

Diagnóstico morfológico y funcional de una rara entidad: pseudohipertrofia lipomatosa del páncreas

Palabras clave: Resonancia magnética. Colangiopancreática. Secretina. Páncreas. Pseudohipertrofia lipomatosa.

Sr. Editor,

La pseudohipertrofia lipomatosa del páncreas (PLP) es una entidad rara, de incierta etiología, ocasionada por un reemplazo focal o difuso del parénquima pancreático por tejido adiposo maduro (1,2).

Su clínica es inespecífica, con dolor abdominal y/o esteatorrea como síntomas principales. Sin embargo, algunas características son necesarias para su diagnóstico: a) aumento en tamaño y peso del páncreas secundario al reemplazo por tejido adiposo; b) ausencia prácticamente completa de su función exocrina; y c) preservación del sistema ductal y de los islotes de Langerhans. Dichos hallazgos pueden ser confirmados a través de técnicas de imagen (1,2).

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 72 años con molestias tipo cólico en hipocondrio derecho de meses de evolución y pérdida de 10 kg de peso. La ecoendoscopia identifica un parénquima pancreático heterogéneo, con zonas con patrón lobular y presencia de bandas hiperecogénicas y un Wirsung normal. La tomografía computarizada (TC) abdominopélvica muestra un aumento de tamaño del páncreas con reemplazamiento casi completo de su parénquima por tejido adiposo (Fig. 1A). La resonancia magnética (RM) colangiopancreática tras la administración de secretina objetiva, además de la infiltración grasa, un conducto pancreático de morfología y señal normal. La secretina confirma una correcta distensión del ducto de Wirsung con un retorno al calibre normal y una función pancreática exocrina reducida dado que el llenado duodenal es de escasa cuantía (Fig. 1B-D).

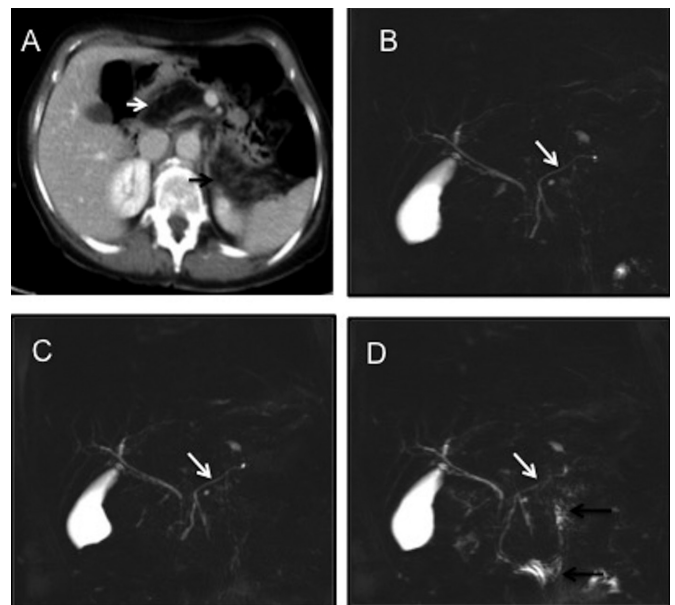


Fig. 1. A. Tomografía computarizada. Reconstrucción MIP axial: reemplazo grasa del parénquima pancreático (flecha blanca: cabeza-cuello pancreático, flecha negra: cola pancreática). B-D. Imágenes coronales de RM colangiopancreática. B. Imagen basal donde se visualiza el conducto pancreático normal (flecha blanca). C. Tras los 60 segundos de la administración de secretina, el conducto pancreático (flecha blanca) presenta su máxima dilatación. D. Imagen tardía (diez minutos) con disminución del calibre del conducto pancreático (flecha blanca) en relación a C y la escasa presencia de señal en asas de delgado debido a la pobre función exocrina (flechas negras).

Discusión

De entre las pruebas de imagen, la RM colangiopancreática con secretina es la técnica de elección ya que aporta información morfológica del parénquima y funcional del sistema ductal, evaluando su función exocrina de forma semicuantitativa (3-5).

Algunos diagnósticos diferenciales deben ser considerados con esta entidad, pudiendo confundirse en su forma focal con un lipoma o liposarcoma, y en los casos de enferme-

dad difusa, se debe diferenciar de la pancreatitis crónica, la fibrosis quística y la lipomatosis pancreática.

La posibilidad de un diagnóstico por imagen no invasivo de la PLP permite un manejo conservador de esta entidad.

*Sandra Baleato González, Cecilia Vieira Leite y Roberto García Figueiras
Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Santiago de Compostela.
Santiago de Compostela, A Coruña*

DOI: 10.17235/reed.2018.5367/2017

Bibliografía

1. Altinel D, Basturk O, Sarmiento JM, et al. Lipomatous pseudohypertrophy of the pancreas: A clinicopathologically distinct entity. *Pancreas* 2010;39:392-7. DOI: 10.1097/MPA.0b013e3181bd2923
2. Beresford OD, Owen TK. Lipomatous pseudohypertrophy of the pancreas. *J Clin Path* 1957;10:63-6. DOI: 10.1136/jcp.10.1.63
3. Sandrasegaran K, Lin C, Akisik FM, et al. State-of-the-art pancreatic MRI. *AJR* 2010;195:42-53. DOI: 10.2214/AJR.10.4421
4. Akisik MF, Sandrasegaran K, Aisen AA, et al. Dynamic secretin-enhanced MR cholangiopancreatography. *RadioGraphics* 2006;26:665-77. DOI: 10.1148/rg.263055077
5. Sanyal R, Stevens T, Novak E, et al. Secretin-enhanced MRCP: Review of technique and application with proposal for quantification of exocrine function. *AJR* 2012;198:124-32. DOI: 10.2214/AJR.10.5713