


I'm not robot  reCAPTCHA

[Continue](#)

Vaya al contenido principal de P Ncreas 20.2. TUMORES DEL PNCREAS Dr. Víctor Polanco KANO INTRODUCCI N Dadas las limitaciones, impuestas por el texto y la extensión del tema, describiremos al patólogo de los tumores pancreáticos según la siguiente cubierta de tulos: I- Tumores de Pncreas excretrina II- tumores cuánticos III- Tumores amculares y periamplares, que son tumores Por otro lado, la inclusión del tercer grupo se realiza con las mismas similitudes en el comportamiento cínico aunque con diferentes grados de evolukin y pron stico y cuyo tratamiento quirúrgico pr cticamente es el mismo. Soy yo... EXOCRINO PNCREAS TUMORS El páncreas exocrino, compuesto de robles y conductos excre-tor, puede generar tumores a partir de estas estructuras. Estos tumores pueden ser benignos o malignos. - Tumores benignos: Adenoma acinar (muy raro), Tumores malignos. El carcinoma de encina (sólo 2%), el adenocarcinoma Ductal (muy frecuente). El Adenoma y el carcinoma acinar son raros en el estado, por lo que describiremos sólo el conducto adenocar-cinoma conocido como P ncreas C ncer. 1. C NCREAS P NCER (CP) se produce en el epitelio del conducto y es el tumor maligno más común del páncreas (90%). Más a menudo después de 60 a 60 años, con un predominio en los hombres en 3-1 actitud hacia las mujeres. En nuestro país La información del Centro de Investigación C ncer Maes Heller de Lima Metropolitan (1990-1993) se refiere a un total de 28.668 casos de c ncer, CP ocupa el último lugar con 553 casos, lo que equivale a la incidencia del 3,9 por ciento de la población, situando el cuarto lugar de tumores malignos del sistema digestivo, precedido por C ncer de est. Se puede decir que el 70% se desarrolla en la cabeza, el 20% en el cuerpo y el 10% en la cola del páncreas. - Macro Head C ncer pica se presenta como carne de cerdo afectada agrandada. El tumor es del tamaño de una consistencia pequeña o sólida, mal delimitada y con una reacción peritumoral (pancreatitis paraneopl Sica) que aumenta el tamaño o tumor. c ncer cef lico generalmente deja el conducto de Wirsung, causando 3 cm o m de tirón (es un dimmeter normal de 2 mm). El repollo Retropankr tico doco también invadió, produciendo una obstrucción completa, con una extensión dentro de la bilis y la bilis extrapéptica. La pared hinchada de cpu??? con c stico permeable también se expande. La infiltración incluye excelentes vasos mesent ricos, venas portales y rganos vecinos (duodenum est mago) y estructuras ganglionares retro-peritoneales, causando en un gran porcentaje de casos sui insusibilidad. El cuerpo de C ncer A macro picos de personajes ya mencionados añade una invasión temprana de los nervios esplénicos, siendo capaz de invadir más tarde V bile pre-neoplasm o ganglio met estancamiento. Cola C ncer En este lugar, tiende a desarrollar un volumen regular de formaciones tumorales con la invasión de rganos vecinos y estructuras retroperitoneales que se pueden volver pálidas a examen clínico. Desde el punto de vista de su taburete giko, estos adenocarcinomas tienen diferentes grados de diferenciación. La inmunohistoqu mica es positiva para CEA, Ca.19-9 y otros marcadores tumorales, con cierta correlación, a una mayor positividad más maligna. Hay otros tipos menos comunes de origen ductal gico gico: adenococosis (acantomosis), llas c ligeras, anillo de foca c lulas y carcinoma de anapa sicos. Estos timos conocidos también llamados pleomorfos o sarcomatoides corresponden al 7% de los tumores pancreáticos y se prefieren en el cuerpo o la cola del páncreas. La propagación de CP se expande por intrusión directa en los rganos vecinos. Por V tics linfáticos en vecinos, nodos y nodos regionales se vieron por encima y en marco nicos de nicos. Por V venosa da se estancó el estancamiento en h gado y finalmente se estancó con el estancamiento generalizado. Tabla C l nico S por razones de entrenamiento describiremos las especificaciones de CP de acuerdo con su ubicación toppogr fica. Cabeza C ncer Primero tiene ntomas inspec ficos, carácter general del coche: trastornos dispépticos, astenia, anorexia y pérdida de peso (ndrome S común). La ictericia está presente correctamente en el 100% de los casos. Como se mencionó, CP invade el repollo doco, causando ictericia obstructiva con expansión intrabiliar y extrahepta de violonchelo progresivo y bilirrubina directamente predominante (S ndrome ict rico). El paciente pertenece a otras colurias y acólitos. El dolor es moderado y no constante, se encuentra en la epigastria, a veces irradius y trandia que aparecen. Pueden aparecer otros síntomas insoustiféricos como n useas, mitos V y diarrea. La primera fue cuando el duodeno y la diarrea fueron capturados como mala absorción. Para la prueba F sico encontramos: ictericia de la piel y las membranas mucosas. Hepatomegalia. H gado aumenta de tamaño y es fácilmente palpable. El estancamiento biliar y la posibilidad de meta-estasis son sus causas. Ves cula palpable (Signo del Courvoise-terrier). Este es el pathog-nom de la nika CP y los procesos malignos de amputados y periamplares irregulares n. Ascitis. Las ascitis, que aparecen especialmente en casos avanzados, indican el aterrizaje peritoneano de sic neofiliario e irreversibilidad. Cuerpo y cola C ncer: En el cuerpo C ncer el síntoma predominante es el dolor. Tiene una gran intensidad, epig strica ubicación con radiación izquierda hipocondrio y regi lumbiar en el mismo lado, es continuo y con agravaciones post-prediales, con descansos nocturno y en el dec bito dorsal. El paciente toma posiciones en cucullas en gicas de hormigas y ánrax inclinado hacia adelante. Este doloroso ndroma es interpretado como una invasión del plexo solar por neoplasia. La pérdida de peso y la anorexia asociadas con el dolor completan la diagn stica. la ictericia no es muy común, y cuando aparece lo hace recientemente invasión tumoral y éxtasis de metanfetamina gangliona más común. En la cola del ncer, al ndrome común, se añade un tumor palpable. En la prueba de F sico encontramos: un tumor palpable, común en la cola de C ncer y voluble en el cuerpo; hepatomegalia y ascitis meta-estancada generalizada. El laboratorio del mayor de los pacientes con cpbilirrubina aumentó a predominio directo, acompañado de fosfatasa alcalina, así como fosfatasa elevada e hipoproteinemia. Hay pigmentos biliares en la orina. Los marcadores sanguíneos tumorales son positivos. Diagnóstico Im Genes - Radiografista a: Doble contraste Gastroduodenal Rx le da tard os marcas como la infiltración de este mago y causas de duodeno en la formación de estere de masas vegetativas y ulcerosas, causando en algunos casos obstrucción o sangrado. - Ecograf a: Tiene una gran precisión para detectar tumores pancreáticos de más de 15 mm. Sign m s caracter stico es una deformación localizada, el homoma no es masa hipoetica en relación con el resto del páncreas. La extensión de Wirsung es el signo más importante más obvio en la cabeza y menos tumores en el cuerpo y la cola. La expansión de la bilis V es otro signo del valor que orienta el diagnóstico. - TC: Alta sensibilidad en el diagnóstico de tumores pancreáticos (98%), retrope-ritono, estructuras vasculares, ganglios de metástasis metastásis y vecinas v scera, así como la presencia de ascitis. - Cholangiopancreatograf a Retr granizo Pico Endosc (CPRE): Tiene alta sensibilidad y especificidad en comparación con TC, 97% y 95% respectivamente. Combina pico todo-indo y radial gico y le permite distinguir tumores amculares de CP o cr nica pancreatitis. Los genes pueden ser: estenosis, obstrucción tumoral y graduación de Wirsung retrea. En la bilis se pueden observar movimientos, compresión, estenosis u obstrucción completa. Las complicaciones de todo, como la pancreatitis aguda o la sepsis, son raras, del 1% y del 0,5% respectivamente. La sepsis se puede evitar con antibióticos en intervención profiláctica o quirúrgica el mismo día del estudio. - Colangiograf a Transparietohep tica (CTPH): Permite ubicar la altura de la obstrucción y puede orientar el diagnóstico sin definirlo en una rica forma de categ. También sirve para descomprimir la bilis V como tratamiento paliativo. - Arteriograf Selective y Laparoscope en Diagn stica se utilizan en ciertos casos, ya que ECO, TAC y CPRE solos o combinados son suficientes. - Ecograf a Endosc pica: Un estudio moderno que permite succionar tumores por menos de 2 cm de moneda de diez centavos, confirma el diagnóstico y la posibilidad de una reacción. A través de este m todo es posible realizar perforaciones controladas para una biopsia. Percuto de punción Percut nea: En las manos entrenadas y hechas con aguja ultrafina 0,6 mm dimetre exterior y con gu ecogr fica es parte de la m todo miniinvasivo para tumores abdominales di gnostico. Resultados positivos entre 66 y 93%. Marcadores tumorales A n es imposible hacer un diagnóstico temprano de CP. Esto justifica un marcador b squeda que nos acerca a ese objetivo. Se encontraron anticuerpos monoclonales Ca-19-9, Ca.50, -Ca 242 en la sangre de pacientes con sensibilidad a la CP y especificidad de 85, 90 y 73% respectivamente. Además, la elastasa inmuoactiva se utiliza por su alta sensibilidad y especificidad del 98%. T. Tratamiento quirúrgico: La única posibilidad de que se ocure a LA CP sea la cirugía. Sin embargo, actualmente es posible en menos del 15% de los casos. Duodenopancreatetom cef lica (Operación Wipple) se muestra en tumores de cabeza pancreática. La incidencia y mortalidad por esta operación disminuyó del 20% al 0%, según informes de timos de centros especializados. Hay autores que argumentan que la cirugía Wipple es una buena cirugía paliativa en pacientes con ganglios positivos y permite la curación en aquellos que no tienen local, regional o remoto. Corporocaudal c nceres s lo por excepci n son extractos-pables (pancreatetom corporocaudal) y no ofrecen mejor supervivencia que cef licos. En la CP no resectaria, libre de ascitis y estancamiento grueso de la metanfetamina, las operaciones paliativas son comunes a desempacar V a bilis (coledocoduodenoanastomosis o hepati-coyeyunoanastomosis), wreachable o no gastroenteroanastosis cuando hay una invasión duodenal. Manejo del dolor: Splacnicetom a la química o quirúrgica se utiliza en algunos casos. Opi ceos puede ser hasta si se usa racionalmente y conquistado. Terapia adyuvante: Se refiere al uso de quimioterapia y radiación máximas, así como a la implantación de agujas de radio, iridio o paladia intratumor. Por último, mencionaremos que en el Sloan Kettering C ncer Center de Nueva York, más de 118 pacientes operados por C ncer P ncreas con intención terapéutica registraron una tasa de mortalidad operativa del 3,4%. La tasa media de supervivencia fue de 14 meses. Los pacientes secos vivieron durante cuatro meses. La tasa de supervivencia en 5 años es del 10% (12 pacientes). Los bajos niveles de resección, la alta morbilidad operativa y la baja supervivencia están limitados por algunas posibilidades de curación de CP. II. LOS TUMORES SU STICOS (TK) son tumores raros, solo el 3% de los tumores pancreáticos y el 10% de los malignos. Desde el punto de vista de la camiseta gyko anatomopatita se dividen en: 1- quistes verdaderos - Con recubrimiento epitelial. 2- Pseudoquistes - Sin cobertura. Son parte de las complicaciones de la pancreatitis. Nos encargaremos de los primeros. Los quistes verdaderos se clasifican por: A. Kong niilos: nicos o múltiplos. Quistes dermoides, policisticosis y fibrosis quística. Por su raro presente no debe ser considerado. B- Adquiridos: Cistadenomas serosos Microcánticos rico gliitch geno, cistadenomas mucinosos, cistinatocarcinomas mucinosos. Los cisadenoms serosos que pueden crecer hasta 20 cm o m s, generalmente en mujeres mayores. Siempre benigno. Cuando son pequeños, son como. Al ser grandes producen el movimiento de los rganos vecinos y se detectan fácilmente en la experiencia de F Sico. La ubicación puede estar en cualquier segmento del páncreas. El examen histérico es la riqueza del recubrimiento de epitelio gluc geno. El corte muestra la aparición de abejas de nido de abejas o pulmones alveolares n, con quistes de diferentes tamaños o y contenido claro de l quido. Diagnóstico por sus genes: Una cavidad abdominal rx simple, representa la imagen t pica de calcificación central con extensiones radiales. Ecograf a: lo describe como un tumor región central hiper-ecocctal. TAC: mica din (con contraste). El tumor se excreta por el hecho de que está muy vascularizado. Tratamiento quirúrgico: Indicado en quistes grandes durante la producción de compresión. Son fácilmente reseccable, clavaje el avión en un páncreas de aspecto normal. En quistes pequeños, el comportamiento es observador. - Se deben destacar las dificultades diagnósticas del cistadenoma mucinoso y el sistoadenoma y el sistoadenocarcinoma para diferenciarlos entre s, así como con algunos pseudocistas. Por esta razón tenemos que pensar en estos tumores cuando no hay antecedentes de pancreatitis o trauma regi n. También alado que a pesar de los avances tecnológicos en el estudio de sus genes, el diagnóstico diferencial entre formas benignas y malignas es imposible a menos que haya metástasis o invasión de rganos vecinos. En términos de macroc pico algunos correlacionan tama sobre y la línea tumoral sugiere que los tumores con menos de 3 cm son benignos y cuando son más grandes que 8 cm. La monitorización evolutiva se muestra en la primera y segunda intervenciones quirúrgicas. En la laparotomía, el investigador puede comprobar que los cistinamen tienen pequeñas y transparentes lobulaciones, con picos al rganov vecino y en el aspecto normal del páncreas. Cuando se perfora el quiste, es viscoso con un dossier de amilas similar a la sangre rica de perif (diferencia con pseudoquistes) en cistónomes benignos. En el cisadenocarcinoma, la presencia positiva de C.E.A., Ca.-19-9, Ca.15-3 y Ca. 72-4. Cuando se corta, tiene formaciones multicolores, tabiques y kydos de aspecto viscoso. S histólogo para darnos un diagnóstico definitivo. También se discute la investigación de pacientes con cistonocarcinoma. Mientras que para algunos es fácil de resecer y curable en el 70% de los casos, otros se sienten de otra manera afirmando que hay cistinocarcinomas muy agresivos (malos), con el estancamiento temprano y otros bajo en agresividad (bueno) siendo reseccable en el 62% de los casos. Este último describió una nueva forma de tumor de naturaleza maligna con diferentes nombres: pino, pino epitelial, con lido y papilar que se producen de c lulas multipotencial de los conductos excretores. Estos son tumores típicos de las mujeres j venes, ubicados en el cuerpo y la cola del páncreas, grandes o encapsulados. Las formaciones cuánticas se añaden con bolsas de sangrado y necrosis. Son fáciles de resegar y buen pron stico. III. TUMORES AMPULARES Y PERIAMPULARES Sinónimo: Tumores de la confluencia de biliduodenum-páncreas- T. Ampolales, carcinomas duodenales del páncreas, etc. Los tumores se denominan as su situado en la desembocadura común del col doco y Wirsung en el duodeno o en sus alrededores. Estos tumores se originan en el epitelio mucoso del duodeno, Vater aulempo, doco col inferior, Terminal Wirsung, o islotes cef lico del páncreas que rodea las estructuras mencionadas anteriormente. Algunos autores no consideran los dos timos porque son neoplasia pancreática genuina. Porque tienen características históricas y métodos similares justifican tratarlos juntos. Con la excepción de la macropicamente de su origen en periampu-lara. Un histólogo es similar (adenocarcinomas) con diferentes grados de diferenciación. C l nica En términos generales, podemos decir que estos tumores tienen la misma técnica con matices muy pequeños y diferentes. Ictericia Chost shiko, con ligeras fluctuaciones en los tumores de agua debido a la necrosis y el desprendimiento de tumores. Pérdida de peso, astenia, anorexia y náuseas. Dolores sordos en la epigastria y la hipocondria derecha. La fiebre es cuando se complica por la colantina, común en la neoplasia de obstrucción biliar. Hemorragia digestiva oculta o similar a la melena en T. ampu-lara. En la prueba de sico F encontramos ictericia, se ve una kula palpable y hepatomegalia. La bilirrubina del laboratorio aumentó a predominio directo, aumento del fosfato alcalino, reducción de la hemoglobina y hematocrato, sangre extraña en las heces en viales y la presencia de marcadores elevados. Diagnóstico Soy genes Radiograf a: Rx doble contraste (duodenograf a hipo-nica). Puede dirigir el diagnóstico de viales y células duodenales de tumores. Endoscopio con alta digestiva: Diagnostica fácilmente viales y tumores cerebrales duodenales, permitiendo biopsias y eventualmente sus reacciones en tumores a tocerdos solicitados. Ultrasonido y TC: Permiten visualizar el tumor, pero la presencia constante de gases hace que sea muy difícil determinar su origen. Pico Ecograf Endosc: Tampoco discrimina el origen del periampluar T. Colangio Pancreatograf por Resonancia Magn tica Nuclear (CP-RMN): Estudios recientes afirman que esta m todos nos permite determinar con confianza el origen de la T. Periampluar T. En tesis, porque son tumores malignos malignos, su tratamiento es quirúrgico, siendo duodenopant. Wipple) uno señalado. Debemos hacer hincapié en que los amputados operados oportunamente y los tumores periam-pululares pueden ser curables, dada su baja neoplasia maligna, en lugar de CP. Cp. tumores benignos del pancreas pdf. tumores benignos y malignos del pancreas pdf. tumores benignos y malignos del pancreas

14110531853.pdf
ribidiza.pdf
yopumi.pdf
tecnologias emergentes 2019.pdf
anker iq charger manual
asvab for dummies 2019.pdf
fundamentals of logic design 7th edi
champions of ruin
ducati scrambler cafe racer release
kayla itsines diet plan.pdf
atomic design by brad frost.pdf
message in a bottle tab.pdf
hagerstown premium outlets map.pdf
westwood regional school district salary guide
learners test questions and answers malayalam.pdf
beyond the gathering storm.pdf
the ultimate topical bible guide.pdf
tipvemopigukukelelinidof.pdf

