



P-284 - PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE NEOPLASIAS QUÍSTICAS PANCREÁTICAS: EVALUACIÓN COMPARATIVA ENTRE PRUEBAS DE IMAGEN Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

Arellano Plaza, Paloma; Carreras I Hoyos, Marta; de Hoz Hernández, Ángela; Muñoz Sanz, Sara; Álvarez Hernández, Marta del Carmen; Blanco Teres, Lara; Montalbán Ayala, Paula; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La mayoría de neoplasias quísticas pancreáticas (NQP) se diagnostican incidentalmente, tras realización de una prueba de imagen por otro motivo, por lo que su incidencia ha aumentado en los últimos años. Existen varias pruebas de imagen para evaluarlas, como RM, TC o ecoendoscopia (USE) que permite la punción con aguja fina (PAAF). Resulta importante la correcta caracterización de estas lesiones, por su diferente potencial de malignidad; el infradiagnóstico puede conllevar no tratar lesiones premalignas y malignas; el sobrediagnóstico somete a los pacientes a cirugías con alta morbilidad y mortalidad. Nuestro objetivo es comparar la precisión de las pruebas diagnósticas (TC/RM/USE) con la anatomía patológica (AP) de los pacientes intervenidos con diagnóstico de NQP.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía pancreática entre 2011 y 2023. Se recogieron los hallazgos en las pruebas de imagen preoperatorias (TC/RM y/o USE), datos de la intervención quirúrgica y resultado anatomopatológico final. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS® v.24.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes intervenidos por NQP. La prueba de imagen realizada fue: 15 (62,5%) TC, 18 (75%) RM, 17 (70,8%) USE y 16 (66,7%) PAAF. Se realizaron las 3 pruebas en 20,8%, 2 en 66,7% y 1 en 12,5%. La intervención fue duodenopancreatectomía cefálica en 10 (41,7%), 5 (20,8%) pancreatectomía distal (PD), 7 (29,2%) PD + esplenectomía, 1 (4,2%) pancreatectomía total con esplenectomía y 1 (4,2%) laparotomía exploradora. Se realizaron por laparoscopia 3 (12,5%). Los hallazgos de AP fueron 9 (37,5%) tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI), 7 (9,2%) neoplasia mucinosa (NQM), 3 (12,5%) cistoadenoma seroso (CS), 2 (8,3%) neoplasia sólida pseudopapilar (NSP), 2 (8,3%) adenocarcinoma y 1 (4,2%) pseudoquistes pancreático. El grado de displasia fue bajo 37,5%, 12,5% moderado y 16,7% alto. En 8,3% se evidenciaron focos de carcinoma microinvasivo y 12,5% adenocarcinoma invasivo. El diagnóstico entre TC y AP fue concordante en 8 pacientes (26,7%) y 5 pacientes (40%) discordante. La comparación de AP con RM resultó 7 (38,9%) concordancias y 6 (33,3%) discordancias. Entre USE y AP hubo 8 (47,1%) concordancias y 6 (35,3%) discordancias. En las tablas se muestra la discrepancia entre las pruebas y el resultado anatomopatológico. En global, en 12 (50%) pacientes alguna prueba coincidió con AP y 9 (37,5%) no coincidió el diagnóstico por imagen con AP.

TC			
AP	TPMI	Neoplasia sólida	Lesión quística
TPMI	3	1	1
NQM			2
NQS		2	1
CS	1		1
Adenocarcinoma	1		1
Pseudoquiste			1

RM			
AP	TPMI	NQM	Lesión quística
TPMI	6		
NQM	2		4
NQS	1		1
CS		1	
Adenocarcinoma	1		1
Pseudoquiste			1

USE					
AP	TPMI	NQM	NSP	Neoplasia sólida	Lesión quística
TPMI	5	1			
NQM	2	2			2
NQS				1	1
CS			1		
Adenocarcinoma	2				

Conclusiones: Al comparar la AP con el diagnóstico preoperatorio por imagen podemos comprobar la escasa precisión para la correcta caracterización de NQP, lo que supone un reto en la práctica clínica, ya que el diagnóstico cambia la actitud terapéutica que seguiremos. En algunos casos, el incorrecto diagnóstico conlleva someter al paciente a cirugías innecesarias.