

Figura 2 – Detalle del componente del carcinoma papilar intraquístico (tinción con hematoxilina-eosina × 40).

se consideró necesario un tratamiento hormonal con tamoxifeno. El paciente sigue controles periódicos y en la actualidad, 4 años después de la intervención, se encuentra libre de enfermedad.

El cáncer de mama en el varón y en la mujer tiene un pronóstico y un índice de supervivencia similares¹. El CDI es el CMV más frecuente (92%), seguido por el papilar (2%) y el mucinoso (2%)³.

El CDIS, que sólo representa el 5% de todos los CMV⁴, es una lesión infrecuente con diferencias morfológicas del CDIS de mama femenino⁵. El CDIS puede aparecer sólo o asociado a un CDI. La variante histológica más frecuente del CDIS es la papilar (74%), a menudo con superposición de un patrón cribiforme⁵. El CPI de mama en el varón es una enfermedad muy rara^{6–8}. Se supone que este carcinoma se origina en los ductos más anchos y de situación más central, y que su crecimiento y secreción causan dilatación del conducto, lo que origina la formación de un quiste⁹. Molecularmente, el CPI muestra pérdida de la heterocigosisidad del cromosoma 16q, mientras que el papiloma intraductal no¹⁰. A pesar de la ausencia inicial de signos de malignidad en el caso que presentamos, el rápido crecimiento tumoral y la proliferación papilar intraquística condujeron a la sospecha de malignidad y al subsiguiente tratamiento quirúrgico.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.012

B I B L I O G R A F Í A

- Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: A population-based study. *Cancer*. 2004;101:51–7.
- Borgen PI, Wong GY, Vlamis V, Potter C, Hoffmann B, Kinne DW, et al. Current management of male breast cancer. A review of 104 cases. *Ann Surg*. 1992;215:451–7.
- Hodgson NC, Button JH, Franceschi D, Moffat FL, Livingstone AS. Male breast cancer: Is the incidence increasing? *Ann Surg Oncol*. 2004;11:751–5.
- Cutuli B, Dilhuwy JM, De Lafontan B, Berlie J, Lacroze M, Lesauvage F, et al. Ductal carcinoma in situ of the male breast. Analysis of 31 cases. *Eur J Cancer*. 1997;33:10–1.
- Hittmair AP, Lininger RA, Tavassoli FA. Ductal carcinoma in situ (DCIS) in the male breast: A morphologic study of 84 cases of pure DCIS and 30 cases associated with invasive carcinoma—a preliminary report. *Cancer*. 1998;83:2139–49.
- Imoto S, Takahiro H. Intracystic papillary carcinoma of the breast in male: Case report and review of the Japanese literature. *Jpn J Clin Oncol*. 1998;28:517–20.
- Balsa-Marín T, Díez, Timon J, Gil B, Palomar A, González N. Non invasive intracystic papillary carcinoma of the male breast. A case report. *Cir Esp*. 2005;78:266–7.
- Andrés B, Aguilar J, Toroba A, Martínez-Gálvez M, Aguayo JL. Intracystic papillary carcinoma in the male breast. *Breast J*. 2003;9:249–50.
- Lefkowitz M, Lefkowitz W, Wargotz ES. Intraductal (intracystic) papillary carcinoma of the breast and its variants: A clinicopathological study of 77 cases. *Human Pathol*. 1994;25:802–9.
- Tsuda H, Uei Y, Fukutomi T, Hirohashi S. Different incidence of loss of heterozygosity on chromosome 16q between intraductal papilloma and intracystic papillary carcinoma of the breast. *Jpn J Cancer Res*. 1994;85:992–6.

Ernest Just*, Xavier Botet, Diana Escolà, Sergi Martínez y Enric Duque

Servicio de Cirugía General, Hospital Alt Penedès, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 27798ejr@comb.cat (E. Just).

Bazo ectópico intrapancreático Intrapancreatic accessory spleen

La presencia de tejido esplénico ectópico en la cavidad abdominal se ha reportado en la población general en un 10 a un 15%, y se encuentra habitualmente localizado próximo al hilio esplénico. Su presencia intrapancreática se observa en el 1 al 2% de los casos¹. Generalmente, se trata de anomalías que

permanecen asintomáticas, por lo que en su mayoría se descubren en forma accidental. La importancia de esta entidad anatomopatológica radica en que pueden simular neoplasias pancreáticas malignas, lo que genera laparotomías innecesarias^{2,3}.

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, de 72 años de edad, que concurre a la consulta por antecedentes de anemia sintomática. Durante su evaluación se le realiza una ecografía abdominal que evidencia una lesión quística uniloculada de $19 \times 13 \times 13$ mm en la porción caudal del páncreas con conducto de Wirsung no dilatado y sin otras alteraciones evidentes. Una tomografía computarizada (TC) realizada en forma posterior informa imagen hipodensa de bordes netos, con densidad líquida, que media $12 \times 12 \times 9$ mm en la cola del páncreas (fig. 1).

La imagen se interpreta como una neoplasia pancreática en el contexto de la edad de la paciente, por lo que se decide realizar una laparotomía exploradora. Se le realiza esplenopancreatectomía corporo-caudal, sin complicaciones perioperatorias. La anatomía patológica informó bazo ectópico incluido en el parénquima pancreático (fig. 2). La paciente evolucionó sin complicaciones perioperatorias.

El tejido esplénico ectópico puede clasificarse en 2 grupos: esplenosis y bazo accesorio. La esplenosis se presenta cuando el tejido esplénico es autotrasplantado dentro de la cavidad abdominal o el tórax mediante intervenciones quirúrgicas o

por rotura traumática del bazo. En el caso del bazo accesorio, se trata de tejido esplénico duplicado en forma congénita con ubicación ectópica. En estudios de autopsia, esta entidad se presenta en un 10 a un 15% de la población general, de los cuales un 80% de los casos se localiza en el hilio esplénico; sin embargo, su ubicación puede variar y situarse en cualquier porción de la cavidad abdominal, desde el diafragma hasta la pelvis⁴. Luego de la fusión esplenorenal, el bazo ectópico puede ubicarse en forma pararrenal y retroperitoneal, y luego de la fusión esplenogonadal puede descender a la pelvis o incluso al escroto.

Su situación intrapancreática es rara y se reporta en un 1 a un 2% en la literatura médica mundial, de los cuales un 16% está ubicado en la cola¹.

Como consecuencia del curso asintomático y generalmente benigno de este proceso, el bazo accesorio intrapancreático no requiere tratamiento alguno, pero debido a que puede simular una neoplasia pancreática maligna se debe considerar como diagnóstico diferencial en presencia de masas pancreáticas asintomáticas.

Los estudios por imagen representan la piedra angular para acercarnos al diagnóstico, ya que determinan la naturaleza de la masa y evitan así una cirugía innecesaria. 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. Se han probado los estudios que emplean radionucleótidos, pero no han demostrado mejores resultados a la hora de realizar el diagnóstico de bazo ectópico.

El reconocimiento de determinadas características ya definidas en las múltiples modalidades imagenológicas contribuye a excluir procesos malignos del páncreas que pueden plantearse como diagnósticos diferenciales ante el hallazgo de una masa pancreática⁵. También son de suma importancia los aspectos epidemiológicos del paciente, como la edad, el sexo y los antecedentes patológicos, la ausencia de síntomas y la localización del proceso.

La introducción de la ecoendoscopia al arsenal diagnóstico representa una herramienta de probada utilidad ante la presencia de una masa pancreática. A pesar de que las características del ultrasonido endoscópico no son específicas, una citología negativa obtenida por este método podría diagnosticarse o permitir un control evolutivo del paciente al hacer más improbable el diagnóstico de malignidad⁶.

Como conclusión, si bien el bazo ectópico representa en la mayoría de los casos un hallazgo accidental, el porcentaje de la población con esta entidad anatómopatológica no es despreciable y, ante la magnitud de una laparotomía por sospecha de una masa pancreática maligna, resulta indispensable descartar previamente la presencia de procesos que no requieren tratamiento quirúrgico mediante métodos por imagen accesibles, como son la TC y la RM o la ecoendoscopia.

B I B L I O G R A F Í A

- Weiand G, Mangold G. Accessory spleen in the pancreatic tail-a neglect entity? A contribution to embryology, topography and pathology of ectopic splenic tissue. Chirurg. 2003;74:1170-7.

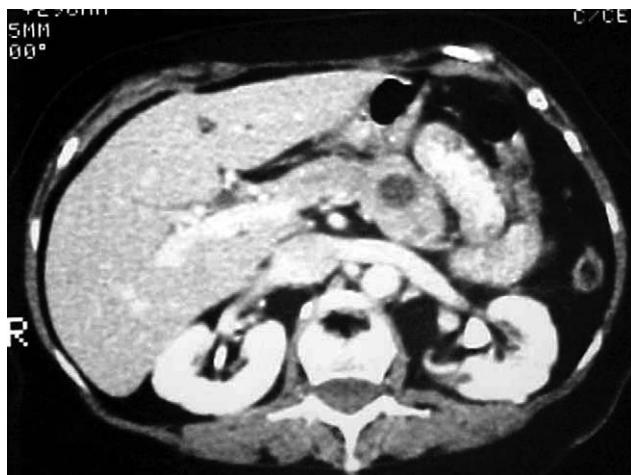


Figura 1 - Imagen hipodensa en la cola del páncreas.

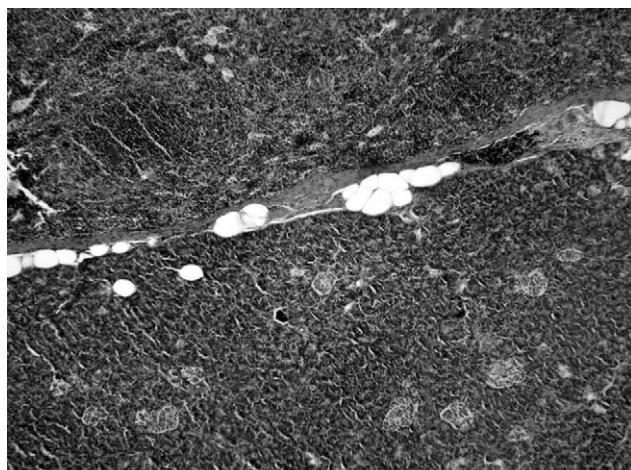


Figura 2 - Microscopia. Hematoxilina-eosina. Tejido esplénico ectópico incluido en el páncreas.

2. Ota T, Ono S. Intrapancreatic accessory spleen: Diagnosis using contrast enhanced ultrasound. Br J Radiol. 2004;77:148–9.
3. Miyayama S, Matusi O, Yamamoto T, et al. Intrapancreatic accessory spleen: Evaluation by CT arteriography. Abdom Imaging. 2003;28:862–5.
4. Kanazawa H, Kamiya J, Nagino M, et al. Epidermoid cyst in an intrapancreatic accessory spleen: A case report. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2004;11:61–3.
5. Sica GT, Reed MF. Case 27: Intrapancreatic accessory spleen. Radiol. 2000;217:134–7.
6. Schreiner AM, Mansoor A, Faigel DO, Morgan TK. Intrapancreatic accessory spleen: Mimic of pancreatic endocrine tumor

diagnosed by endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy. Diagn Cytopathol. 2008;36:262–5.

Julia Samamé*, Martín A. Maraschio, Lucio R. Obeide, Federico Moser y Juan C. Mondino

Servicio de Cirugía General, Hospital Privado–Centro Médico de Córdoba, Córdoba, Argentina

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliasamame@hotmail.com (J. Samamé)

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.011

Torsión de bazo ectópico

Torsion of a wandering spleen

El bazo ectópico (también conocido como esplenoptosis, bazo aberrante o bazo flotante) se ha descrito en pacientes de todas las edades, aunque su prevalencia es mayor en mujeres en edad fértil¹. Debido a la gran movilidad y elongación del pedículo, puede torcerse y producir congestión venosa con aumento de volumen, afección arterial e infarto, y causa abdomen agudo que precisa de intervención quirúrgica inmediata². La torsión esplénica es una causa infrecuente de abdomen agudo^{3,4}.

Se presenta el caso de una mujer de 26 años de edad que consultó por dolor abdominal de tipo continuo, de 2 días de duración, localizado en el epigastrio. El examen físico de ingreso evidenció: presión arterial, 110/70 mmHg; frecuencia cardíaca, 104 lat/min; abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda, con masa palpable de, aproximadamente, 10 cm, móvil con peleteo positivo.

Los resultados de laboratorio mostraron: recuento de la serie blanca, 22.300/ μ l; hemoglobina, 6,5 g/ml; hematocrito, 21,7%; trombocitos, 200.000/ml. La ecografía abdominal detectó una tumoración de apariencia sólida, homogénea, de aproximadamente 16 × 9 cm, correspondiente a bazo ectópico, que desplazaba la vejiga y el útero.

Se realizó laparotomía exploradora que reveló el bazo infartado flotante, con pedículo vascular largo y tres rotaciones antihorarias completas (fig. 1); se realizó esplenectomía con sección y ligadura del pedículo. El examen de anatomía patológica evidenció: bazo de 600 g, de 16 × 10 × 15 cm, con extensas zonas de necrosis y hemorragia, compatibles con torsión de bazo ectópico. La paciente evolucionó satisfactoriamente y se le dio de alta al cuarto día postoperatorio.

La torsión del bazo ectópico es la principal complicación de un bazo móvil, aunque es infrecuente y la incidencia es del 0,5%^{4,5}. El incremento de la motilidad del bazo resulta de la ausencia o la laxitud de los ligamentos de soporte (ligamento

gastroesplénico y esplenorenal) que fijan el bazo a su posición normal. Otros factores que incrementan la movilidad del bazo son: laxitud de la pared abdominal, distensión gástrica, efectos hormonales del embarazo, multiparidad y esplenomegalia⁶.

La mayoría de los pacientes con bazo ectópico permanecen asintomáticos. Sólo se diagnostica al palpar la tumoración abdominal o en el curso de una ecografía habitual en la cual el bazo se observa fuera del hipocondrio. Se manifiesta cuando se complica por torsión aguda o recurrente, que produce esplenomegalia y, al evolucionar, infarto o rotura⁷. Se puede



Figura 1 – Pedículo esplénico vascular largo y en rotación.