



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-191 - BAZO INTRAPANCREÁTICO *VERSUS* TUMOR NEUROENDOCRINO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

*Cerrato Delgado, Sergio; Valverde Martínez, Amparo; Fierro Aguilar, Alberto; Varela Recio, Javier; Maestu Fonseca, Ainhoa; Ortiz Sánchez, Ángela; Castro Santiago, María Jesús; Pacheco García, Jose Manuel*

*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.*

### Resumen

**Introducción:** El bazo accesorio intrapancreático (BAI) es una lesión congénita, infrecuente y asintomático que generalmente se descubre incidentalmente en estudios por otras patologías. Con frecuencia, debido a que sus características radiológicas son muy inespecíficas, es difícil diferenciarlos de tumores neuroendocrinos no funcionantes (TNE) constituyendo verdaderos retos diagnósticos.

**Métodos:** Realizamos una revisión bibliográfica de casos publicados en los últimos años en Medline/Pubmed en los que se plantease el diagnóstico diferencial mencionado. Centramos nuestra revisión en el tipo de estudios realizados para el diagnóstico inicial-diferencial.

**Resultados:** En la tabla 1 se muestran los casos de BAIs diagnosticados tras la cirugía y en la tabla 2 los que se consiguió un diagnóstico definitivo sin necesidad de cirugía.

**Conclusiones:** La TC y la RM son las técnicas inicialmente más usadas en el diagnóstico de BAI. En ellas el BAI se muestra un nódulo de entre 1 y 3 cm, homogéneo y bien delimitado. En TC se presentan como lesiones hipervasculares con una atenuación y realce similar al bazo en todas las fases. En RM todos los casos revisados muestran una alta intensidad en T2 y más baja en T1 al compararlo con el tejido pancreático. Asimismo, la intensidad de la lesión es muy similar al bazo en todas las secuencias. En ecografía endoscópica (EE) tampoco existen signos específicos de BAI. Recientemente se ha descrito el "signo del puente" cuando la lesión se conecta con el bazo por un puente de tejido esplénico, pero es muy poco frecuente (4). La EE es la obtención de muestras citológicas mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF). Dos de los casos publicados usan la ecoendoscopia, pero en ninguno de ellos se opta por realizar PAAF. Podría deberse a que se trata de una técnica no exenta de complicaciones y con una tasa no despreciable de falsos negativos. El uso de contraste intravenoso en la ecoendoscopia, como el Levovist o el Sonazoid, ayuda, en muchas ocasiones, a obtener un diagnóstico sin necesidad de punción. Otra de las pruebas usadas es la elastografía mediante ecoendoscopia. La medicina nuclear, a diferencia de las técnicas expuestas, juega un papel más determinante en el diagnóstico del BAI. Las pruebas con receptores de somatostatina, muy usadas el diagnóstico del TNE, pueden dar falsos positivos en BAI siendo, por tanto, poco específicas. Sin embargo, las pruebas con hematíes desnaturalizados marcados con Tc-99m muestra mayor especificidad, pues son casi exclusivamente atrapados por el tejido

esplénico. Los marcadores tumorales (CEA y Ca19.9) no permiten distinguir entre BAI y TNE por ser muy poco específicos. (1) En cuanto a la cromogranina A y el ácido-5-hidroxiindolacético en caso de estar aumentado nos hace inclinarnos por el diagnóstico de TNE. Para un diagnóstico prequirúrgico de BAI es necesario una combinación de TC, RM, pruebas de medicina nuclear y/o PAAF mediante EE, pues ninguna de ellas es concluyente por sí misma.