

Casos en imagen 1.—LIPOMA PANCREÁTICO

Diagnóstico final

Lipoma pancreático.

Hallazgos radiológicos

En la figura 1 de la tomografía computarizada (TC) se aprecia una masa grasa de $8 \times 4 \times 4$ cm que ocupa la cabeza y parte del cuerpo del páncreas, rodeada de parénquima pancreático y con finos septos en su interior; en la figura 2 parece que exista una discontinuidad de la cápsula que rodea a la masa grasa en su porción superoanterior.

En la secuencia potenciada en T1 de la resonancia magnética (RM), se demuestra que la masa pancreática es isointensa con la grasa abdominal, y en la secuencia en fuera de fase se delimita mejor que en la TC la continuidad de la fina cápsula de colágeno en la porción superoanterior del lipoma.

Comentario

Histológicamente, un lipoma consta de lobulillos de células maduras de tejido adiposo, rodeados por una fina cápsula de colágeno; por TC corresponde a una masa homogénea, de densidad entre -30 y -120 UH, que no capta contraste y con unos delgados septos que representan septos interlobulillares en su interior.

De los aproximadamente 15 casos de lipomas pancreáticos descritos en la bibliografía, seis se han confirmado histológicamente y nueve no. En todos los casos intervenidos quirúrgicamente, el paciente presentaba dolor abdominal o de espalda¹⁻⁴, alteraciones analíticas (bilirrubina, amilasa, fosfatasa alcalina)^{3,5,6} o tenía una compresión de estructuras vecinas^{4,6}; como complicaciones quirúrgicas sólo presentaron dos fístulas pancreáticas que se solventaron sin problemas.

En las series más largas, cuatro casos de Kartz et al⁷ y cinco casos de Itai et al⁸, el hallazgo del lipoma fue incidental, el tamaño de los tumores < 6 cm y se decidió un tratamiento conservador.

No toda masa de grasa es un lipoma⁹, se ha de diferenciar de una sustitución grasa del páncreas también llamada lipomatosis, atrofia adiposa o infiltración grasa. La sustitución grasa es uno de los cambios histológicos más frecuentes del páncreas, puede ser focal o total y se ha visto asociada a obesidad, diabetes, pancreatitis crónica, hepatitis enólica, síndrome de Cushing y fibrosis quística; la densidad es la misma que la del lipoma. El lipoma está encapsulado, rodeado de parénquima pancreático y, a menudo, septado, mientras que la sustitución grasa está en contacto con la grasa peripancreática y puede tener focos de parénquima pancreático en su interior.

El principal diagnóstico diferencial se ha de hacer con el liposarcoma, se han descrito unos cuatro liposarcomas pancreáticos, pero en ninguno hay iconografías. Los liposarcomas frecuentemente tienen una densidad tomográfica más alta y son de bordes más borrosos. Ohguri et al¹⁰, en un estudio comparativo por RM de 35 lipomas y 23 liposarcomas bien diferenciados, demuestran que todos los liposarcomas retroperitoneales tienen un compo-

nente no adiposo y con frecuencia los septos son gruesos y con al menos una ligera captación del contraste, y concluyen que todo tumor grasa no subcutáneo (profundo o retroperitoneal) en que los septos son delgados y sin captación de contraste, es benigno.

En nuestro caso, la TC fue diagnóstica y la RM nos ayudó a definir mejor la integridad de la cápsula por su capacidad multipanar.

Creemos que tenemos los suficientes datos para que el diagnóstico de lipoma pancreático sea radiológico sin necesidad de confirmación histológica; el tratamiento ha de ser conservador, excepto en los casos en que no se cumplan los criterios radiológicos de benignidad y en casos sintomáticos de dolor abdominal, obstrucción de vías biliares o compresión de estructuras vecinas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bigard HA, Boissel P, Regent D, Froment N. Intrapaneatic lipoma: first case in the literature. *Gastroenterol Clin Biol*. 1989;13:505-7.
2. Merli M, Fossati GS, Alessiani M, et al. A rare case of pancreatic lipoma. *Hepatogastroenterology*. 1996;43:734-36.
3. Di Maggio EM, Solcia M, Dore R, Preda L, La Fianza A, Rodino C, et al. Intrapaneatic lipoma: first case diagnosed with CT. *AJR Am J Roentgenol*. 1996;167:56-7.
4. Raut CP, Fernández del Castillo C. Giant lipoma of the pancreas: case report and review of lipomatous lesions of the pancreas. *Pancreas*. 2003;26:97-9.
5. De Jong SA, Pickleman J, Reinsford K. Noductal tumors of the pancreas: the importance of laparotomy. *Arch Surg*. 1993;128:730-6.
6. Boglino C, Inserra A, Silvano A, Ciprandi G, Boldrini R, Caione P. Lipoma intrapaneatic: descrizione di un caso. *Pediatr Med Chir*. 1993;15:397-9.
7. Katz DS, Nardi PM, Hines J, Barckhausen R, Math KR, Fruauff AA, et al. Lipomas of the pancreas. *AJR Am J Roentgenol*. 1998;170:1485-7.
8. Itai Y, Saida Y, Kurosaki Y, Fujimoto T. Focal fatty masses of the pancreas. *Acta Radiol*. 1995;36:178-81.
9. Itai Y. Fatty mass of the pancreas is not equal to lipoma of the pancreas. *AJR Am J Roentgenol*. 1999;172:551-2.
10. Ohguri T, Aoki T, Hisaoka M, Watanabe H, Nakamura K, Hashimoto H, et al. Differential diagnosis of benign peripheral lipoma from well-differentiated liposarcoma on MR imaging: is comparison of margins and internal characteristics useful?. *AJR Am J Roentgenol*. 2003;180:1689-94.

Correspondencia:

Salvador Rebordosa.
Hospital de Terrassa.
Ctra. de Torrebónica, s/n.
08227 Terrassa. Barcelona.
srebordosa@yahoo.es