



P-198 - BAZO ECTÓPICO, CAUSA EXCEPCIONAL DE LOE HIPERVASCULAR PANCREÁTICA

Cobos Cuesta, Raquel; Pérez Alonso, Alejandro J.; Ortega Higuero, Rubén; Dabán Collado, Enrique; Rueda López, Ana Isabel; Machuca Chiriboga, Pablo; Capitán Vallvey, José María

Complejo Hospitalario Jaén, Jaén.

Resumen

Introducción: La presencia de tejido esplénico ectópico en la cavidad abdominal se encuentra en un 10 a un 15% de la población general, habitualmente localizado próximo al hilio esplénico. Su presencia intrapancreática se observa en el 1 al 2% de los casos. 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, conllevando intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Caso clínico: Presentación de un caso clínico. Registro de datos clínicos de interés, estudios preoperatorios, técnica quirúrgica y evolución del paciente. Técnica inmunohistoquímica utilizada en el estudio de la pieza quirúrgica. Diagnóstico diferencial. Varón de 67 años con AP de tumor de Warthin paratiroideo izquierdo, en cuyo estudio de extensión se aprecia, mediante realización de TC y RMN, una lesión hiperdensa de 19 × 16 mm en cola de páncreas, que sugiere el diagnóstico de tumor neuroendocrino como primera opción. Dado el diagnóstico, se realiza pancreatectomía corporocaudal con preservación de bazo y colecistectomía, sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. Informe AP: bazo accesorio de 1,7 cm sin alteraciones relevantes. Inflamación crónica inespecífica en tejido adiposo intra y peripancreático. Metaplasia gástrica pilórica focal del epitelio de conductos pancreáticos. Vesícula: colecistitis crónica con metaplasia gástrica e intestinal. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta.

Discusión: El bazo ectópico intrapancreático es una entidad anatomopatológica asintomática, que no requiere tratamiento excepto si imita a linfadenopatía o tumor pancreático maligno, si se produce torsión, rotura espontánea, hemorragia, formación quística o alteraciones hematológicas (PTI...). El diagnóstico por imagen es dificultoso, pues radiológicamente se comporta como una lesión hipercaptante (captación propia del tejido esplénico) que sugiere diagnóstico diferencial con: tumores primarios (tumor de células de islote, adenoma, neoplasia epitelial papilar y sólida). Metástasis (angiosarcoma, leiomiocarcinoma, melanoma, carcinoide, carcinoma renal, adrenal o de tiroides). En el paciente que presentamos, los focos de inflamación crónica objetivados en la AP, indican aberraciones en tejido pancreático remanente, lo que puede traducir una lesión quística (quiste epidermoide) susceptible de resección. Aunque esta entidad anatomopatológica representa en la mayoría de los casos un hallazgo accidental, el porcentaje de población con presencia de bazo ectópico no es desdeñable. Ante la problemática que supone una laparotomía por sospecha de una

masa pancreática maligna, resulta indispensable descartar previamente la presencia de procesos que no requieren tratamiento quirúrgico mediante diagnóstico por imagen: Tc-99m HDRBC (método más específico para tejido esplénico), TC y RM.