CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):73

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-261 - BAZO INTRAPANCREÁTICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS

Cornejo López, María de Los Ángeles; Oliver García, Israel; Garrido Benito, Beatriz; Baeza Carrión, Ana; Saeta Campo, Rebeca; Apio Cepeda, Ana Belén; Illán Riquelme, Azahara; Ots Gutiérrez, José Ramón

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Resumen

Introducción: El bazo accesorio intrapancreático se presenta habitualmente como un nódulo definido en la cola pancreática, planteando el diagnóstico diferencial con tumores neuroendocrinos (TNE). Su interés radica en la dificultad para diferenciarlo de otras entidades malignas, hecho que en ocasiones puede ser tan difícil que sólo se alcance tras el estudio anatomopatológico de la pieza.

Caso clínico: Mujer de 54 años sin antecedentes de interés consulta por cuadro de dolor abdominal y molestias abdominales difusas de varios meses de evolución. Se realiza resonancia magnética que evidencia nódulo sólido bien delimitado no hipervascular de 11 mm en cola pancreática. La biopsia por ecoendoscopia no es concluyente para tumor. El Octreoscan no evidencia tejido tumoral. Sin embargo y dada la sospecha diagnóstica se decide realizar pancreatectomía distal con esplenectomía dada la proximidad del nódulo al bazo. Es dada de alta al sexto día post-quirúrgico, sin complicaciones. La anatomía patológica definitiva informa de dos focos de bazo heterotópico (10 y 2 mm) sin evidencia de malignidad.

Discusión: El diagnóstico incidental de lesiones intrapancreáticas ha aumentado en los últimos años debido a la creciente realización de pruebas de imagen y la mejoría en la calidad de las mismas. La presencia de tejido esplénico intrapancreático es poco frecuente (1-2%). De éstos, el 16% se encuentran a nivel de la cola. Su curso es habitualmente asintomático y benigno, pero dado que simula una neoplasia pancreática maligna se debe considerar en el diagnóstico diferencial de masas pancreáticas asintomáticas, entre las cuales incluimos los TNE o metástasis. El diagnóstico se puede sospechar en una TC o una resonancia magnética (RM), con o sin contraste, ante la presencia de una masa con densidad idéntica o similar a la del tejido esplénico. La biopsia de la lesión a través de ecoendoscopia puede ayudar a descartar origen maligno. La gammagrafía con receptores de somatostatina da falsos positivos ante la presencia de un bazo accesorio intrapancreático debido a la afinidad por los receptores de la somatostatina de los linfocitos presentes en el tejido esplénico simulando un TNE. Existen técnicas específicas con radionucleótidos, tales como la gammagrafía con eritrocitos marcados con Tc99, que serían captantes en el caso de un bazo intrapancreático y no de un TNE, por lo que pueden proporcionar un diagnóstico definitivo de bazo accesorio sin necesidad de cirugía. Por lo tanto, ante el hallazgo incidental de una lesión hipervascular en cola de páncreas la posibilidad de bazo accesorio debe ser considerada y se deben realizar estudios adicionales para evitar cirugías innecesarias.

Conclusiones: El bazo intrapancreático constituye un reto en el diagnóstico diferencial de los tumores pancreáticos, presentando características morfológicas en ocasiones idénticas a los neuroendocrinos por lo que la sospecha diagnóstica de esta entidad es importante ya que condiciona radicalmente su manejo.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados