

Lipoma intrapancreático: un tumor mesenquimatoso poco frecuente de fisiopatología incierta

Alexander Lozano Samaniego^{1,2*}, Yukiyo Kimura Fujikami², Sergio Criales Vera² y Miguel Stoopen Rometti²

¹Universidad Nacional de Loja, Ecuador; ²Centro de Diagnóstico por Imagen CT Scanner Lomas Altas, México, D.F.

Resumen

El lipoma intrapancreático es un tumor mesenquimatoso que aún en la actualidad es considerado como una entidad poco frecuente. Hay varias hipótesis propuestas sobre su fisiopatología, sin embargo, todavía ninguna ha sido aclarada. El diagnóstico usualmente es incidental y realizado predominantemente por tomografía computarizada (TC) y generalmente por otra indicación; su sensibilidad y especificidad son muy elevadas, haciendo innecesaria la confirmación histopatológica; recomendándose únicamente seguimiento por estudios de imagen.

PALABRAS CLAVE: Páncreas. Lipoma intrapancreático. Tomografía computarizada.

Abstract

Intrapancreatic lipoma is a mesenchymal tumor that currently is still considered a strange entity. There are numerous hypotheses about its pathophysiology; however, none has been clarified. Diagnosis is usually incidental, and computed tomography has been performed for other indications, with high sensibility and specificity, making histopathology confirmation unnecessary, hence suggesting image-follow up solely.

KEY WORDS: Pancreas. Intrapancreatic lipoma. Computed tomography.

Resumen de la historia clínica

Paciente de sexo masculino de 66 años, con historia de dolor y distensión abdominal como únicos síntomas y con antecedente de esteatosis. No hubo hallazgos relevantes a la exploración física. Se realizó TC de abdomen superior, que demostró una lesión intrapancreática, hipodensa (< -100 UH), de bordes regulares y bien definidos, de 4.7 x 4.3 x 4.5 cm, sin realce tras la inyección intravenosa de medio de contraste yodado (Fig. 1). El conducto de Wirsung es de calibre normal (Fig. 2). La lesión produce adelgazamiento del margen superior del parénquima en la

cabeza del páncreas y desplazamiento lateral de la arteria hepática común, sin infiltrarla (Fig. 3). Se realizó seguimiento durante siete años, periodo en el que no hubo crecimiento de la lesión, ni cambios en su morfología. El paciente se mantuvo asintomático en este lapso de tiempo.

Discusión

Los tumores que se derivan del tejido conectivo, linfático, vascular y neuronal del páncreas, llamados tumores mesenquimatosos, constituyen alrededor del 2-3% de todas las neoplasias pancreáticas¹. Dentro de ellos, los lipomas son una entidad poco frecuente, pero a tomar en cuenta como parte del diagnóstico diferencial de las lesiones hipodensas del páncreas². La naturaleza altamente maligna de lesiones como el adenocarcinoma, contrariamente a la de los lipomas,

Correspondencia:

*Alexander Lozano Samaniego
Centro de Diagnóstico por Imagen
CT Scanner Lomas Altas
Paseo de la Reforma, 2608, piso 6
Col. Lomas Altas, C.P. 11950, México, D.F.
E-mail: alexandersis@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 25-07-2011

Fecha de aceptación: 23-08-2011

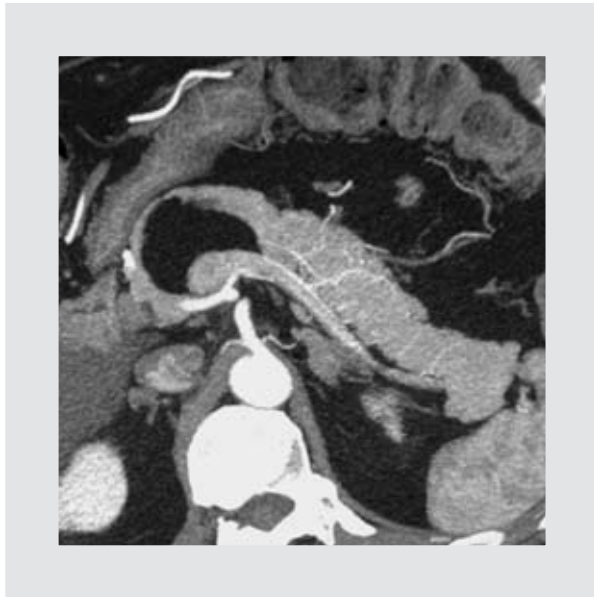


Figura 1. Tomografía computarizada multicorte de páncreas, en fase arterial, y máxima intensidad de proyección (MIP) en la región de la cabeza y cuello del páncreas. Se observa una lesión hipodensa, con coeficientes de atenuación en el rango de -100 a -130 UH.

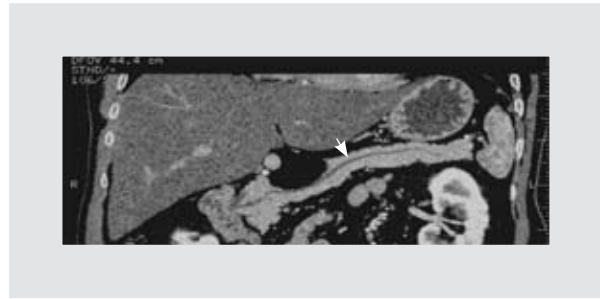


Figura 2. Tomografía computarizada multicorte de páncreas fase arteriovenosa en reconstrucción multiplanar. El contorno de la lesión y el parénquima pancreático que la circunda es regular y bien definido. El conducto intrapancreático no está dilatado (flecha).

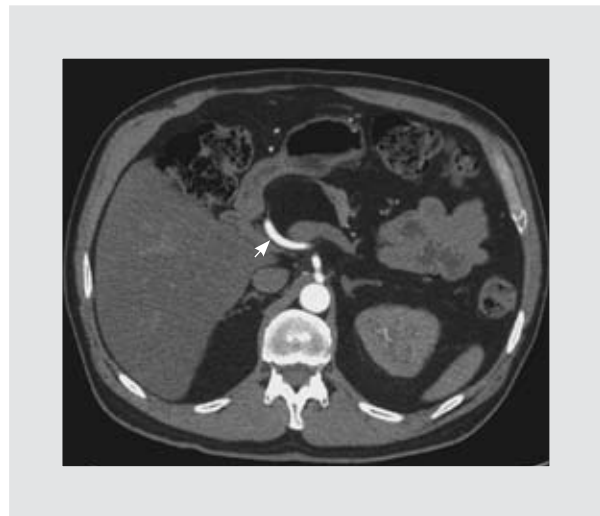


Figura 3. Corte axial de TC en fase arterial. No se observan tabicaciones en la lesión pancreática; se muestra el desplazamiento de la arteria hepática (flecha) y la localización intralesional de la vena esplénica y el sitio de confluencia con la vena mesentérica superior.

obliga a realizar un diagnóstico acertado, principalmente cuando las lesiones son muy pequeñas y de difícil caracterización.

Han pasado 21 años desde la primera publicación de un lipoma intrapancreático y 15 años desde la primera en TC³, sin embargo, actualmente todavía se considera una entidad rara, hecho que se deriva probablemente no solo por la baja incidencia de este tumor en la población general, sino también por la falta de publicación de los casos, como lo mencionan Han-Xiang Zhan, et al.⁴, por lo que, antes del año 2000, solamente se habían informado 11 casos en la literatura. Sin embargo, se han encontrado 43 más, desde esa fecha hasta la actualidad; además, existen publicaciones como las de Temizoz, et al.⁵ y Karaosmanoglu, et al.⁶, quienes informaron de nueve casos en dos años y de 17 casos en dos años y medio, respectivamente. Estos datos generan la posibilidad de falta de diagnóstico y de publicación de los casos de esta enfermedad.

Histológicamente, los lipomas están compuestos por lóbulos de células adiposas maduras, ocasionalmente pueden tener septos fibrorreticulares delgados, rodeados por una cápsula delgada de colágeno, lo que permite diferenciarlos de lipomatosis¹. Hay autores⁷ que proponen la hipótesis que sugiere que los lipomas localizados en la cabeza, cuello y proceso uncinado pueden emerger del tejido graso retroperitoneal

o mesentérico atrapado cuando se unen los procesos dorsal y ventral en la sexta semana de desarrollo embrionario, sin embargo, esto aún no está plenamente comprobado, y no se ha podido aclarar cuál es la fisiopatología que origina la presentación en el cuerpo o cola⁵.

Los lipomas pueden tener cualquier localización dentro del páncreas. En concordancia con la revisión sistemática realizada en 2010⁵, la localización del lipoma en nuestro caso fue en el lugar más frecuente, la cabeza del páncreas, a diferencia de la publicación de una serie de 17 pacientes realizada por Karaosmanoglu⁷, en la que se ubicaron en la cola y con un curso clínico de mayor benignidad que en otras localizaciones⁴.

Un total de ocho de una revisión de 45 pacientes presentaron síntomas (dolor abdominal, masa, ictericia)

relacionados con la presencia de lipoma intrapancreático^{2,4}. En nuestro paciente no se observaron dichos hallazgos, decidiéndose realizar únicamente la vigilancia periódica.

En cuanto al tamaño de los lipomas, pueden estar en el rango de pocos milímetros hasta varios centímetros, siendo directamente proporcional el mayor tamaño con la presencia de complicaciones; pueden tener forma ovoide, circular y lobulada.

Las características en la TC se presentan como lesiones con coeficiente de atenuación en el rango de grasa (valores negativos de -30 a -120 UH), que es el indicador más importante sobre la naturaleza benigna, junto con la densidad homogénea, la ausencia de reforzamiento con la inyección del medio de contraste y de infiltración perilesional. La presencia de septos, calcificaciones y rápido incremento del tamaño podrían ser señales de alerta para la sospecha de un proceso maligno⁷.

En la bibliografía hay casos con seguimiento a largo plazo en los que no se han observado cambios

significativos en los estudios de control. La mayoría de autores opinan que no es necesaria la confirmación histológica y que incluso no es ética⁸, ya que el diagnóstico de esta entidad se puede realizar basándose solo en los hallazgos de la TC.

Bibliografía

1. Ferrozzi F, Zuccoli G, Bova D, Calculli L. Mesenchymal tumors of the pancreas: CT findings. *J Comput Assist Tomogr.* 2000;24:622-7.
2. Chandrajit RP, Fernández del Castillo C. Giant lipoma of the pancreas: case report and review of lipomatous lesions of the pancreas. *Pancreas.* 2003;26:97-9.
3. Di Maggio E, Solcia M, Dore R, et al. Intrapancreatic lipoma: first case diagnosed with CT. *AJR.* 1996;167:56-7.
4. Han-Xiang Z, Tai-Ping Z, Bo-Nan L, et al. A systematic review of pancreatic lipoma, how come there are so few cases? *Pancreas.* 2010;39:252-70.
5. Temizoz O, Genchellac H, Unlu E, et al. Incidental pancreatic lipomas: computed tomography imaging findings with emphasis on diagnostic challenges. *Canad Assoc Radiologists.* 2010;61:156-61.
6. Karaosmanoglu D, Karcaaltincaba M, Akata D. Pancreatic lipoma. Computed tomography diagnosis of 17 patients and follow-up. *Pancreas.* 2008;36:432-6.
7. Hois EL, Hibbeln JF, Sclamberg JS. CT appearance of incidental pancreatic lipomas: a case series. *Abdom imaging.* 2006;31:332-8.
8. Sánchez-Alonso L, Meca J, Cantero G. Lipoma pancreático. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Radiología.* 2005;47:207-9.