



P-202 - TUBERCULOSIS PERIPANCREÁTICA SIMULANDO ADENOCARCINOMA LOCALMENTE AVANZADO

López Rojo, Irene; Torres Alfonso, José Ramón; Barambio Buendía, Javier; Gómez Valdazo, Adela María; González Ayora, Santiago; Georgiev, Tihomir; Celdrán Uriarte, Ángel

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: La tuberculosis abdominal es la localización extrapulmonar más frecuente, involucrando al páncreas en un 8% de los casos y ofreciendo una imagen radiológica superponible a una neoplasia primaria, lo que hace que el diagnóstico pueda ser postoperatorio. La tuberculosis pancreática responde bien a tuberculostáticos, mientras que el adenocarcinoma de páncreas presenta una supervivencia en estadios localmente avanzados menor del 5% a 5 años, siendo el tratamiento quirúrgico el único potencialmente curativo. El conocimiento de esta rara entidad posibilita el diagnóstico preoperatorio y el tratamiento farmacológico de una enfermedad que, sin sospecharla, conllevaría alta morbilidad secundaria a un tratamiento quirúrgico innecesario.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 68 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión y colecistectomía. Ingresa por colangitis y colestasis, sin síndrome constitucional ni otra sintomatología asociada. Marcadores tumorales normales. Se realiza un TAC abdominal en el que se objetiva una tumoración mal delimitada en cabeza pancreática de aproximadamente 5 × 4 cm, sugestiva de neoplasia primaria y que rodea en 360° el origen de la vena porta, a la cual estenosa, así como las venas esplénica y mesentérica superior. Así mismo rodea en por completo la arteria hepática derecha, en 270° la arteria hepática izquierda y el tronco celiaco. Infiltra ampliamente el colédoco con dilatación de vía biliar intrahepática y presenta adenopatías retropancreáticas y en ligamento gastrohepático de hasta 25 mm. No se identifican LOES hepáticas ni sospecha de carcinomatosis peritoneal. Se realizan dos PAAF por ecoendoscopia obteniéndose células inflamatorias sin datos de malignidad. Presentado en comité de tumores se decide biopsia quirúrgica. Se realiza amplia maniobra de Kocher sin identificar tumoración pancreática. Se procede a la disección de ligamento hepatoduodenal y tronco celiaco, recogiendo para estudio intraoperatorio biopsia de masa peripancreática y perivascular, siendo informada como granulomas necrotizantes sin datos de malignidad. Ante la incongruencia de pruebas ampliamos anamnesis, detectando contacto cercano con paciente con tuberculosis activa. Tras consultar al Servicio de infecciosas, se inicia tratamiento empírico con antituberculostáticos (rifampicina, pirazinamida, etambutol e isoniazida) ante la posibilidad de tuberculosis pancreática. Tras 6 meses de tratamiento antituberculostático el paciente presenta disminución de parámetros de colestasis y mejoría radiológica del manguito de partes blandas que rodea el tronco celiaco, encontrándose el paciente asintomático, sin evidencia de progresión neoplásica de la masa sospechosa.



Discusión: Resulta paradójica la similitud clínico-radiológica de estas dos patologías, tan diferentes en historia natural, tratamiento y pronóstico. Un diagnóstico rápido de sospecha de esta rara entidad permite evitar la morbimortalidad asociada a una resección quirúrgica oncológica ante el diagnóstico de sospecha de enfermedad maligna.