



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-236 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL BAZO ACCESORIO INTRAPANCREÁTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

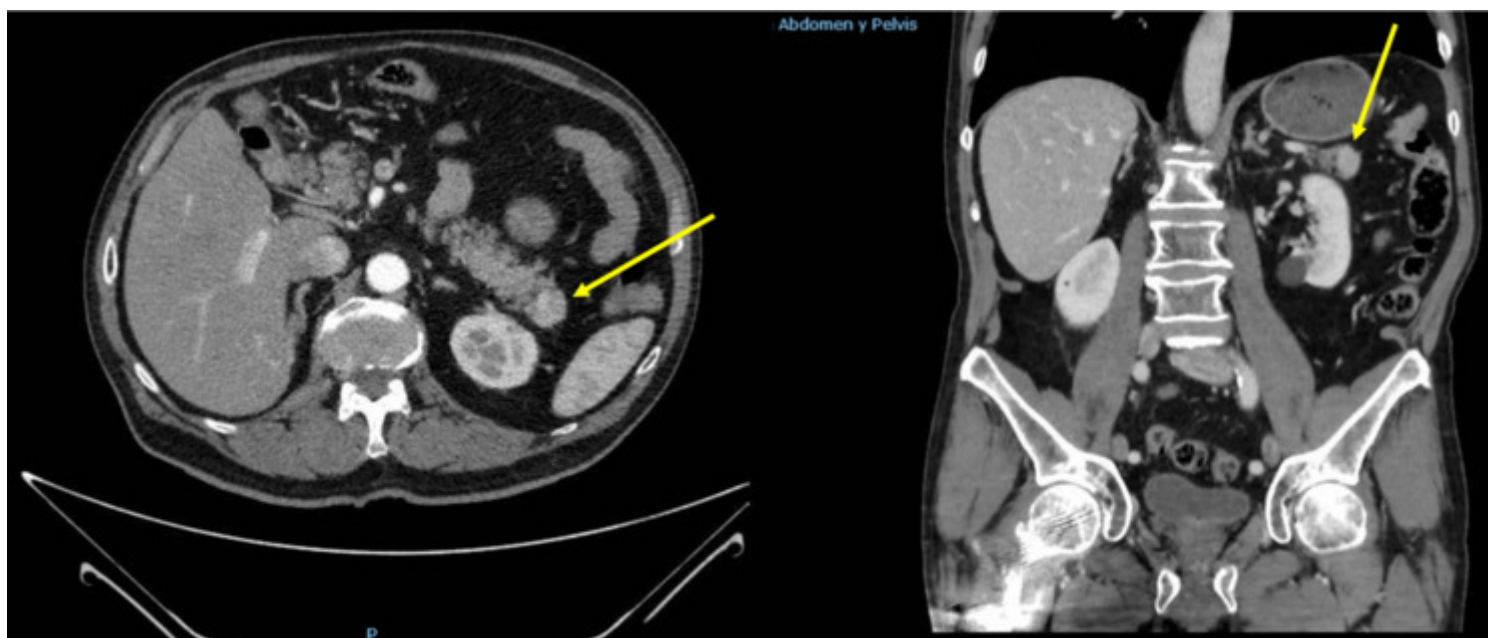
Díaz Granados, Ana; Dabán López, Pablo; Chaparro Mirete, Marta; Vázquez Medina, Laureano; Dabán Collado, Enrique; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** La literatura refleja diversas ocasiones de cirugía pancreática con hallazgo anatomopatológico final de bazo accesorio. Este acto quirúrgico puede prevenirse con un meticuloso estudio previo y un adecuado diagnóstico diferencial.

**Caso clínico:** Paciente de 73 años con antecedentes de apendicectomía y hemicolectomía derecha oncológica por adenocarcinoma de apéndice cecal pT3pN0. Durante el seguimiento se objetiva en TC una lesión hiperdensa en cola pancreática de 2,2 cm sin relación con el conducto pancreático principal. En PET-TAC parece corresponder con un tumor neuroendocrino de bajo grado. En el Comité Multidisciplinar se decide actitud expectante y seguimiento mediante pruebas de imagen. Dos años más tarde, se realiza gammagrafía y SPECT-TC de receptores de somatostatina (99mTc.Octreótido) donde la lesión no muestra captación, por lo que se sospecha un TNE no funcionante. Además, se registra un aumento leve de marcadores tumorales (CEA y Ca19.9) sin sobrepasar la normalidad. En este punto, es reevaluado el caso en el Comité decidiéndose la cirugía. Se lleva a cabo una pancreatectomía distal más esplenectomía laparoscópica. El análisis patológico informa de bazo accesorio intrapancreático de  $2 \times 1,5 \times 1,4$  cm sin otras alteraciones histológicas. Se pospuso el alta hospitalaria hasta el décimo día posoperatorio por un síncope de causa no filiada que precisó estudio. El paciente continúa asintomático y con marcadores tumorales dentro del rango de normalidad 12 meses después.



**Discusión:** El bazo accesorio presenta una prevalencia del 15% aproximadamente, definido como tejido esplénico ectópico en el abdomen y cuyo tamaño promedio es de 1,5 cm. El origen del mismo se encuentra en la embriogénesis, con una división anómala del tejido esplénico durante la migración desde línea media. La mayoría de los bazos ectópicos se sitúan en la periferia del hilio esplénico siendo solo el 16% intrapancreáticos, frecuentemente en la cola. La mayoría de estos casos son diagnosticados en las piezas de pancreatomectomía debido a la dificultad en el diagnóstico diferencial preoperatorio con los tumores neuroendocrinos (fundamentalmente, no funcionantes), adenocarcinoma o metástasis. El contexto de diagnóstico suele ser incidental, con un nódulo bien delimitado entre 1-3cm, homogéneo e hipervascularizado. La combinación de las diferentes pruebas complementarias es fundamental para un diagnóstico certero que evite una resección quirúrgica no precisa. Los marcadores tumorales Ca 19.9, CAE y Ca 125 tienen un papel limitado dada la posibilidad de falsos positivos-negativos. En el TAC presenta realce similar al bazo en todas las fases; y en la RMN con secuencias de difusión (especificidad y sensibilidad del 90%), baja intensidad de señal en T1 y alta en T2 comparado con el parénquima pancreático. El PET-TC con 68-Ga-DOTATOC es el *gold* estándar para el diagnóstico de tumores neuroendocrinos y la gammagrafía con hematíes autólogos desnaturalizados marcados con Tecnecio-99m es específica para tejido esplénico. La ecoendoscopia con biopsia con aguja fina es una prueba invasiva que aporta información decisiva reduciendo los casos que terminan en cirugía. El resultado citológico describe células inflamatorias y marcador inmunocitoquímico CD8 en las células endoteliales. La ecoendoscopia con contraste intravenoso sin biopsia, reduce la tasa de complicaciones y aporta una adecuada capacidad descriptiva.