

Bazo accesorio intrapancreático que imita tumor de cola de páncreas *Intrapancreatic accessory spleen mimicking a tumor of the pancreatic tail*

José A. Acevedo, Julio G. Caballero, Javier Cona, Patricia M. Cabaleiro, Alejandra Lencinas, Martín Córdoba

Servicio de Cirugía
General. Policlínico
Neuquén. Neuquén.
Argentina

Los autores declaran no
tener conflictos
de interés

Correspondencia:
José A. Acevedo
E-mail:

[drjosealbertoacevedo@
gmail.com](mailto:drjosealbertoacevedo@gmail.com)

Recibido el
09 de enero de 2017
Aceptado el
08 de junio de 2017

RESUMEN

La presencia de bazos accesorios en la cavidad abdominal es relativamente frecuente (10-15% de la población general). De esos, el 1,7 % puede ser de localización intrapancreática. La existencia de un bazo accesorio intrapancreático obliga a hacer el diagnóstico diferencial con tumores sólidos de la cola de páncreas. Presentamos un caso, resuelto mediante pancreatometomía corporocaudal laparoscópica y realizamos una revisión bibliográfica.

■ **Palabras clave:** bazo accesorio, pancreatometomía corporocaudal, tumor de páncreas.

ABSTRACT

Accessory spleens in the abdominal cavity are relatively frequent (10-15% of the general population). Of these, 1.7% may present intrapancreatic localization. An accessory spleen located in the pancreas requires making a differential diagnosis with solid tumors of the tail of the pancreas. We report on a case treated by laparoscopic pancreatometomy.

■ **Keywords:** accessory spleen, distal pancreatometomy, pancreatic tumor.

Caso clínico: se trata de un paciente masculino de 24 años. Hallazgo incidental (tomografía computarizada solicitada por el servicio de urología para control posinstrumentación endourológica por litiasis ureteral bilateral): imagen nodular en cola de páncreas de 19 mm. Capta contraste. Compatible con tumor de células de los islotes (Fig. 1).

Resonancia magnética: imagen en cola de páncreas, de 2 cm de diámetro, sólida, isoíntensa en T2 e hipointensa en T1, realce homogéneo del contraste paramagnético. Sugiere tumor de células de los islotes, sin descartar otras etiologías.

Marcadores tumorales negativos (CA 19-9, CA 125, CEA, alfafetoproteína). Dosaje de insulina y gastrina, normales.

Diagnóstico presuntivo: tumor no funcionante de las células de los islotes.

Se realiza vacunación prequirúrgica (antineumocócica, antihemófilus y antimeningococo).

Cirugía: pancreatometomía corporocaudal laparoscópica sin esplenectomía.

Comentario: cierta dificultad técnica para liberar la cola del páncreas, que envolvía parcialmente los vasos del hilio esplénico.

Buena evolución posoperatoria. Egreso al quinto día posquirúrgico y controles ambulatorios normales a los 30 y 60 días.

Anatomía patológica: pieza de pancreatometomía corporocaudal. Lesión intrapancreática constituida por cordones de Billroth congestivos con linfocitos

y abundantes corpúsculos de Malpighi (nódulos linfoides con arteriolas), delimitada por cápsula fibrosa.

Diagnóstico: bazo accesorio intrapancreático (Fig. 2).

Los bazos intrapancreáticos son un defecto congénito común, encontrado en el 10-30% de las autopsias. La mayoría se ubican cerca del hilio esplénico y la cola del páncreas. Su localización intrapancreática es muy poco frecuente. Son asintomáticos y la cirugía no está indicada¹.

Según Osher y col., hasta 2016 se habían publicado 46 casos de bazos intrapancreáticos en MEDLINE. De estos, 29 fueron diagnosticados como tumor neuroendocrino (y por lo tanto sometidos a cirugía) y 17 se interpretaron como bazos intrapancreáticos (basados en gammagrafía con Tc-99m, punción-aspiración con aguja fina o ecografía contrastada)².

Según estos autores, esas lesiones pancreáticas fueron más solitarias, sólidas, bien definidas, localizadas preferentemente en la cola del páncreas (si se encuentran en el cuerpo, es poco probable que se trate de un bazo intrapancreático³), no mayores de 3 cm de diámetro, todas en adultos (22 a 81 años) y sin diferencias de sexo².

Los estudios de laboratorio y marcadores tumorales suelen ser negativos.

En los estudios imagenológicos contamos con ecografía, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y ecografía endoscópica¹.

Por otro lado, el amplio uso de la ecografía, la

TC y la RM ha determinado el aumento de hallazgos de lesiones pancreáticas asintomáticas³.

Múltiples características imagenológicas pueden ayudar a orientar hacia el diagnóstico preoperatorio de las lesiones sólidas de la cola de páncreas⁵.

Los bazos intrapancreáticos comúnmente pueden ser detectados por TC y por RM. Se presentan como lesiones hipervasculares sólidas, homogéneas, bien delimitadas, usualmente menores de 2 cm de diámetro. Típicamente en la RM muestran débil atenuación en T1 y fuerte atenuación en T2, hallazgos frecuentes también en los tumores neuroendocrinos de cola de páncreas⁴.

El principal diagnóstico diferencial del bazo intrapancreático, según sus características morfológicas, es el tumor neuroendocrino¹.

Estos, además, suelen ser no funcionantes en un 45-60% y los niveles normales de hormonas en sangre no necesariamente implican naturaleza benigna de la enfermedad⁴.

El uso de la gammagrafía de los receptores de somatostatina (Octreoscan) es limitado desde que se conoce que el tejido esplénico puede también tener estos receptores⁴.

Para evaluar lesiones pancreáticas se puede recurrir a la punción-aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia; esta es una prueba sensible¹ (aunque algunos autores informaron 5 de 46 punciones como falsos positivos)².

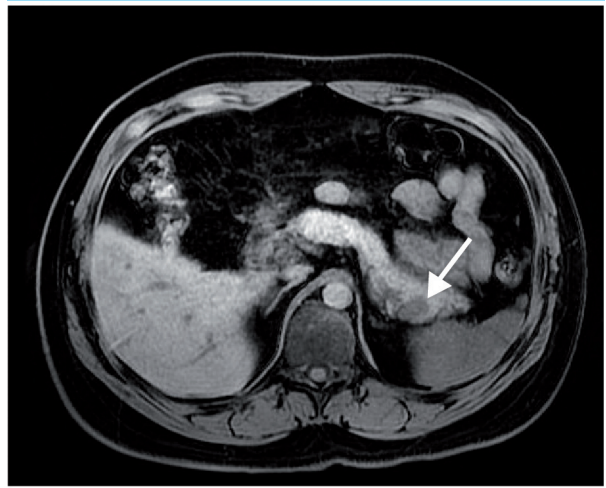
La tinción inmunohistoquímica para células T en material de punción y los hallazgos específicos en los estudios por imágenes (patrón de realce arciforme en la TC dinámica o gammagrafía con radioisótopo especial para tejido esplénico [Tc-99m] o la ecografía contrastada) pueden ofrecer pistas variables².

También se ha propuesto, para hacer el diagnóstico diferencial entre tumor neuroendocrino de páncreas y bazo intrapancreático, el uso de tomografía por emisión de positrones con glóbulos rojos marcados con Tc-99, RM contrastada con SPIO (óxido de hierro superparamagnético), ecografía contrastada y angiotomografía⁴.

Otros diagnósticos diferenciales para tener en cuenta deben ser: adenocarcinomas de páncreas, metástasis intrapancreática de tumor de riñón¹ y aneurismas de la arteria esplénica⁶.

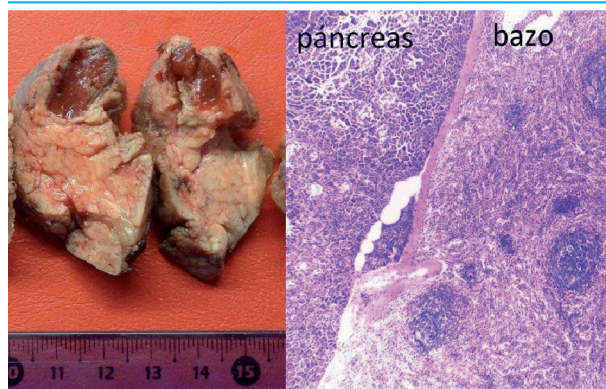
Los procedimientos diagnósticos completos deben apuntar a excluir tumor neuroendocrino de páncreas, neoplasias quísticas mucinosas, tumores sólidos pseudopapilares o tumor pancreático metastásico⁴.

FIGURA 1



Tumor nodular sólido en cola de páncreas

FIGURA 2



Macroscopía y microscopía de la pieza quirúrgica (Magnificación 4X. Técnica de coloración: hematoxilina-eosina)

Un 5-10% de las pancreatomecías realizadas con diagnóstico primario de cáncer se diagnostican más tarde como lesiones no neoplásicas, tales como pancreatitis crónica, sarcoidosis, bazos intrapancreáticos, hiperplasia linfoide, pseudohipertrofia lipomatosa, linfangioma, quiste linfoepitelial y endometriosis³.

El bazo intrapancreático debe ser considerado en los diagnósticos diferenciales de los pacientes con tumores de cola de páncreas².

La intervención quirúrgica es ampliamente recomendada para lesiones intrapancreáticas donde la posibilidad de malignidad no puede ser descartada^{1,4}.

Referencias bibliográficas

- Katuchova J, Baumohlova H, Harbulak P, Stofcikova M, Svaidler M, Repovsky A, et al. Intrapaneatic accessory spleen. A case report and review of literature. JOP. 2013; 14(3):261-3.
- Osher E, Scapa E, Klausner J, Greenman Y, Tordiman K, Melhem A, et al. Pancreatic incidentaloma: differentiating nonfunctioning pancreatic neuroendocrine tumors from intrapancreatic accessory spleen. Endocr Pract. 2016; 22 (7):773-9.
- Okun S, Lewin D. Non-neoplastic pancreatic lesions that may mimic malignancy. Semin Diagn Pathol. 2016; 33(1):31-42.
- Matić S, Knežević D, Ignjatović I, Grubor N, Dugalić V, Micev M, et al. Laparoscopic Distal Pancreatectomy for Intrapaneatic Accessory Spleen: Case Report. Srp Arh Celok Lek. 2015; 143(3-4):195-8.
- Sica G, Reed M. Case 27: Intrapaneatic Accessory Spleen. Radiology. 2000; 217:134-7.
- Kawamoto S, Johnson P, Hall H, Cameron J, Hruban R, Fishman E. Intrapaneatic accessory spleen: CT appearance and differential diagnosis. Abdominal Radiology. 2012; 37(5):812-27.