

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



CASOS RADIOLOGICOS

Dr. Francisco Cruz O.
Profesor Adjunto
Depto. de Radiología
PUC

Dr. Walter Rodríguez B.
Médico Residente
Depto. de Radiología
PUC

Dr. Walter Rodríguez B.
Médico Residente
Depto. de Radiología
PUC

Caso clínico

Hombre de 58 años de edad que consulta por cuadro de tres semanas de evolución caracterizado por compromiso del estado general y dolor abdominal alto, en faja, que se irradia al dorso. En el examen clínico se detecta ictericia de piel y mucosas y masa abdominal palpable en hipocondrio derecho, sugerente de corresponder a la vesícula biliar.

Se solicitó ultrasonografía (US) abdominal (Figura 1 a y b) y posteriormente tomografía axial computada (TAC) abdominal (Figura 2a,b y c).

¿Cuál es diagnóstico?



Figura 1a

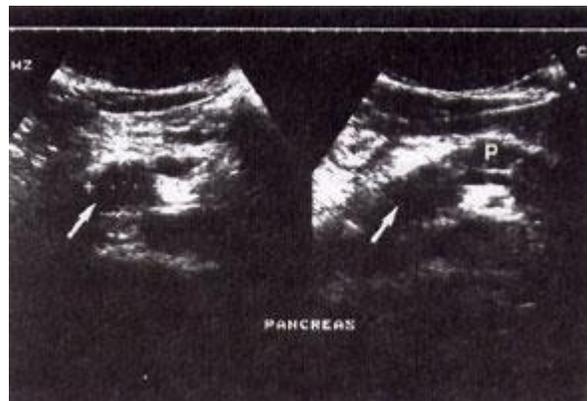


Figura 1b

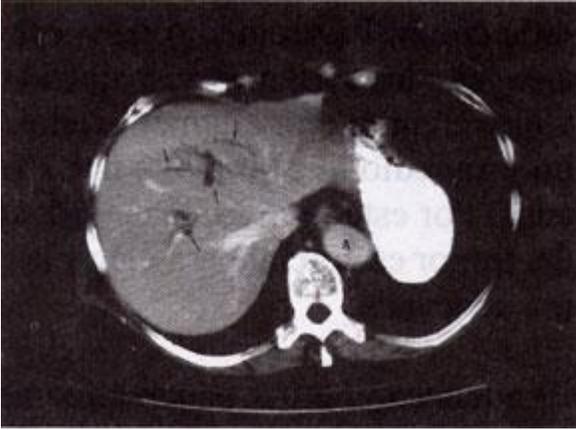


Figura 2a

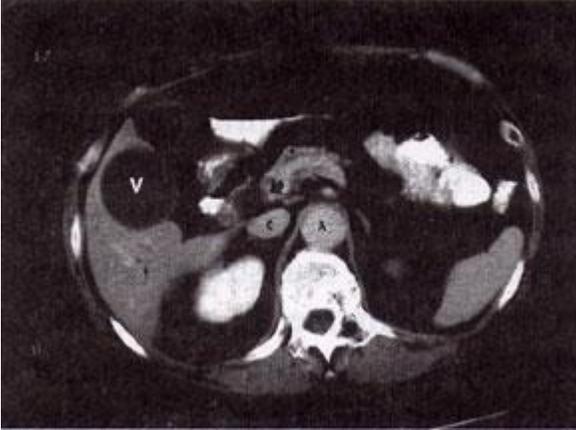


Figura 2b

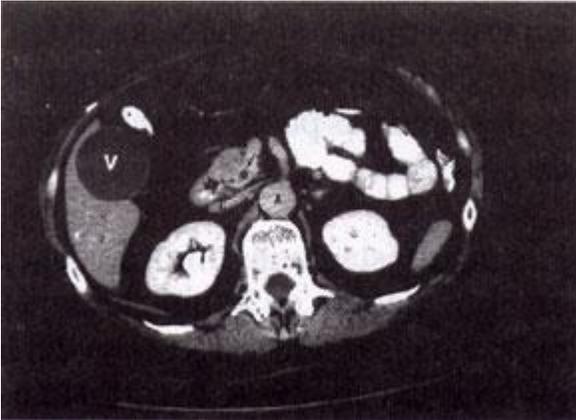


Figura 2c



RESPUESTAS CASOS RADIOLOGICOS

Editor: Dr. Cristián García
Profesor Adjunto
Depto. de Radiología y Pediatría
PUC

Dr. Francisco Cruz O.
Profesor Adjunto
Depto. de Radiología
PUC

Dr. Walter Rodríguez B
Médico Residente
Depto. de Radiología
PUC

Hallazgos radiológicos

Figura 1.(a) La US abdominal en corte sagital derecho, muestra una vía biliar extrahepática dilatada, la que mide 12 mm de diámetro interno a nivel del conducto hepático común (flecha larga). En su extremo distal y en la región de la cabeza del páncreas, se identifica una masa sólida, de baja ecogenicidad (flecha cortada). (b) En dos cortes transversales a nivel del páncreas (P), se confirma la presencia de una masa sólida en la vecindad de la unión porto - esplénica y en la zona correspondiente al proceso uncinado del páncreas (flechas).

Figura 2. TAC abdominal. (a) Un corte de la parte alta del hígado muestra imágenes hipodensas, lineales, paralelas a las estructuras vasculares, que corresponden a dilatación de la vía biliar intrahepática (flechas). (b) Un corte más caudal muestra el colédoco distal marcadamente dilatado (cabeza de flecha), inmediatamente anterior a la vena cava inferior (C). Es visible parcialmente tejido pancreático atrófico a nivel del cuerpo (+), por delante de la vena esplénica. Hay, además, marcada dilatación de la vesícula biliar (V) y es también evidente dilatación de la vía biliar intrahepática (flecha pequeña). (c) Un corte más caudal muestra una masa hipodensa de contornos relativamente mal definidos en el proceso uncinado del páncreas (cabeza de flecha) de 3 cm de diámetro mayor, en cuyo interior se identifica una imagen hipodensa, que corresponde al extremo distal del colédoco (flecha pequeña). No se observan imágenes sospechosas de adenopatías.

Diagnóstico

Tumor de la cabeza de páncreas (proceso uncinado), seguramente adenocarcinoma, con dilatación secundaria de la vía biliar intra y extrahepática y distensión vesicular. El diagnóstico fue confirmado por laparotomía y estudio histológico de la lesión.

Discusión

Dentro de todas las neoplasias primarias del páncreas, el adenocarcinoma ductal es la más frecuente. Corresponde aproximadamente al 3% de todas las neoplasias y, en los países desarrollados, es la segunda más frecuente del aparato digestivo, después del cáncer de colon. En Chile es superado en frecuencia por el cáncer gástrico, vesicular y de colon. El promedio de supervivencia alcanza a los 5 a 8 meses, lo que lo convierte en un tumor altamente letal, con

un promedio de supervivencia del 1% a 5 años. Por este motivo, la etapificación del tumor es crucial para elegir la terapia adecuada.

El adenocarcinoma pancreático se localiza con mayor frecuencia en la región de la cabeza (60%). Otras localizaciones menos frecuentes son el cuerpo (15%) y la cola (5%). El compromiso del páncreas puede ser difuso en 20% de los casos.

Las manifestaciones clínicas dependen en gran medida de la ubicación del tumor; aquellos que se localizan en la región de la cabeza, se manifiestan más tempranamente, con obstrucción de la vía biliar.

Dentro de los métodos de diagnóstico por imágenes, la TAC abdominal es la técnica que aporta mayor cantidad de información en cuanto al diagnóstico, extensión y etapificación del tumor. El diagnóstico debe hacerse sobre la base de signos directos e indirectos. Aunque puede presentar aspectos variables, el más frecuente es la presencia de una masa, relativamente isodensa respecto del parénquima pancreático normal, que se hace relativamente hipodensa con el uso de medio contraste endovenoso, por menor grado de reforzamiento de la lesión con respecto al tejido pancreático vecino normal. También puede presentarse como lesión de partes blandas en un páncreas reemplazado por tejido graso, lo que le sirve de contraste natural. Puede presentar invasión de estructuras vasculares y órganos vecinos. Entre los signos indirectos que deben hacer sospechar una neoplasia pancreática se incluye la dilatación de la vía biliar y del conducto pancreático, en especial en ausencia de cálculos. La dilatación del conducto pancreático en la región del cuerpo y de la cola es otro signo que debe hacer sospechar el diagnóstico. Otro hallazgo frecuente es atrofia e infiltración grasa del parénquima remanente no infiltrado por el tumor (Figura 2b). La presencia de metástasis hepáticas, adenopatías regionales y carcinomatosis peritoneal son signos que confirman la naturaleza maligna de la lesión.

Sobre la base a los hallazgos de la TAC se han descrito criterios de potencial resecabilidad o irresecabilidad del tumor. Entre los primeros se incluyen (a) una masa pancreática aislada, con o sin dilatación de la vía biliar o conducto pancreático, (b) una combinación de dilatación de la vía biliar y conducto pancreático, sin evidencias de una masa en la cabeza del páncreas. Entre los criterios de irresecabilidad se incluyen (a) la extensión del tumor más allá del margen pancreático, (b) compromiso de órganos adyacentes, (c) presencia de adenopatías regionales (>15mm), (d) invasión u obstrucción de vasos peripancreáticos, (e) metástasis hepáticas y (f) carcinomatosis peritoneal. De acuerdo a los criterios mencionados, menos del 10% de los tumores son potencialmente resecables.

La ultrasonografía (US) presenta buen rendimiento en la detección de tumores del cuerpo y de la cabeza, generalmente mayores de 3 cm. Además permite demostrar bien la vía biliar, lo que sin duda ayuda en el diagnóstico diferencial. Actualmente, con el desarrollo de la US endoscópica, es posible diagnosticar tumores menores de 3 cm con una sensibilidad cercana al 95%, la que es particularmente útil en la búsqueda de tumores de origen endocrino, generalmente menores de 1 a 2 cm.

Referencias escogidas

1. Lee JKT. Computed body tomography with MRI correlation. Editor JKT Lee. Tercera edición, Lippincott - Raven 1998,USA,873-960.
2. Freeny PG, Traverso LW, Ryan JA.Diagnosis and staging of pancreatic adenocarcinoma with dynamic CT. Am J Surg 1993;165:600-6.
3. Margullis A. Pancreatic adenocarcinoma: radiologic diagnosis and staging. En Margullis and Burhenen's Alimentary tract Radiology. Quinta edición, The CV mosby Company, USA 1994: 1107-25.