

La manifestación clínica típica de esta infrecuente afección está caracterizada por la tríada de dolor epigástrico, sangrado digestivo o anemia sideropénica y elevación de las enzimas pancreáticas.

La confirmación diagnóstica se consigue por la secuencia de diversas pruebas. La endoscopia digestiva alta permite objetivar el sangrado solamente en el 30% de los casos. Para diagnosticar la causa se practica tomografía computarizada con contraste intravenoso, que informa de las características anatómicas del páncreas y de la arteria. La prueba más específica para la valoración de la causa del *hemosuccus pancreaticus* es la arteriografía del tronco celíaco y de la esplénica que documenta la lesión y su topografía, lo que permite objetivar la comunicación entre la arteria y los ductos pancreáticos si se realiza durante un episodio de dolor³. En nuestro caso, la secuencia de pruebas diagnósticas no hizo necesaria una resonancia magnética (colangiorresonancia y angiorresonancia) que habría permitido visualizar el Wirsung y el pseudoaneurisma de la esplénica.

En cuanto al tratamiento, hoy se dispone de los tratamientos quirúrgicos clásicos y los tratamientos endovasculares mínimamente invasivos mediante embolización o colocación de stent. Estos últimos requieren las condiciones de disponibilidad y requisitos anatómicos que lo permitan^{4,5}.

El tratamiento quirúrgico ha probado su eficacia en el tiempo, y hay trabajos que avalan los mejores resultados de los procedimientos quirúrgicos resectivos. Dependiendo de las características y localización del pseudoaneurisma, así como de que haya o no comorbilidades, podrá ser procedimiento de Whipple o pancreatetectomías distales^{6,7}.

Por todo lo expuesto, el *hemosuccus pancreaticus* es la manifestación clínica de diferentes enfermedades, de las que las más frecuentes son los pseudoaneurismas de la arteria esplénica, cuyo diagnóstico es difícil por lo inespecífico de sus síntomas y su baja frecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sandblom P. Gastrointestinal hemorrhage through the pancreatic duct. *Ann Surg.* 1970;171:61-6.
2. Etienne S, Pessaux P, Tuech JJ, Lada P, Lermite E, Brehant O, et al. Hemosuccus pancreaticus: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005;29:237-42.
3. Kapoor S, Rao P, Pal S, Chattopadhyay TK. Hemosuccus pancreaticus: an uncommon cause of gastrointestinal hemorrhage. A case report. *JOP.* 2004;5:373-6.
4. Murata S, Tajima H, Fukunaga T, Abe Y, Niggemann P, Onozawa S, et al. Management of pancreaticoduodenal artery aneurysms: results of superselective transcatheter embolization. *J Roentgenol.* 2006;187:290-8.
5. Dasgupta R, Davies NJ, Williamson RC, Jackson JE. Hemosuccus pancreaticus: treatment by arterial embolization. *Clin Radiol.* 2002;57:1021-7.
6. Muscari F, Barret A, Chaufour X, Bossavy JP, Blom E, Pradère B, et al. Prise en charge des anéurismes des artères digestives. Etude retrospective de 23 cas. *Ann Chir.* 2002;127:281-8.
7. Wagner WH, Cossman DV, Treiman RL, Foran RF, Levin PM, Cohen JL. Hemosuccus pancreaticus from intraductal rupture of a primary splenic artery aneurysm. *J Vasc Surg.* 1994;19:158-64.

Álvaro Díaz de Liaño^{a,*}, Sherbourne Viana^b, Cristina Artieda^a, Concepción Yáñez^a y Héctor Ortiz^a

^aUnidad Esófago-Gástrica, Servicio de Cirugía General, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra, España

^bFacultad de Medicina Clínica Quirúrgica F, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adiazdea@cfnavarra.es (A.D. de Liaño).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.07.012

Tumor esplénico y neoplasia quística concurrente de páncreas. Una lesión desorientadora

Concurrent splenic tumour and pancreatic cystic neoplasm. A confusing lesion

Los tumores primarios de bazo más frecuentes son las lesiones vasculares. La transformación nodular angiomatoide-esclerótica (*sclerosing angiomatoid nodular transformation* [SANT]) es una lesión vascular no neoplásica caracterizada por primera vez en 2004. Antes de dicha caracterización se habían descrito lesiones similares con los nombres de hamartoma esplénico y hemangioendotelioma, pero sin especificar las características inmunohistoquímicas definitivas. La SANT es una entidad benigna, pero no es infrecuente que se dé junto a enfermedades concurrentes, la mayoría de

naturaleza maligna, como leucemias o carcinomas de pulmón, colon, estómago o riñón¹.

Una mujer de 35 años fue remitida a nuestras consultas por un cuadro de dolor abdominal sordo, anorexia y pérdida de peso y un estudio ecográfico que mostraba una tumoración esplénica hipoeoica y un quiste pancreático (fig. 1). No presentaba antecedentes que indicaran pancreatitis ni concurrían litiasis biliar o ingesta etílica. Se había practicado una endoscopia alta para descartar enfermedad ulcerosa. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal, que

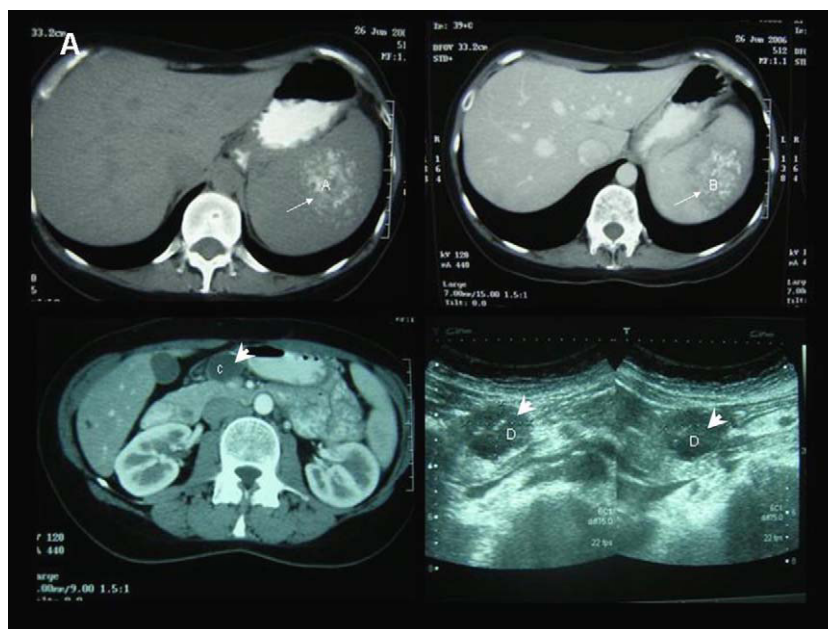


Figura 1 – A: imagen de tomografía computarizada de la lesión esplénica sin contraste intravenoso. B: con contraste intravenoso. C: aspecto del quiste mucinoso pancreático en la tomografía computarizada. D: aspecto en la ecografía, con ecos internos.

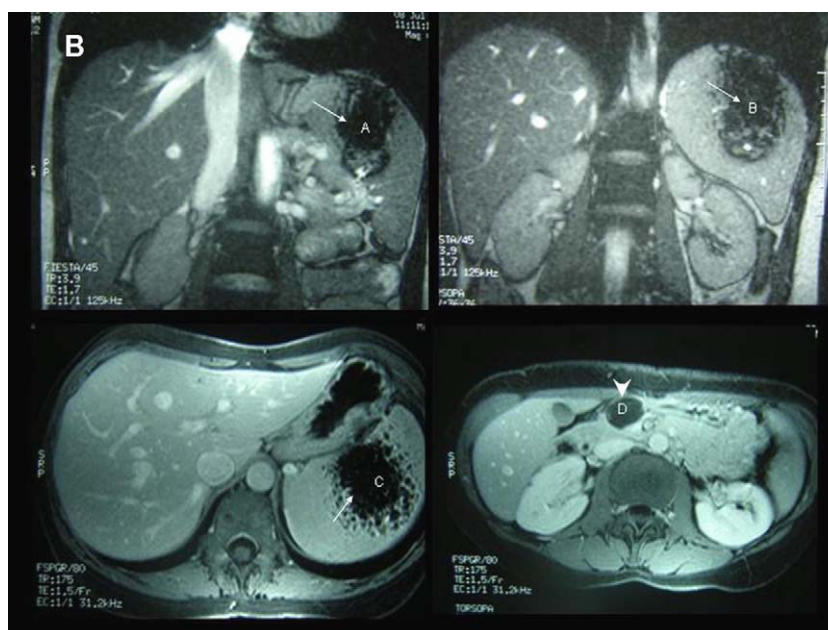


Figura 2 – A, B y C: resonancia magnética; aspecto de la lesión angiomatosa nodular esclerosante del bazo. D: imagen de la neoplasia quística mucinosa.

confirmó los hallazgos de la ecografía mostrando una lesión esplénica hipodensa con calcificaciones, un quiste de páncreas de $2,1 \times 2,5 \times 2,8$ cm en el cuello y protruyente (fig. 1), y adenopatías regionales, todo lo cual indicó inicialmente angiosarcoma con pseudoquiste pancreático concomitante. Se practicó una resonancia magnética, que reveló una infiltración esplénica de baja señal en T1 y T2, y también se sospechó de neoplasia vascular junto a pseudoquiste de

páncreas (fig. 2). Los marcadores tumorales fueron normales (CEA, 1,8 ng/ml; CA 19.9, <2 U/ml; CA 125, 12,4 U/ml). Se decidió realizar una esplenectomía y resección del quiste pancreático con bisturí ultrasónico (Ultracision, Ethicon Endosurgery, Cincinnati, Ohio, Estados Unidos). Existía una esplenomegalia moderada, de consistencia blanda, con una lesión pardo-amarillenta resaltando en la superficie de la cápsula esplénica. El examen del patólogo fue lo que

estableció el diagnóstico definitivo de SANT de bazo. La lesión pancreática resultó ser un cistadenoma mucinoso (presencia de estruma ovárico) del páncreas. La paciente fue dada de alta a los 2 días de la intervención y no presentó complicaciones tardías. A los 24 meses de evolución sigue bien, sin dolor abdominal ni otro síntoma. Es difícil saber qué causó los síntomas inespecíficos con los que se presentó.

En el diagnóstico diferencial de una lesión vascular de bazo encontramos: hamartoma, angioma de células litorales, lesión metastásica, tumor miofibroblástico inflamatorio, hemangioendotelioma y la SANT. Ésta se ha llegado a considerar una lesión reactiva y no una verdadera neoplasia^{1,2}. No se han descrito recurrencias de SANT tras esplenectomía. Por el momento, el diagnóstico fiable no puede hacerse sin obtener tejido para estudio histológico. El diagnóstico por imagen es difícil y puede llevar a confusión con proceso maligno como en nuestro caso. Esto se debe al escaso número de imágenes publicadas sobre esta entidad nosológica. De hecho, las imágenes de resonancia magnética y TC correspondientes al caso aquí presentado difieren de las publicadas por otros autores³, lo que indica que la SANT puede presentarse con apariencias distintas en la iconografía. Es muy probable que la neoplasia quística concurrente en este caso clínico sea un hallazgo casual, pero no hay que olvidar que la SANT se asocia a otros procesos a distancia, es una lesión que podría corresponder a proceso reactivo y el número de casos descritos no permite descartar una asociación. Las neoplasias quísticas de páncreas han sido recientemente tema de revisión y una mejor caracterización diagnóstico-terapéutica^{4,5}. Según las guías de la Asociación Internacional de Pancreatología⁶, el requisito para definir una lesión quística como cistadenoma mucinoso de páncreas (CM) es la presencia de estruma ovárico en la histología, hecho que ayuda a diferenciar este tipo de neoplasias de la neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI), lo que tendrá implicaciones en el manejo de la lesión. Los CM no suelen presentar recidiva de la lesión tras la resección. La NMPI de tipo rama accesoria suele ser multifocal, presenta una recurrencia del 10% a pesar de resección con márgenes negativos⁷, y la recomendación para su resección está actualmente en controversia, no así la de las NMPI de conducto principal. En resumen, la SANT esplénica es una entidad benigna pero que precisa de esplenectomía para su diagnóstico. No suele presentar recidivas tras ella,

pero requiere de estudio de extensión para descartar otros procesos neoplásicos de naturaleza maligna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martel M, Cheuk W, Lombarda L, Lifschitz-Mercer B, Chan JK, Rosai J. Sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT): report of 25 cases of a distinctive benign splenic lesion. *Am J Surg Pathol*. 2004;28:1268-79.
2. Faján F, Michael M. Nodular transformation of the splenic red pulp due to carcinomatous infiltration. A diagnostic pitfall. *Histopathology*. 1994;25:175-8.
3. Lee JC, Lien HC, Hsiao CH. Coexisting sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen with multiple calcifying fibrous pseudotumors in a patient. *J Formos Med Assoc*. 2007;106:234-9.
4. Goh BKP, Tan YM, Cheng YFA, Chow PKH, Cheow PC, Thng CH, et al. Pancreatic cysts: a proposed management algorithm based on current evidence. *Am J Surg*. 2007;193:749-55.
5. Sahani DV, Kadavigere R, Saokar A, Fernandez-del Castillo C, Brugge WR, Hahn PF. Cystic pancreatic lesions: a simple imaging-based classification system for guiding management. *Radiographics*. 2005;25:1471-84.
6. Tanaka M, Chari S, Adsay V, Fernandez-del Castillo C, Falconi M, Shimizu M, et al. International consensus guidelines for management of intraductal papillary mucinous neoplasms and mucinous cystic neoplasms of the pancreas. *Pancreatol*. 2006;6:17-32.
7. Cari S, Yadav D, Smyrk TC, DiMagno EP, Millar LJ, Máximo M, et al. Study of recurrence after surgical resection of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. *Gastroenterology*. 2002;123:1500-7.

Francisco José Morera-Ocon^{a,*}, Marcos Agramunt-Lerma^b,
M. Ángeles Sales Maicas^c, Francisco Ripoll Orts^a
y José Millán Tarín^a

^aServicio de Cirugía, Hospital de Requena, Valencia, España

^bServicio de Radiología, Hospital de Requena, Valencia, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital de Requena, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmoreraocon@aecirujanos.es
(F.J. Morera-Ocon).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.12.011

Esquistosomiasis como causa de apendicitis aguda

Schistosomiasis as a cause of acute appendicitis

La infestación por *Schistosoma mansoni* es infrecuente en España. Sin embargo, los recientes cambios en la globalización de la migración han conducido a un auge de la inmigración en nuestro país, mucha de ella proveniente de regiones donde esta entidad es endémica, por lo que es de esperar que esta parasitosis, infrecuente en países desarro-

llados, incremente su incidencia de forma progresiva en nuestro entorno. Por ello, es importante incluir esta parasitosis en nuestro arsenal etiopatogénico.

La esquistosomiasis es una parasitosis que afecta a los vasos mesentéricos superiores e inferiores; el parásito se extiende desde allí a sus órganos tributarios, con importante