

## *Lipomatosis pancreática*

Dres. Federico Schneeberger, Tabaré Cardoso,  
Martín Harretche, Angélica Wozniak,  
Tomislav Kvasina.

Se presentan dos casos de lipomatosis pancreática, secundarios a pancreatitis crónica, uno de ellos intervenido quirúrgicamente, destacándose su extrema rareza, su etiopatogenia oscura, y las dificultades diagnósticas resaltándose la importancia de la tomografía axial computarizada y la laparotomía.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:  
*Lipomatosis / Pancreas.*

### **SUMMARY: Pancreatic lipomatosis.**

Description of two cases of pancreatic lipomatosis, secondary to chronic pancreatitis, one of them having been treated surgically. Pointed out its extremely rare occurrence, obscure etiopathogeny and difficulties for the diagnosis. Stressed the importance of computerized axial tomography.

### **RÉSUMÉ: Lipomatose pancreatique.**

On présente 2 cas de lipomatose pancréatique, secondaires à une pancréatite chronique. Un a été opéré chirurgicalement, en soulignant son extrême rareté, son etiopathogénie obscure et les difficultés diagnostiques. Ils remarquent l'importance de la tomographie axiale informatisée et de la laparotomie.

*Clinica Quirúrgica "2" (Director Prof. Dr. C. U. Larre Borges), Fac. de Medicina, Hospital Maciel, Montevideo.*

La lipomatosis pancreática constituye una entidad patológica de muy rara incidencia y de etiología oscura a la que se atribuye clásicamente poca trascendencia clínica.

El tratamiento de dos pacientes portadores de esta patología nos ha llevado a revisar el tema resaltando su relación con la pancreatitis crónica y la gravedad que puede asumir como ocurrió en uno de nuestros casos.

### **CASUÍSTICA**

En los años 1979-80 hemos tratado dos pacientes portadores de una lipomatosis pancreática provenientes de la Clínica Quirúrgica "2" donde actuamos y de un Sanatorio Mutual (CASMU).

CASO I: M.L. de M. N° Reg. 25.440 (H. Maciel) Mujer de 36 años que un mes antes consulta por dolor en flanco y fosa iliaca izquierda acompañado de náuseas y vómitos escasos. Ingresa con el diagnóstico de cólico nefrítico izquierdo mejorando parcialmente con tratamiento médico por lo que pasa a Policlínica. Se realiza Urografía de Excreción que resulta normal. Reingresa el 25/3/80 por acentuación del dolor presentando al examen abdominal tumoración de hipocondrio y flanco izquierdos, de 12 x 6 cm a eje mayo longitudinal, levemente dolorosa. No alteraciones del tránsito intestinal. Tránsito urinario y genital normal. No repercusión general ni cuadro tóxico-infeccioso. Antecedentes de dispepsia hepatovesicular desde 7 años atrás con cólicos hepáticos repetidos. No irradiación dolorosa a izquierda.

Centellograma hepatoesplénico y pool sanguíneo: moderada hepatoesplenomegalia; riñones normales. Ecotomografía: No mostró alteraciones en hipocondrio y flanco izquierdos. Colon

Presentado como Tema Libre ante el 31° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo. Noviembre de 1980.

Asistente, Profs. Adjuntos de Clínica Quirúrgica, Médico Radiólogo del M.S.P., Prof. Adjunto de Anatomía Patológica.

Dirección: Rambla Rep. de Méjico 5973. Montevideo (Dr. F. Schneeberger).

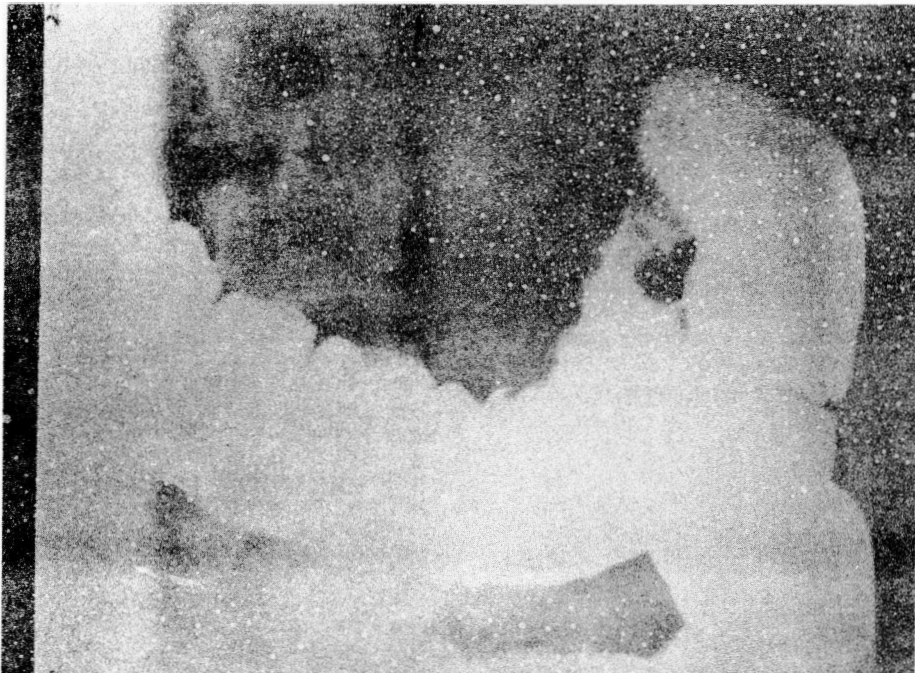
por enema, estenosis en rama transversa del ángulo esplénico del colon con aspecto de lesión orgánica intrínseca (Fig. 1). Tomografía axial computarizada: Proceso expansivo de densidad correspondiente a tejido sólido localizado en el hipocondrio izquierdo que está firmemente adherido al cuerpo del páncreas por detrás y que deforma y desplaza hacia adelante el cuerpo gástrico. En suma: Los caracteres son compatibles con un proceso inflamatorio o granulomatoso crónico aunque no se puede descartar en forma absoluta la patología tumoral (Fig. 2).

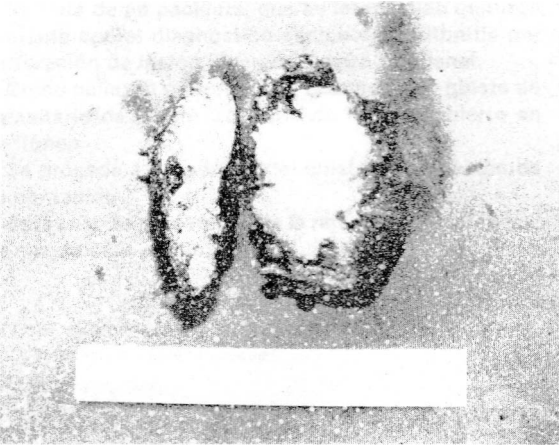
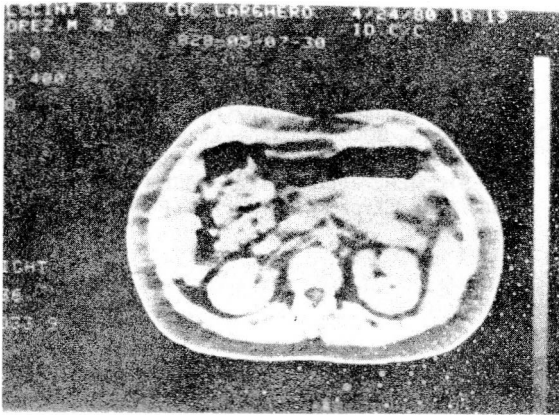
**Operación:** (29/4/80) Incisión transversa de hipocondrio izquierdo. Se encuentra tumbración de cuerpo de páncreas que infiltra la curva mayor gástrica, el colon transverso y un asa delgada. Adenopatías celiaco y mesentéricos cuyo estudio anatomopatológico extemporáneo descarta la colonización neoplásica. Procedimiento: Pancreatectomía corporocaudal, esplenectomía, gastrectomía en cuña, colectomía segmentaria y resección del asa delgada adherida, con restablecimiento del tránsito digestivo mediante anastomosis colónica y de delgado término-terminal. Drenaje de la logia esplénica y del lecho pancreático. Buena evolución postoperatoria salvo flemón parietal que se drena. Alta el 3/6/80 en buenas condiciones.

**Anat. Patol.** Macroscopía: Muestra una sustitución de la parte media del páncreas por una masa groseramente ovoidea de 8 cm de diámetro mayor, de superficie irregular, amarillenta, con focos rojizos, de aspecto adiposo, deprimida en su centro, que adhiere a la cara posterior del colon transverso en su sector izquierdo y a la cara posterior del estómago. Su consistencia es firme. La superficie de sección (Fig. 3) de esta masa no muestra caracteres de tejido pancreático normal: en su lugar se observa tejido lobulado, amarillo, opaco, con aspecto de grasa, surcado por bandas blanquecinas de aspecto fibroso con algunos focos rojizos. Microscopía: El foco lesional está integrado por tejido

adiposo adulto recortado por bandas de tejido fibroso conjunto con moderada infiltración linfoplasmocitaria y ausencia de acinos, estructuras ductales e islotes de Langerhans. No hay evidencia de litiasis. No existen caracteres de malignidad. El tejido adiposo lesional adhiere pero sin infiltrar la pared del colon vecino; asimismo no invade la pared gástrica. En suma: Pancreatitis crónica productiva fibroadiposa pseudotumoral.

**CASO II:** R.P.S. N° Reg. 268.508 (CASMU). Hombre de 36 años que ingresa el 21/5/79 por dolor en epigastrio de 4 días de evolución acompañado de náuseas y vómitos biliosos escasos. Tránsito intestinal y urinario: s/p. Examen: Obeso, bien hidratado, apirético, dolorido. Abdomen: Dolor a la palpación del epigastrio. Antecedentes de cuadros dolorosos cada 6 meses. Glucemia: 1,30 gr/L. Amilasemia: normal. Evolución: Mejora con tratamiento médico reiterando el cuadro 10 días después y a los 4 meses planteándose el diagnóstico de pancreatitis. Amilasemia de 328 UI en la última oportunidad. Se realiza tomografía axial computarizada que informa: El páncreas es de forma, tamaño y topografía normales. La densitometría pancreática de valores bajos ( $-10$  a  $-20$ ) con zonas de infiltración de tejido adiposo. Resto de la exploración abdominal s/p. Diagnóstico tomográfico: No hay evidencia de proceso expansivo retroperitoneal y/o pancreático. Infiltración grasa del páncreas sin evidencia de calcificación. Predicción histológica: Las características tomográficas son compatibles con la presencia de pancreatitis a forma de infiltración grasa.





## COMENTARIOS

La lipomatosis pancreática es muy rara. Bokus la considera dentro del capítulo de las neoplasias no epiteliales expresando que se trata más bien de curiosidades que de hechos de importancia clínica.<sup>(3)</sup> En la literatura universal se señalan casos aislados de esta patología<sup>(1, 2, 6, 9)</sup> no habiendo encontrado referencias nacionales de la misma. Su etiología es oscura.<sup>(2, 9)</sup> Se observa sobre todo en asociación con obesidad, diabetes o pancreatitis crónica fundamentalmente como secuela de obstrucción de conductos pancreáticos.<sup>(9)</sup> Pero puede observarse fuera de esos casos y ocasionalmente en pacientes emaciados. Para Boyd es simplemente una manifestación local de obesidad<sup>(4)</sup> mientras que Farma y Fumagalli consideran que la lipomatosis representa una forma evolutiva de la pancreatitis crónica intersticial, forma inusual de pancreatitis crónica.<sup>(6)</sup>

Nuestros casos están vinculados a una pancreatitis crónica. El caso I con confirmación anatomopatológica; el II presentó amilasemia elevada y una tomografía que afirma el diagnóstico.

La lipomatosis aparece sobre todo en niños pudiendo observarse también en adultos.<sup>(9)</sup> Esto evidentemente varía con el proceso etiológico subyacente. Nuestros casos correspondieron a adultos jóvenes, ambos de 36 años de edad.

En la literatura se distingue la lipomatosis como infiltración grasa del páncreas de grado variable, y la lipomatosis pseudohipertrófica, con aumento asociado del páncreas.<sup>(9)</sup> no habiendo encontrado referencia de un crecimiento pseudotumoral similar al de nuestra observación N° 1. Esta infiltración grasa se describe asociada a una esclerosis de grado variable y a una atrofia pancreática diversa con disminución de los islotes acinosos y de Langerhans.<sup>(7, 10)</sup>

Esto condiciona la clínica ya que puede existir un síndrome deficitario pancreático exócrino con esteatorrea, adelgazamiento; y endócrino, caracterizado por una diabetes.

En nuestros dos casos el dolor fue el elemento clínico primario y fundamental asociándose el tumor como signo relevante en el caso I, no existiendo otros elementos clínicos orientadores. En la observación I, que presentó una tumoración palpable y una estenosis en el colon por enema, se pensó en la posibilidad clínica de una lesión intrínseca de colon a pesar del volumen de la tumoración y la ausencia de alteraciones del tránsito intestinal. El diagnóstico anatómico se obtuvo recién por la tomografía computada si bien fue la laparotomía exploratoria y finalmente el estudio anatomopatológico el que estableció la naturaleza lipomatosa de la lesión pancreática.

En el segundo caso, también la tomografía computada efectuó el diagnóstico aunque al no intervenir el paciente no contamos con confirmación anatomopatológica.

El tratamiento es habitualmente médico, dirigido como siempre a la causa, muchas veces oscura, y a los trastornos secundarios. Se busca así tratar la obesidad, la diabetes, el síndrome deficitario pancreático asociando el tratamiento sintomático correspondiente. En el primer caso el tratamiento fue necesariamente quirúrgico dado el crecimiento pseudotumoral aludido requiriendo una amplia resección polivisceral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARTHOLEMW L.G., BAGGENSTOSS A.H., MORLOCK C.G., COMFORT M.W. — Primary atrophy and lipomatosis of the pancreas. *Gastroenterology* 36: 563, 1959.

2. BERESFORD D.D., OWEN T.K. — Lipomatous pseudohypertrophy of the pancreas. *J. Clin. Pathol.* 10: 63, 1957.
3. BOCKUS H.L. — Tumores del pancreas. En: *Gastroenterología*. Barcelona. Salvat, 1968. V.3.
4. BOYD W.A. — *Text-book of Pathology: An introduction to Medicine*, 3rd ed. Lea & Febiger, 1968, p. 618.
5. BROcq P., MIGINIAC P. — Les pancreatites chroniques. En: *Chirurgie du Pancreas*. Paris. Masson, 1934.
6. FARINA C., FUMAGALLI Z. — La lipomatosi pancreatica. *Arch. Patol. Clin. Med.*, 21: 228, 1940-41.
7. HAFTER E. — Pancreatitis crónicas. En: *Gastroenterología Práctica*. Barcelona. Toray, 1975.
8. OPIE E.L. — Citado por Robson H.N. y Scott G.B.D. (9).
9. ROBSON H.N., SCOTT G.B.D. — Lipomatous pseudohypertrophy of the pancreas. *Gastroenterology* 23: 74, 1953.
10. SARLES H., MERCADIER M. — Pancreatites chroniques de l'adulte. Paris. L'Expansion Scientifique Française, 1960.