

Lipoma Pancreatico: Presentación de un Caso y Revisión de la Literatura

Juan Celis Zapata¹, Francisco Berrospi Espinoza¹, Hugo David Valencia Mariñas¹, Juvenal Sánchez Lihón², Milagros Abad Licham², Ilya Farías Mejía³

RESUMEN:

El diagnóstico de lipoma pancreático, es muy poco frecuente. Presentamos el caso de una mujer de 51 años con una lesión de 9x8 cm. a nivel de la cabeza y cuello del páncreas, a quien se le realizó una pancreatoduodenectomía proximal. Se discute la decisión terapéutica.

PALABRAS CLAVE: lipoma, páncreas, pancreatoduodenectomía.

Rev Gastroenterol Perú; 2008; 28: 56-59

ABSTRACT:

Diagnosis of pancreatic lipoma, is very rare. We presented the case of a 51 years woman who show a tumor of 9x8 cm. at the head and neck of the pancreas. A pancreatoduodenectomy was performed with favorable evolutive. We discuss the therapeutic decision.

KEYWORDS: lipoma, pancreas, pancreatoduodenectomy.

-
- 1 Departamento de Abdomen. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
 - 2 Departamento de Patología. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
 - 3 Departamento de Radiodiagnóstico. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

INTRODUCCIÓN

Entre los tumores pancreáticos el adenocarcinoma ductal, es el más frecuente. Cerca al 90% de los casos. Las demás patologías neoplásicas pancreáticas son infrecuentes y constituyen aproximadamente del 5% a 15%. Los tumores mesenquimales representan solo el 1 a 2 % de las neoplasias pancreáticas y están agrupados de acuerdo a su origen histológico. Histológicamente, el lipoma pancreático (LP) esta compuesto por células adiposas maduras, cubiertas por una cápsula de colágeno^(1,2).

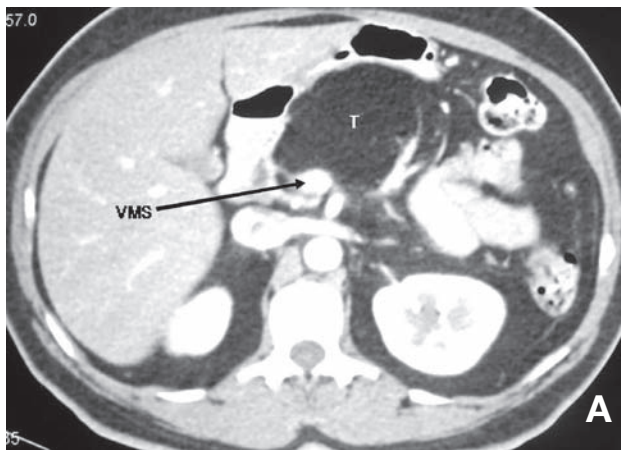
Se presenta el siguiente caso, un lipoma pancreático diagnosticado por tomografía axial computada (TAC), localizado en la cabeza del páncreas que fue tratado quirúrgicamente.

RESUMEN DEL CASO

Paciente mujer de 51 años de edad, con dolor epigástrico de 4 meses de evolución, náuseas, vómitos, hiporéxia, pérdida de peso de 17 Kg. No hay masa palpable en abdomen. Durante la evaluación preoperatoria se evidencia hiperglicemia aunque no hay historia de diabetes.

Los exámenes de imágenes mostraron: radiografía de tórax, normal; TAC de abdomen y pelvis, lesión de contenido graso de bordes parcialmente definidos 6,3 x 6,5 cm., dependiente de cabeza y proceso uncinado del páncreas, envuelve la vena mesentérica superior (VMS) y parcialmente la arteria mesentérica superior (AMS) desplazando al antro gástrico sin infiltrarlo; la densidad de dicha lesión estuvo en el rango de -94 a -132 unidades Hounsfield siendo la media de -110,3; lo que corresponde a densidad grasa (Fig. 1a y b).

Fig 1. Tomografía axial computarizada abdominal:

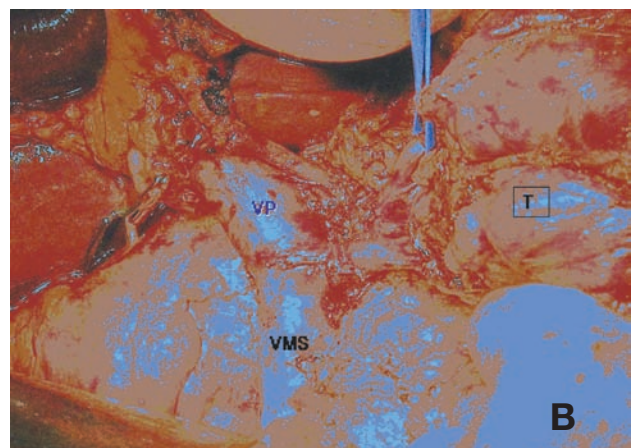
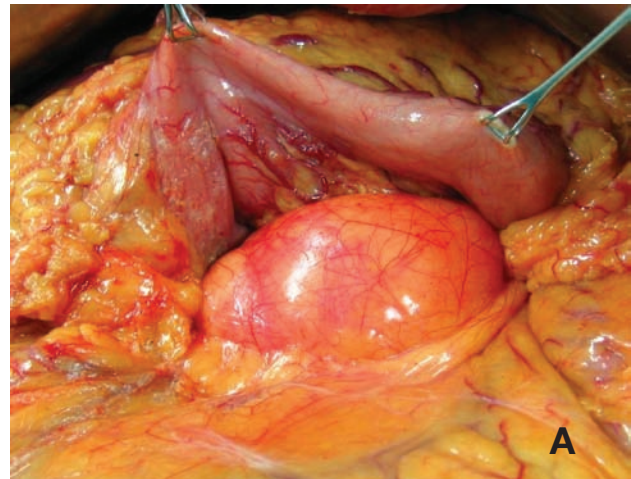


1a. Tumor (T) localizado a nivel de la cabeza y el cuello del páncreas sobre la vena mesentérica superior (VMS).

1b. Tumor (T) envuelve la VMS y rodea parcialmente la AMS por lo que fue necesaria una extensa disección vascular para liberar todo el tumor (Fig. 2b); se realizó pancreatoduodenectomía (PD) proximal ampliada al cuello con preservación de píloro (Fig. 3).

La paciente es intervenida quirúrgicamente, en la laparotomía exploradora se evidenció tumoración blanda de 9x8 cm. a nivel de la cabeza y cuello del páncreas (Fig. 2a) que reemplaza todo el parénquima en dicha zona, rodea la VMS y parcialmente la AMS por lo que fue necesaria una extensa disección vascular para liberar todo el tumor (Fig. 2b); se realizó pancreatoduodenectomía (PD) proximal ampliada al cuello con preservación de píloro (Fig. 3).

Fig. 2 Vista intraoperatoria



2a. Transcavidad de los epiplones antes de la resección: el tumor sobresale del plano del parénquima pancreático.

2b La resección requirió la disección vascular del tronco mesentérico portal.



Fig 3. Pieza operatoria abierta: el tumor ha reemplazado parte del parénquima de la cabeza y el cuello del páncreas.

El estudio histológico reveló: LIPOMA, la neoplasia es primaria de páncreas, tiene crecimiento expansivo, no se observan lipoblastos, proliferación vascular ni necrosis.

La paciente evolucionó de manera favorable, saliendo de alta en el PO 12, persiste con diabetes mellitus.

DISCUSIÓN.

Los tumores mesenquimales del páncreas son una patología muy rara representando el 1 a 2% de los tumores pancreáticos, estos pueden derivar del tejido conectivo, linfático, vascular y neuronal^(1, 2).

El LP fue descrito por primera vez por Bigard en 1989⁽³⁾. Es una tumoración benigna de crecimiento indolente, con un cuadro clínico inespecífico. Es más frecuente en personas ancianas de 60 a 70 años, con leve predilección por el sexo femenino. Se ubica con mayor frecuencia en la cabeza pancreática, 14 de 22 casos diagnosticados.

En el presente caso los síntomas son muy inespecíficos y el diagnóstico fue realizado básicamente por métodos radiológicos, donde la evaluación densitométría es característica⁽²⁾.

Hasta la fecha se han publicado en la literatura de habla inglesa 22 casos, de los cuales sólo en 6 se ha practicado resección quirúrgica, decidiéndose un manejo expectante en el resto. En el cuadro 1 se resumen las características principales. Llama la atención el cuadro de diabetes mellitus no descrito hasta la actualidad en un paciente con lipoma pancreático, probablemente causado por el efecto de masa que ha reemplazado la cabeza y el cuerpo del páncreas, obstruyendo el remanente distal.

En cuanto a la ecografía y la tomografía en la evaluación del lipoma pancreático. La ultrasonografía en el diagnóstico, brinda un examen morfológico detallado de estas lesiones y ade-

más una herramienta adicional para realizar biopsia con aguja fina⁽⁵⁾. En la TAC el tumor tiene apariencia homogénea, con bordes bien definidos, no capta contraste. A veces pueden verse delgados septos fibroreticulares en la masa, correspondientes a septos interlobares, la absoluta falta de infiltración del tejido subyacente es típica y la densidad es diagnóstica entre -30 y -140 unidades Hounsfield^(6,7). Katz considera que la TAC ofrece suficiente información acerca del probable diagnóstico y no serían necesarios mayores estudios⁽⁴⁾.

Con respecto a otros estudios de imágenes, en la tomografía de emisión de positrones que utiliza el fluorodexosi-D-glucosa existe información discordante, debido a que hay un estudio donde se capta el radio trazador⁽⁶⁾ y otro donde no⁽⁷⁾. La resonancia magnética ayuda en mostrar definitivamente la característica grasa en el lipoma. En t1 y t2, sigue la intensidad de la señal adyacente de grasa subcutánea, t2 presenta menos intensidad de lesión^(4,7,8).

El diagnóstico diferencial de los LP debe hacerse con todos los tipos de lesiones tumorales pancreáticas, especialmente las lesiones grasas que infiltran el páncreas como son el reemplazo graso focal, la pseudohipertrofia lipomatosa y el liposarcoma⁽¹⁾.

El reemplazo focal graso en el parénquima pancreático es definido como la presencia de tejido adiposo maduro en sitios que normalmente no contienen grasa. Aparentemente este proceso es un tipo de lipogenesis accidental, que puede mostrar parcial o casi completo reemplazo del parénquima acinar por tejido adiposo⁽⁹⁾. El tejido pancreático puede estar completamente reemplazado por grasa en los estados avanzados de la fibrosis quística, y en el síndrome de Shwachman-Diamond, una rara enfermedad congénita que se caracteriza por insuficiencia pancreática, condrodisplasia metafisiaria y neutropenia⁽¹⁰⁾.

La pseudohipertrofia lipomatosa del páncreas es una lesión rara, caracterizada macroscópicamente por un crecimiento y alargamiento del páncreas. Histológicamente pre-

Cuadro 1. Casos de lipoma pancreático diagnosticados hasta la fecha.

Modificado de E L Hois (7) nd: no hay datos, fna: biopsia de aguja fina.

Referencia	Año	Casos	Edad (años)	Tamaño (cm)	Localización	Cirugía	Patología
Bigard et al	1989	1	63	3,3-3,3	cabeza	si	lipoma
Bogliolo et al	1993	1	11mes	20-30	cola	si	lipoma
De Jong et al	1993	1	nd	5,0-5,0	cabeza	si	lipoma
Itai et al	1995	1	49-84	0,4-0,4	cuerpo	nd	nd
Merli et al	1996	1	70	4,0-4,0	cabeza	si	lipoma
Di Maggio et al	1996	1	70	nd	cabeza	si	lipoma
Katz et al	1998	4	45-75	1,4-5,3	cabeza 3 cuerpo/ cola 1	nd	nd
Secil et al	2001	1	64	1,0-1,0	cola	nd	nd
Ryan MF et al	2003	2	62-80	5,5-4,7	cabeza/ cuello	nd	nd
Raut CP et al	2003	1	69	5,5-3,3 12-12-5	cola cabeza cuello	si	lipoma
Hois et al	2004	5	69-83	0,9-2,5	cabeza 2 cola 1 cuello 1 cola1	nd	nd
Bean et al	2005	1	83	1,3-0,8	cabeza	nd	nd
Di Matteo et al	2006	1	70	3,4-3,0	uncinado	nd	lipoma (fna)
Salman et al	2006	1	70	3,8-2,7	cabeza	nd	nd
Caso actual	2007	1	51	6,6-6,5	cabeza, cuello uncinado	si	lipoma

senta un marcado reemplazo graso del sistema endocrino, con varias causas posibles: anomalías congénitas, oclusión de los ductos excretorios, daño parenquimal selectivo y hepatopatía crónica. Su etiología es incierta. El sistema ductal y el tejido de los islotes de langerhans están generalmente preservados⁽⁹⁾. La pseudohipertrofia lipomatosa es diferente del lipoma radiográficamente, está caracterizada por un reemplazo masivo del tejido pancreático exócrino que infiltra todo el páncreas y el sistema ductal. Las enzimas pancreáticas son normales.

El liposarcoma pancreático, ha sido descrito como un tumor de crecimiento lento con destrucción progresiva del tejido pancreático y un bajo rango de metástasis, la tomografía muestra un tejido de alta densidad, áreas sólidas otras líquidas y bordes imprecisos^(1,2,11). Un liposarcoma lipogénico bien diferenciado puede imitar una lesión benigna debido a sus márgenes bien definidos y la homogeneidad del tejido graso. Solo 5 casos de liposarcoma pancreático han sido reportados, con pocos datos radiológicos.

En cuanto al tratamiento, dependiendo del cuadro clínico del paciente y el tamaño de la lesión, los lipomas pequeños y asintomáticos pueden ser observados; sin embargo los tumores sintomáticos y de gran tamaño requieren de tratamiento quirúrgico. Las complicaciones de esta patología, están relacionadas al efecto de masa y son la obstrucción, ictericia o hemorragia; esta última se explica por la erosión y ulceración de la mucosa, que puede provocar sangrado⁽¹²⁾. Según su localización puede realizarse enucleación o resección, debiéndose considerar para el tipo de tratamiento quirúrgico, el crecimiento rápido y el tamaño mayor de 5 cm., pues debe descartarse la posibilidad de liposarcoma^(1,12).

La decisión quirúrgica en este caso no fue fácil, porque se trataba en una neoplasia benigna y el tratamiento implicaba una pancreatoduodenectomía (PD) proximal. La PD es una de las operaciones más complejas del tracto gastrointestinal, realizada mayormente en el manejo de patologías malignas. Tiene una posibilidad de hasta 52% de morbilidad y 3,6 % de mortalidad^(13,14). Teniendo en cuenta que en nuestra institución existe una experiencia previa con morbilidad post operatoria global de 38.4%, mortalidad post operatoria a 30 días de 2% y mortalidad hospitalaria de 3.5%^(15, 16). Se decidió programar la cirugía pues le brindábamos al paciente condiciones similares a otras instituciones que manejan alto volumen de pacientes.

En este caso debido a la sintomatología, el tamaño, y la posibilidad de complicaciones antes descritas, se programó una pancreatoduodenectomía proximal ampliada al cuello (fig 2b). La paciente evolucionó favorablemente sin intercurencias.

En conclusión esta patología es muy rara pero su diagnóstico se viene haciendo mas frecuente debido a la evolución en los métodos radiológicos; la mayoría de tumores pequeños y asintomáticos solamente se observan. La resección quirúrgica depende de la evaluación individualizada de cada caso; consideramos que debe realizarse en centros altamente especializados, dado la naturaleza benigna de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. RAUT CH, FERNANDEZ DEL CASTILLO C. Giant Lipoma of the Pancreas: Case Report and Review of Lipomatous Lesions of the Pancreas. *Pancreas* 2003; 26: 97-99.
2. FERROZZI F, ZUCCOLI G, BOVA D, CALCULLI L. Mesenchymal Tumors of the Pancreas: CT Findings. *J Comput Assist Tomogr*. 2000; 24:622-627.
3. BIGARD MA, BOISSEL P, REGENT D, FROMENT N. Intrapancreatic lipoma: first case in the literature. *Gastroenterol Clin Biol* 1989; 13:505-7.
4. KATZ DS, NARDI PM, HINES J, et al Lipomas of the Páncreas. *AJR* 1998;170:1485-1487.
5. DI MATTEO MF, SHIMPI L, PANDOLFI M, et al EUS diagnosis of pancreatic lipoma: a case report. *Gastrointest Endosc* 2006; 64:146-148.
6. BEAN MJ, FISHMAN EK. Focal FDG Uptake in a Pancreatic Lipoma Mimicking Malignancy. *J Comput Assist Tomogr* 2005;29:475-476.
7. HOIS EL, HIBBELN JF, SCLAMBERG JS. CT appearance of incidental pancreatic lipomas: a case series. *Abdom Imaging* 2006; 31:332-338.
8. SESIL M, IGCI E, GOKTAY AY, DICLE O. Lipoma of the pancreas: MRI findings. *Computer Medical imaging and graphics* 2001; 25:507-509.
9. MORIKI T, OHTSUKI Y, TAKAHASHI T, et al Case Report Lipoma-like tumor mass probably arising in the retroperitoneal heterotopic pancreas: A previously undescribed lesion. *Pathol Intl* 2004; 54: 527-531.
10. MACIPE RM, JAVIERRE E, LOU MG, et al. Síndrome de Shwachman-Diamond. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 65:79-82.
11. SALMANZ, RUIZ-CABELLO M, PARDOP, MONTORO P. Cartas al Director: Lipoma of the pancreas: diagnosis and management of these rare tumors. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98:884-889.
12. RYAN MF, HAMILTON PA, SMITH AJ, KHALIFA M. Radiologic features of pancreatic lipoma. *Can Assoc Radiol J* 2003;54:41-45.
13. FERNÁNDEZ-CRUZ L, ASTUDILLO E, CARDONA V. Complicaciones de la cirugía del cáncer de páncreas. *Cir Esp* 2001; 69: 281-288.
14. ONE THOUSAND CONSECUTIVE Pancreatico-duodenectomies. *Ann Surg* 2006; 244:10-15.
15. CELIS J, BERROSPI F, RUÍZ E, PAYET E. Safe Pancreaticojejunostomy After Whipple Procedure: Modified Technique. *Journal of Surgical Oncology* 2001;76:138-140.
16. CELIS J, BERROSPI F, RUÍZ E, et al Reconstrucción después de pancreatoduodenectomía proximal mediante anastomosis pancreatoyeyunal simplificada. Resultados operatorios en 198 pacientes. *Rev. Gastroent. Peru*. 2006; 26: 271-277.