

LIPOMATOSIS PANCREÁTICA DIFUSA

Hospital Provincial del
Centenario

Autores:

JEANDREVIN, Diego Alberto;
RUSSO, Iván Maximiliano;
FATTAL JAEF, Virginia;
SASIA, Gervasio Flavio;
RAMOS, Mariano Andrés;
Jozami, Lorena





Presentación clínica

Paciente masculino de 46 años consulta por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por dolor abdominal, presentando además diarrea crónica con esteatorrea. Refiere discreta pérdida de peso.

Como antecedente refiere infecciones recurrentes, con cirugía por plastrón secundario a perforación colónica por fiebre tifoidea con resección intestinal.

Presenta antecedente de marcada disminución de IgG, IgA e IgM y linfopenia absoluta, con diagnóstico de una inmunodeficiencia primaria humoral, de origen genético, compatible con una inmunodeficiencia común variable.

	11/11/03	17/03/05	13/09/06	08/08/08	V.N.
IgG	400	290	270	390	(1150+/- 305)
IgA	19	57	18	17	(200+/- 61)
IgM	50	83	35	20	(99 +/- 27)

Fig 1.

El laboratorio del paciente evidencia una marcada disminución de IgG, IgA e IgM y linfopenia absoluta, con diagnóstico de una inmunodeficiencia primaria humoral, de origen genético, compatible con una inmunodeficiencia común variable.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

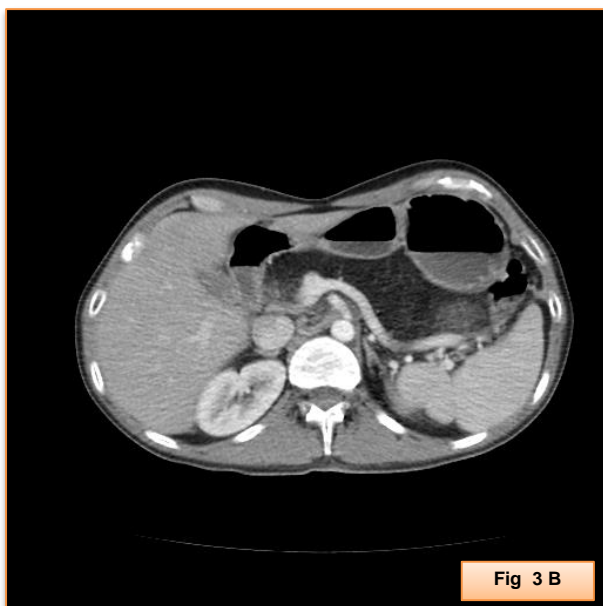
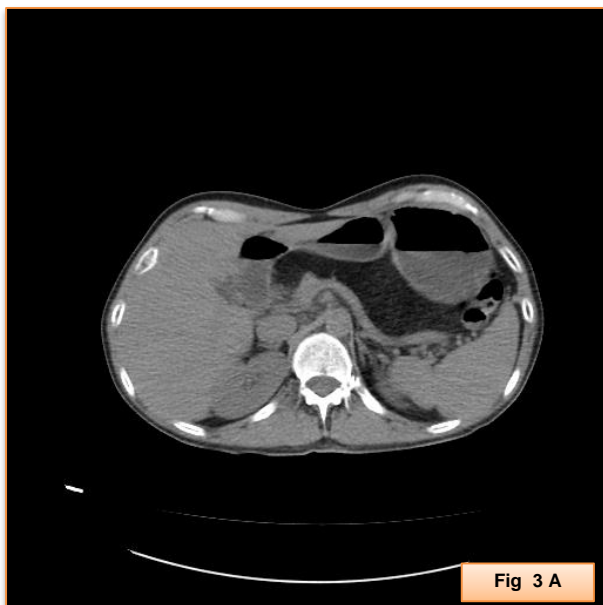
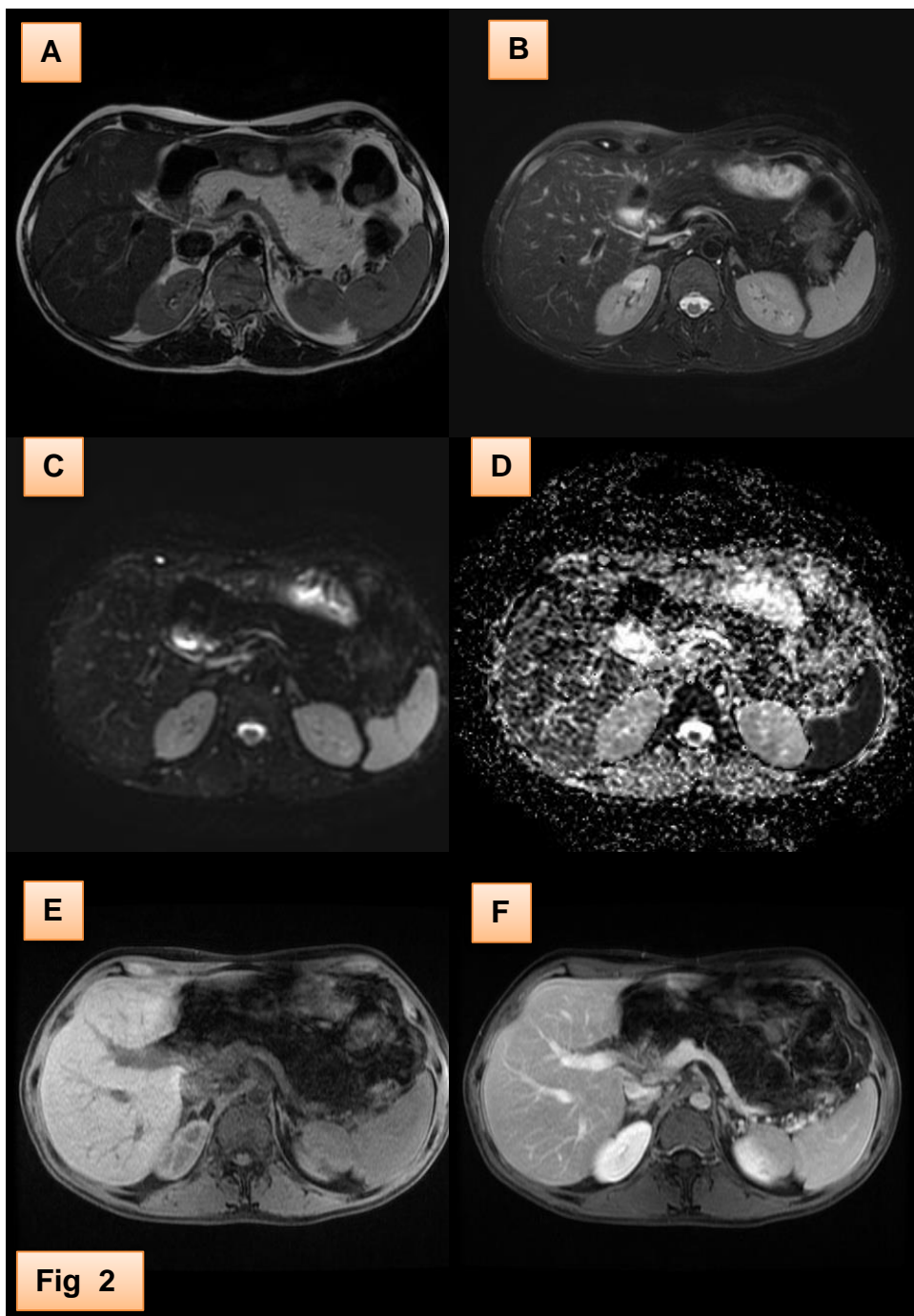


Fig. 3 A y B. En la tomografía de abdomen se evidencia una hipodensidad difusa del páncreas, con reemplazo graso total de su parénquima compatible con lipomatosis pancreática. Tras la administración de contraste no se evidenciaron refuerzos patológicos.

**Fig 2**

RMI 1.5 T: Fig 2.- A. Imagen Axial T2 evidencia a la glándula pancreática reemplazada en forma completa por tejido graso siendo hiperintenso. B. Imagen Axial T2 con Saturación Grasa presenta caída de la intensidad de señal en forma difusa de la glándula dado por el reemplazo graso. C y D. Imagen Difusión B1000 con su mapa de ADC correlativo, donde no se observan áreas de restricción en la glándula pancreática. E y F. Secuencia LAVA pre y post administración de contraste e.v. donde no se observa refuerzo del parénquima pancreático con gadolinio e.v.

Discusión

La lipomatosis pancreática total es una entidad inusual, de significancia patológica y origen incierto. Hace referencia a un reemplazo completo del parénquima pancreática por células grasas. Puede variar desde una infiltración grasa moderada hasta un reemplazo masivo del páncreas por tejido adiposo, dando como resultado desde síndrome de malabsorción hasta insuficiencia pancreática. Presentamos un caso de un paciente de 46 años, con dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio, de tipo cólico, que aumenta de intensidad en las últimas semanas, con esteatorrea. La tomografía dió como diagnóstico lipomatosis pancreática, el cual fue confirmado por RMI. El paciente mejoró luego de enzimas de reemplazo pancreático y aumentó de peso. Este reporte de caso se focaliza en la fisiopatología, diagnóstico y lineamiento para el tratamiento de la lipomatosis pancreática.

Conclusión

El reemplazo graso en el páncreas es un hallazgo poco frecuente, que puede darse en forma parcial o total. La presentación clínica de la lipomatosis pancreática total es usualmente insidiosa, dado la variabilidad de signos y síntomas con la que se presenta, y debe ser considerada como un diagnóstico diferencial en pacientes con malabsorción. La tomografía y la Resonancia incluyendo secuencias colangiográficas, son métodos de imágenes fáciles, confiable, seguros y efectivos para establecer el diagnóstico. La combinación de pequeñas modificaciones en la dieta con suplementación enzimática es el Gold Standard para su tratamiento.

Bibliografía

- A case report on total pancreatic lipomatosis: An unusual entity. Ravinder Kumar – IJHS.
- Alexander LF. Congenital pancreatic anomalies, variants and conditions. Radiol Clin N Am. 2012;50:487-498.
- Sodhi KS. Complete Pancreatic Lipomatosis. Indian J Gastroenterol 2010;29(2):62-65.
- Uneven Fatty Replacement of the Pancreas: Evaluation with CT - Shunro Matsumoto, MD Radiology 1995; 194:453-458