neoplasia papilar intraductal mucinosa (IPMN)

- Comunicación con los conductos
- Cabeza
- 60 - 70 años
- 3 tipos
- Asintomáticos
- Síntomas: pancreatitis recurrente



Tipos de IPMN

01

Conducto principal

- Dilatación del conducto principal >5mm
- >10 mm sugestivo de malignidad

02

Conducto secundario

- Dilatación de uno o varios conductos secundarios
- Comunicación con conducto principal
NO dilatado (<5mm)

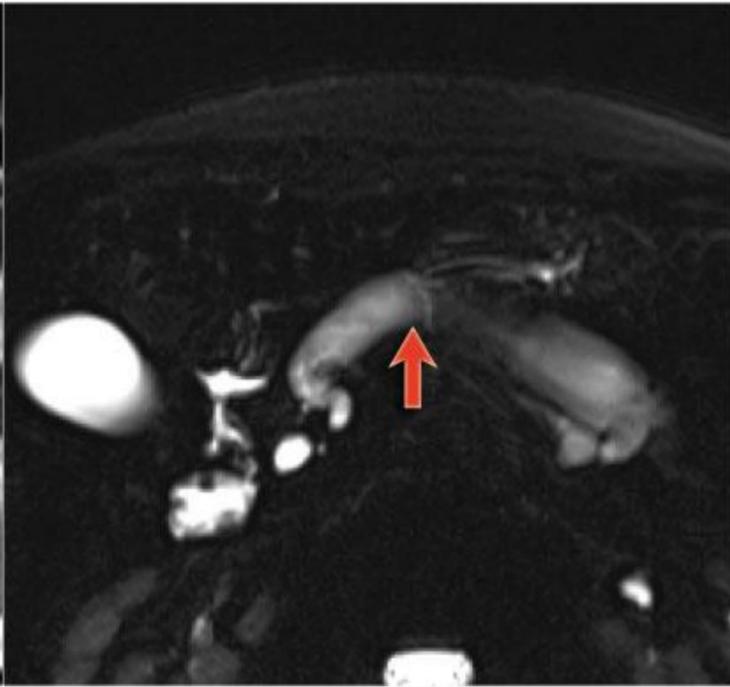
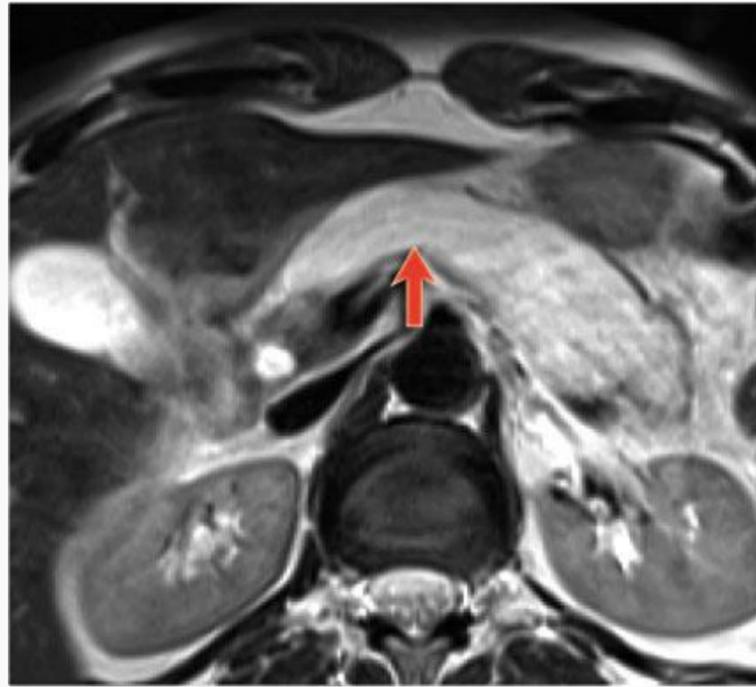
03

Mixto

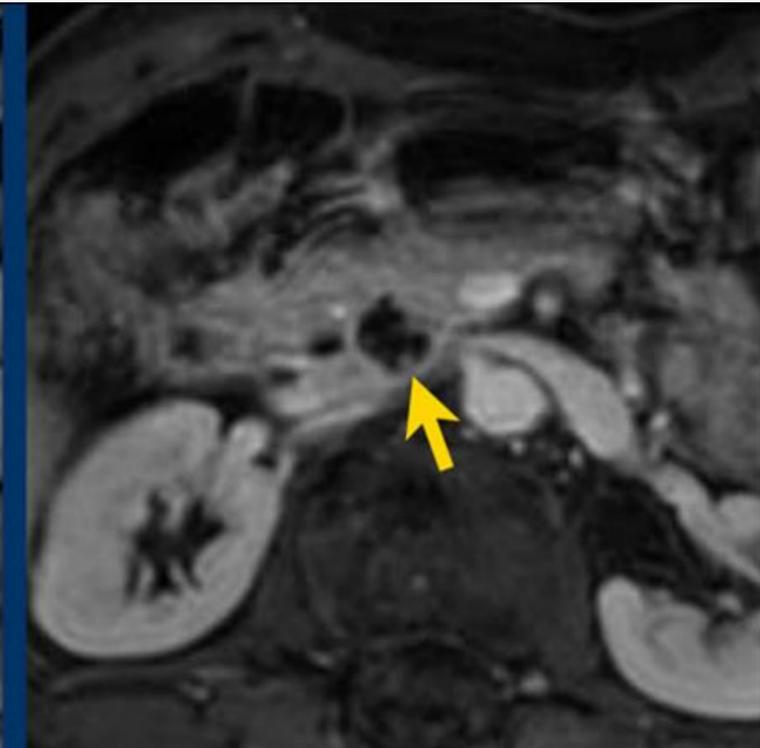
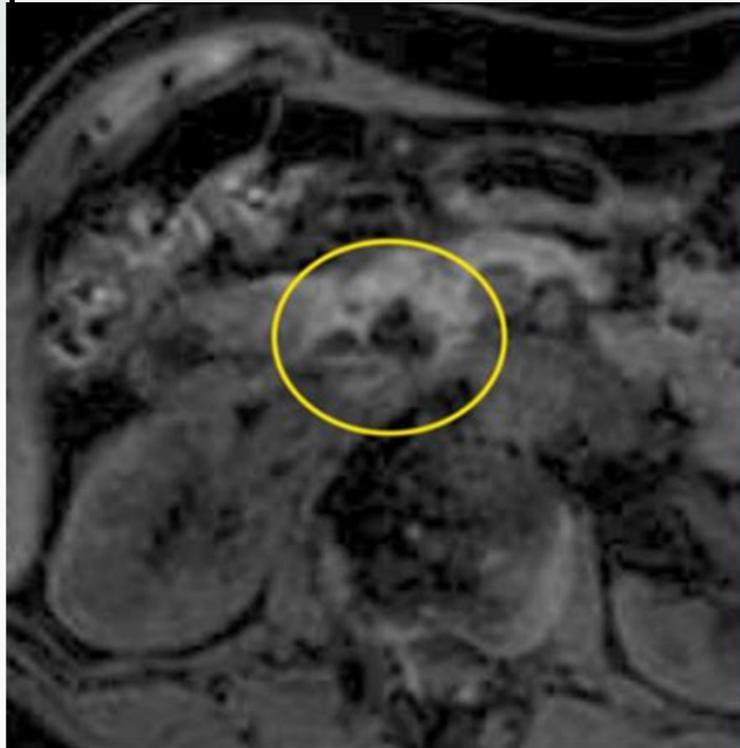
- Conducto **secundario** dilatado con conducto **principal** dilatado

TIPO 2: BENIGNO

TIPO 1 Y 3: PREMALIGNOS



IPMN I



IPMN II



IPMN III

PAFF POR ECOENDOSCOPIA

Tabla 4. Análisis bioquímico y citológico de líquido quístico

Parámetro	Pseudoquiste	NQS	NQM benigno	NQM maligno	NMPI
Viscosidad	Baja	Baja	Alta	Alta	Alta
Amilasa	Alta	Baja	Baja	Baja	Alta
Glucosa	Alta	Alta	Baja	Baja	Baja
ACE	Baja	Baja	Alta	Alta	Alta
CA 19-9	Baja	Baja	Intermedia	Alta	Intermedia alta
Citología	Histiocitos	Células cúbicas con citoplasma rico en glucógeno	Células de epitelio mucinoso cilíndrico con atipias variables	Células de adenocarcinoma	

ACE: antígeno carcinoembrionario; NMPI: neoplasia mucinosa papilar intraductal; NQM: neoplasia quística mucinosa; NQS: neoplasia quística serosa.

TRATAMIENTO Y VIGILANCIA NQS Y NQM

Cistoadenoma seroso es uniformemente *benigno*:

- > 4 cm Resección quirúrgica
- < 4cm vigilancia con RMN anual por 2 años

Neoplasia quística mucinosa es lesión *premaligna*:

- Se recomienda resección quirúrgica

TRATAMIENTO Y VIGILANCIA PARA IPMN

CRITERIOS PARA RESECCIÓN

QUIRÚRGICA

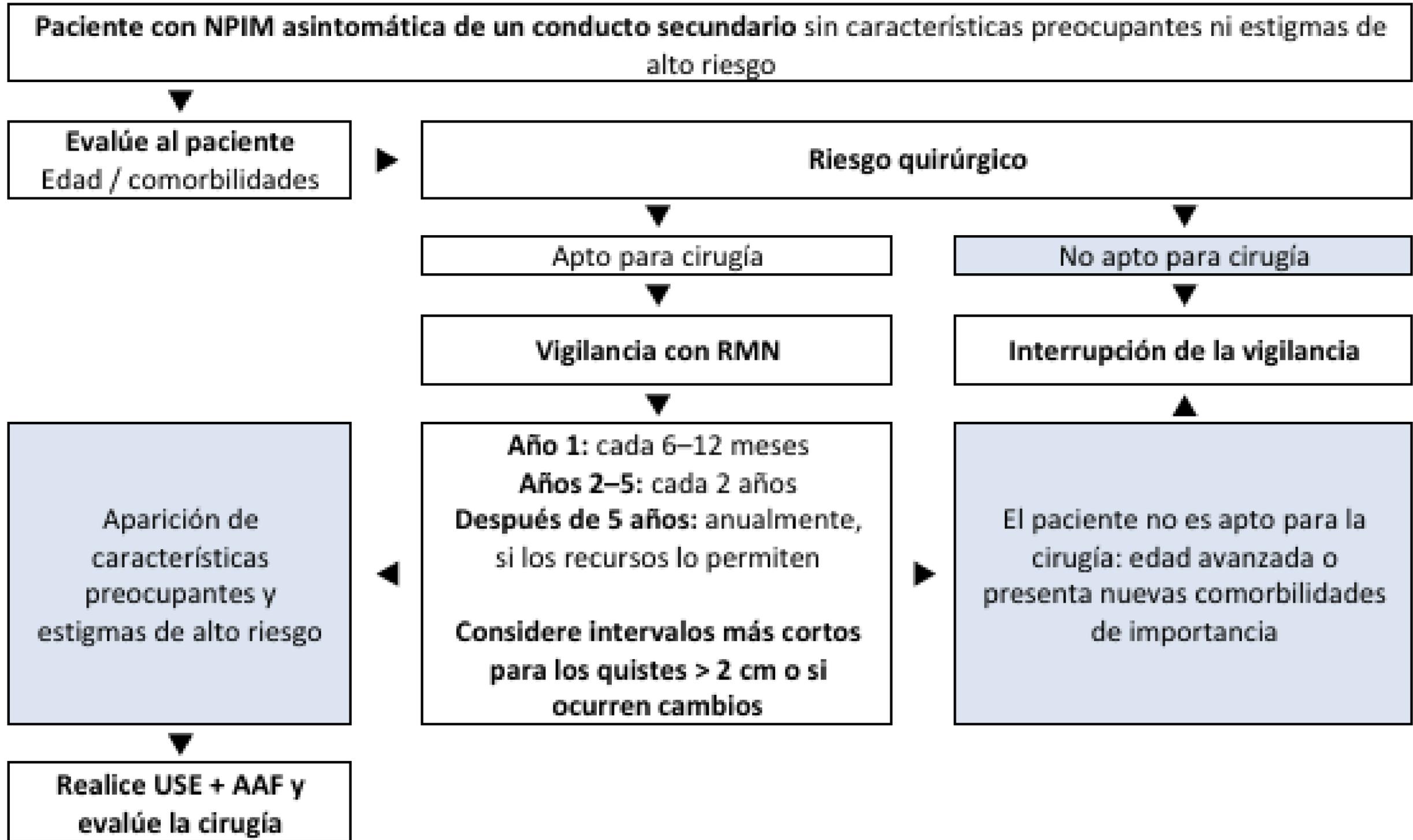
IPMN 1 y 3 (conducto principal y mixto):

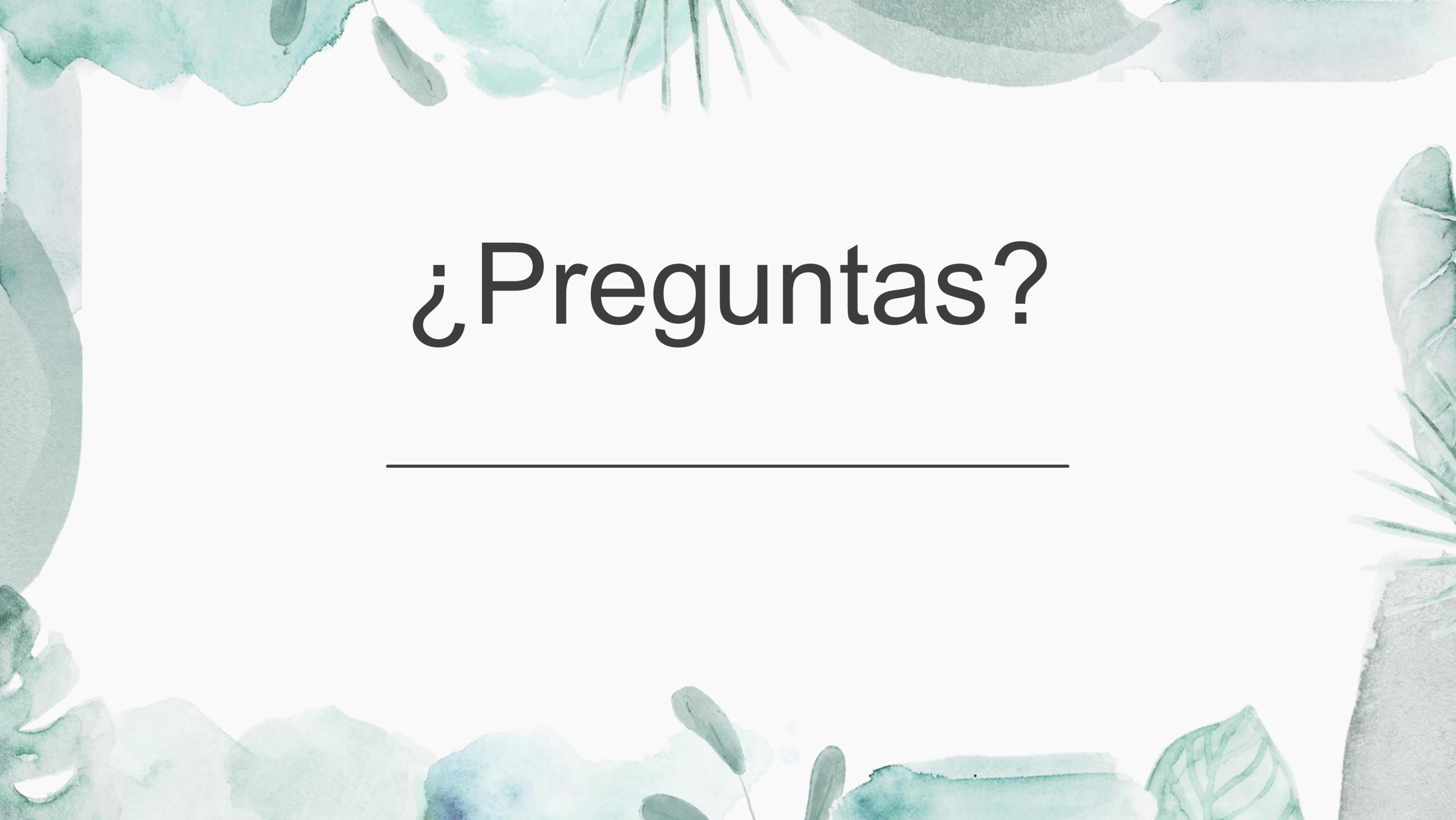
- **Resección quirúrgica**

- Síntomas clínicos
- Citología positiva
- Presencia de nódulos murales
- Dilatación del conducto principal
- Tamaño del quiste > 3 cm

Estigmas que denotan alto riesgo de malignidad:

- Ictericia obstructiva en un paciente con una lesión quística en la cabeza del páncreas
 - Refuerzo del nódulo mural ≥ 5 mm
 - Tamaño del conducto pancreático
- Quiste ≥ 3 cm
 - Refuerzo del nódulo mural < 5 mm
 - Paredes del quiste engrosadas / reforzadas
 - Tamaño del conducto principal 5–9 mm
 - Nódulo mural sin refuerzo
 - Cambio abrupto del calibre del conducto pancreático con atrofia pancreática distal
 - Linfadenopatía
 - Aumento del nivel sérico de CA-19-9
 - Velocidad de crecimiento del quiste ≥ 5 mm en 2 años





¿Preguntas?



ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS

Sofía Belén Collazo

Gedyt

2025

ACDP

- Aumento de incidencia y mortalidad en los próximos **10 años**
- Será la **2da causa** de **muerte por cancer** en 2030

- **70 - 80%** Localización **cefálica**
- Presentan síntomas más temprano que los **corporocaudales**

- Factores de riesgo:**
- Antecedentes familiares de ACDP
 - Tabaquismo
 - Alcohol
 - Diabetes

Las **manifestaciones clínicas** incluyen numerosos y variables signos y síntomas, en ocasiones **inespecíficos**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Astenia (86%)

Pérdida de peso involuntaria (85%)

Anorexia (83%)

Dolor abdominal (79%)

Dolor epigástrico (71%)

Coluria (59%)

Ictericia (56%)

Náuseas (51%)

Dorsalgia (49%)

Diarrea (44%)

01

- **Pancreatitis aguda o recurrente de causa no definida**

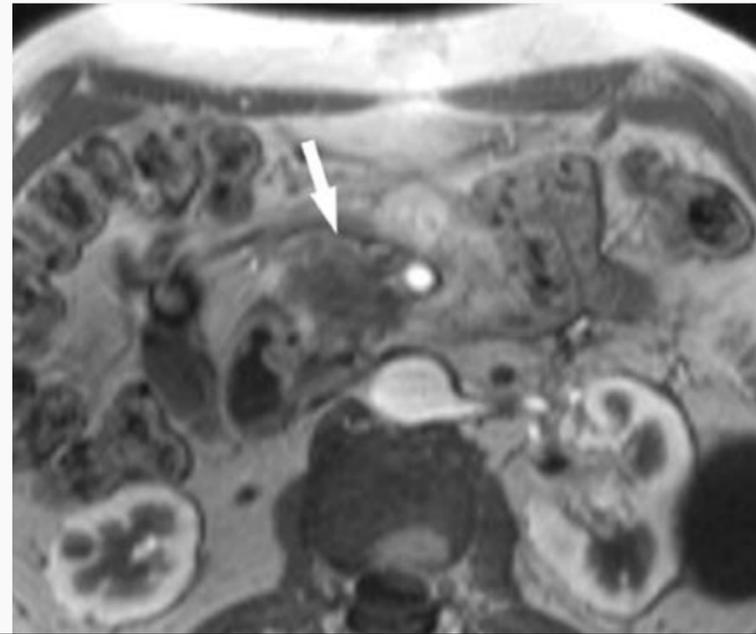
02

- **Diabetes de reciente comienzo o conocida en un paciente que modificó su respuesta al tratamiento**

03

- **Enfermedad tromboembólica en ausencia de factores de riesgo**

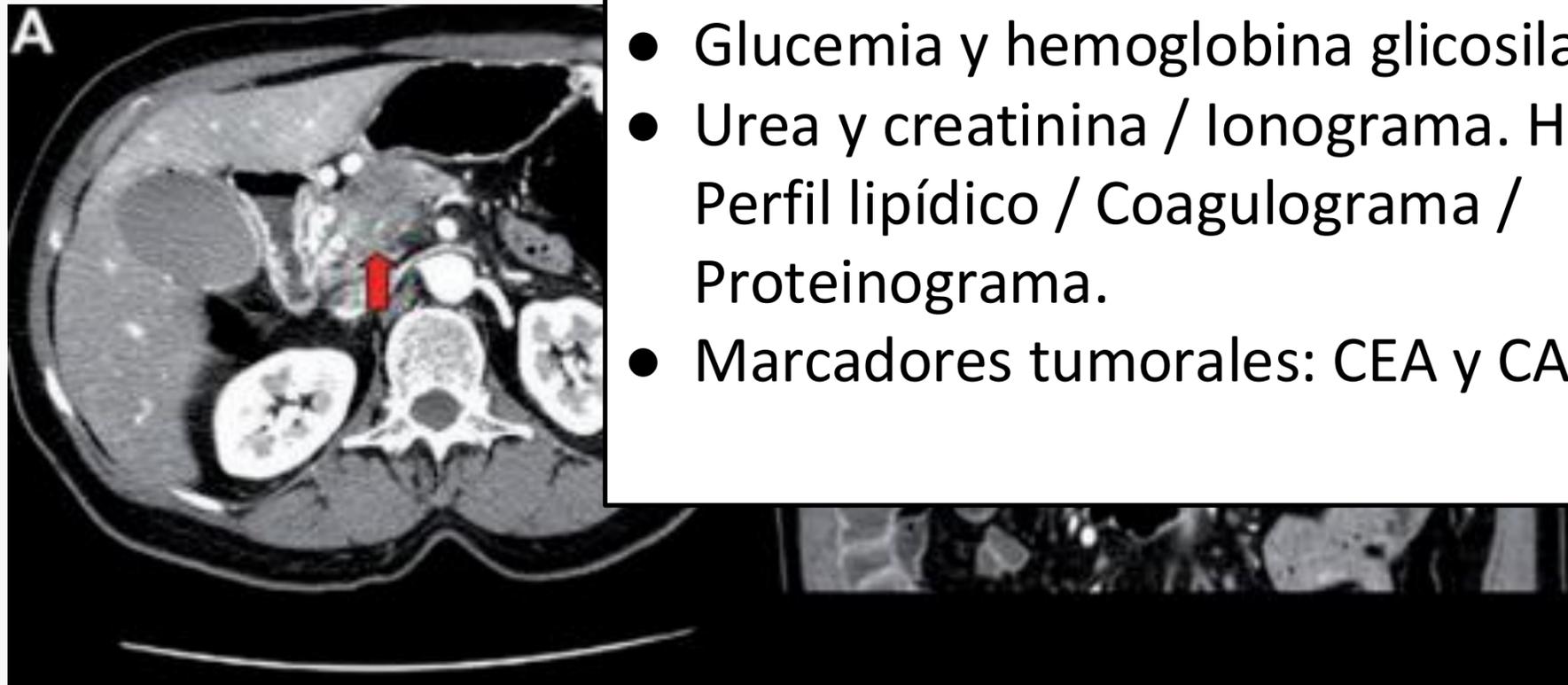
Estudios diagnósticos



RMN de abdomen con CPRM

Laboratorio:

- Hemograma.
- Glucemia y hemoglobina glicosilada.
- Urea y creatinina / Ionograma. Hepatograma / Perfil lipídico / Coagulograma / Proteinograma.
- Marcadores tumorales: CEA y CA 19-9.



men y pelvis con V y protocolo para

90% del ADCP ES ESPORÁDICO

10 % Hereditario:

- Síndrome de Peutz-Jeghers
- Síndrome de cáncer de mama-ovario hereditario BRCA 2
- Síndrome de Melanoma Múltiple Atípico Familiar
- Síndrome de Lynch
- Pancreatitis hereditaria.
- Cáncer de Páncreas Familiar:
 - Al menos **2 familiares de primer grado** con Ca. de Páncreas, sin síndromes genéticos

PESQUISA

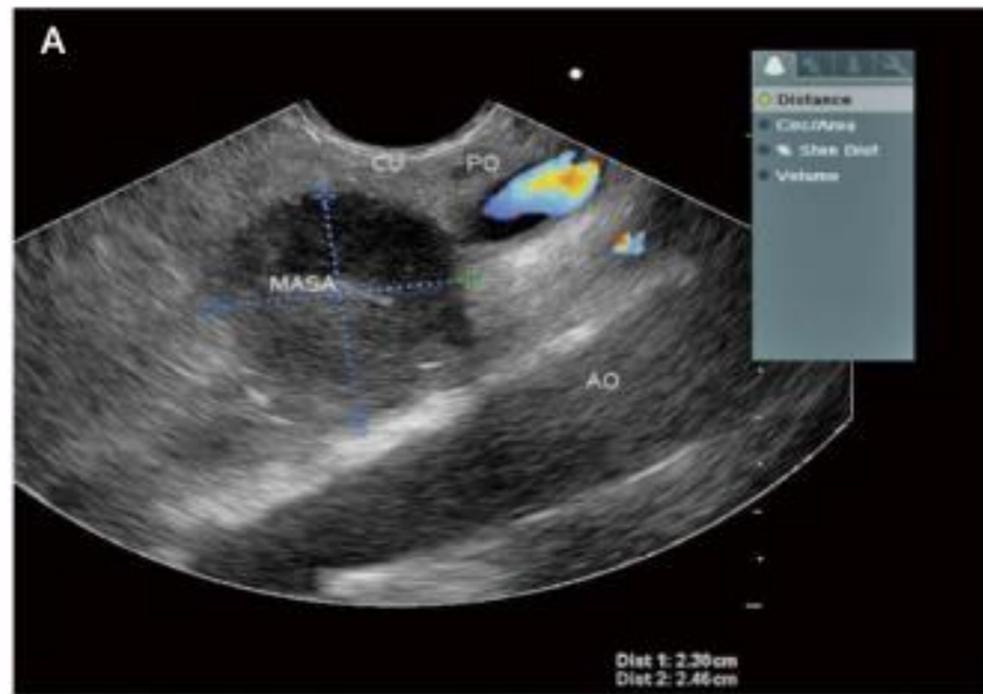
¿A qué edad debería comenzar la pesquisa?

Se recomienda:

- Síndrome de Peutz-Jeghers: a partir de **25 años**.
- Pancreatitis hereditaria: a partir de **40 años**.
- Los demás grupos: a partir de **50 años** o **10 años antes del caso más joven** de la familia

**RMN con CPMN y Ecoendoscopia
Alternadas
Anual**

ROL DE LA ECOENDOSCOPIA (UES)



PUNCION

- **Diagnóstico y Estadificación**
- Evaluación *dinámica* del páncreas, con imágenes de *alta resolución*
- Permite obtener material para estudio **citológico** y en ocasiones histológico con una alta eficacia (90%) y baja tasa de complicaciones (1-2,5%)

El **80-85%** de los pacientes presenta una **enfermedad avanzada** al momento del diagnóstico

La **tasa de supervivencia** a 5 años es del **9%**

- El único tratamiento potencialmente **curativo** es la **cirugía**, pero solo el **15-20%** de los casos son potencialmente resecables.
- Pacientes con márgenes negativos (R0), el pronóstico es **pobre** debido a la **alta tasa de recurrencia** local (> 20%) y sistémica (> 80%)

Seguimiento

01.

Evaluación clínica

02.

Imágenes
(TC - RMN CPRM)

03.

Laboratorio
con CA 19-9

Enfermedad
resecada

3 - 6 meses

MTS

3 meses

NUTRICIÓN

La presencia de **malnutrición afecta** negativamente la evolución y la calidad de vida, aumentando la incidencia de infecciones, estadía hospitalaria y mortalidad.

La **sarcopenia** y la **caquexia** en los pacientes con cáncer de páncreas se presentan con una prevalencia de 30-65% y 80%, respectivamente.

Estos impactan negativamente en el *performance status*, la *morbilidad postoperatoria*, la *respuesta al tratamiento* y la *expectativa de vida*

INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA (IPE)

- ELASTASA < 200 ng/ml
- **90%** de los pacientes con ACDP IPE al diagnóstico
- Iniciar terapia de reemplazo con enzimas pancreáticas (TREP)

INICIO TREP:

DESAYUNO/MERIENDA: 25000 U lipasa
ALMUERZO/CENA: 50000 U lipasa

A decorative border made of watercolor-style green foliage, including various leaf shapes and textures, framing the central text.

**¡Muchas
gracias!**

sofiacollazo@gedyt.com.ar