



P-252 - HALLAZGO DE BAZO ACCESORIO INTRAPANCREÁTICO TRAS PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL CON ESPLENECTOMÍA POR DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO FALSO POSITIVO DE CARCINOMA PANCREÁTICO

Santos Etxaburu, Nerea; Ortega Machón, Natalia; González Serrano, Carmen; Ayala Gil, Olatz; Artigues Puyadena, Lara; García Raña, Alba; Pascual Borrego, Alberto; Murillo Lanuza, Ainhoa

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La presencia de tejido esplénico ectópico intraabdominal se presenta en un 10-20% de la población general, puede corresponder a una entidad congénita o adquirida. Su localización más frecuente es el hilio esplénico (80%), seguida del páncreas (1-2%). Es una entidad poco frecuente y el diagnóstico diferencial resulta difícil debido a que presenta un comportamiento similar al resto de tumores intrapancreáticos hipervascularizados como el tumor neuroendocrino, metástasis intrapancreática de tumor renal y aneurismas de la arteria esplénica.

Caso clínico: Varón de 80 años que consultó por hiporexia y saciedad precoz de 10 meses de evolución. La TC mostró una lesión hipercaptante en la cara posterior de cola pancreática de 19 × 15 mm sugestiva de tumor neuroendocrino como primera posibilidad. La ecoendoscopia objetivó una lesión sólida, homogénea, elongada, de 18 × 7 mm sin mostrar la morfología típica de TNE o cáncer pancreático; por lo que se tomaron muestras con intención de caracterizar la lesión. Tras una primera punción aspirativa de aguja fina (PAAF) con material insuficiente, se tomó una nueva muestra que identificó células atípicas sugestivas de carcinoma o adenocarcinoma pancreático. Tras la discusión del caso en el Comité de Tumores, se decidió realizar una pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía laparoscópica. El estudio de anatomía patológica mostró una lesión de 1,5 cm, bien delimitada, marrón y congestiva en cara posterior de la cola del páncreas. Microscópicamente, se objetivó un área nodular de tejido esplénico con arquitectura habitual dentro del páncreas. Tras la revisión del resultado, se realizó el diagnóstico definitivo de bazo accesorio intrapancreático, sin hallazgos de malignidad. Se revisó el estudio citológico preoperatorio que sugería compatibilidad con un carcinoma o adenocarcinoma pancreático y se concluyó que se trató de un resultado falso positivo.

Discusión: Un 5-10% de las pancreatectomías realizadas con diagnóstico primario de cáncer se diagnostican posoperatoriamente como lesiones no neoplásicas entre las que se incluye el bazo accesorio intrapancreático. El diagnóstico preoperatorio de esta entidad es difícil por la similitud que muestra con otras lesiones pancreáticas. Pese a que la citología obtenida mediante PAAF es una prueba útil para tomar muestras del páncreas, se trata de una prueba sensible debido a que por arrastre pueden tomarse muestras de tejidos no deseados como ganglios linfáticos, vía pancreatobiliar o intestino delgado. Por lo tanto, puede dar lugar a resultados falsos positivos como

es el caso del paciente. Por ello, en la actualidad se están investigando otros métodos de estudio como la gammagrafía con eritrocitos desnaturalizados marcados con tecnecio 99m junto con tomografía por emisión de positrones (SPECT/TC). En conclusión, ante una lesión pancreática de 1-2 cm, sólida, bien delimitada e hipervascular en la cola pancreática debe plantearse un diagnóstico diferencial amplio que incluya el BAI; debido a que a diferencia de otras lesiones como la neoplasia pancreática, tumor neuroendocrino o las metástasis intrapancreáticas, no suele precisar resección.