



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-280 - QUISTE LINFOEPITELIAL DE PÁNCREAS ASOCIANDO QUISTE DERMOIDE

Díaz García, Gustavo Adolfo; Jiménez Fuertes, Montiel; Alias Jiménez, David; Ruiz-Tovar, Jaime; Moreno Posadas, Ana; Nevado García, Cristina; Artuñedo Pe, Pedro; Duran Poveda, Manuel

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Introducción: El diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas de páncreas siguen suponiendo un reto. En torno al 80% de los casos corresponden a pseudoquistes. El resto representan lesiones quísticas primarias (cistoadenoma seroso, neoplasia quística mucinosa, neoplasia intraductal papilar mucinosa, neoplasia papilar sólido-quística) siendo una rareza los quistes verdaderos como el quiste linfoepitelial (QLE) o el quiste dermoide.

Caso clínico: Varón de 52 años con hallazgo incidental de lesión quística en cola de páncreas en TAC torácico realizado por disfonía. La TAC y RM revelan lesión quística polilobulada de 4 cm en cola de páncreas. La ecoendoscopia no visualiza la lesión imposibilitando su punción, mostrando la ecografía transabdominal probable dependencia del espacio perirrenal izquierdo. Se interviene hallando tumoración de unos 4 cm en cola de páncreas adherida al hilio esplénico realizando esplenopancreatectomía distal asistida por laparoscopia. La anatomía patológica es diagnóstica de quiste linfoepitelial con un quiste dermoide de páncreas.

Discusión: Apenas superan el centenar los casos publicados de quiste linfoepitelial de páncreas desde su primera descripción en 1985, no encontrándose casos descritos asociando un quiste dermoide. No existe ninguna hipótesis concluyente respecto a la histogénesis del QLE, pudiendo originarse a partir de conductos pancreáticos que protruyen en los ganglios linfáticos peripancreáticos o en bazos accesorios intrapancreáticos, o bien, en un conducto pancreático obstruido por metaplasia escamosa. Pueden asentar indistintamente en cabeza, cuerpo o cola de páncreas, con preferencia por el tejido peripancreático. Pueden ocasionar dolor abdominal o resultar un hallazgo incidental radiológico. Macroscópicamente pueden estar formados por uno o varios quistes con tamaños descritos entre 2 y 13 cm. El interior del quiste contiene un material pastoso blanquecino queratósico con cristales de colesterol. Esto hace que la imagen ecográfica pueda ser quística o sólida en función de la compactación del material queratósico, generalmente presentándose como una masa heterogénea con refuerzo posterior. El contenido lipídico hace que la imagen en la RM sea heterogénea, hiperintenso en T1 e hipointenso en T2. En la TAC aparece como una lesión hipodensa. Por todo esto el diagnóstico diferencial radiológico es con las lesiones quísticas de páncreas e histológicamente hay que diferenciarlos de los quistes pancreáticos con revestimiento escamoso, tales como el quiste epidermoide de bazo accesorio, el quiste escamoide de conducto pancreático o el quiste dermoide el cual presenta anejos cutáneos en su pared con ausencia de tejido linfoide a diferencia del QLE. El diagnóstico preoperatorio más sensible es

mediante el estudio citológico de la PAAF guiada con ecografía o TAC de la lesión. Su tratamiento puede ser conservador si el diagnóstico preoperatorio es claro. En los casos sintomáticos o de duda diagnóstica se optará por su resección (enucleación o pancreatometomía) con pronóstico excelente no existiendo casos de recurrencia.