



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA CIENTÍFICA

Linfangioma de páncreas diagnosticado mediante biopsia con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico: Reporte de caso



Lymphangioma of the pancreas diagnosed through endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy: A case report

Los linfangiomas son malformaciones del sistema linfático secundarias a la falla de los canales linfáticos para comunicarse con vasos linfáticos de mayor tamaño, ocasionando formación de quistes llenos de linfa. Los macroquistes (quistes mayores de 2 cm) son conocidos también como higromas, y suelen afectar predominantemente a la población pediátrica (80-90%), siendo poco frecuentes en adultos¹. El 95% de los casos suelen localizarse en el cuello y en la región axilar, y el 5% restante a nivel de mediastino y abdomen². Los linfangiomas pancreáticos son extremadamente raros, constituyendo menos del 1% de los linfangiomas abdominales y menos del 0.2% de las neoplasias pancreáticas³.

Presentamos el caso de una mujer de 32 años, con diagnóstico de dextrocardia y antecedente de resección de una lesión torácica no especificada en la infancia. Por presencia de malestar abdominal y dolor en epigastrio, se realizó una tomografía de tórax y abdomen con contraste intravenoso en la que se observó incremento difuso de la grasa mediastinal, imagen de comportamiento quístico en cuerpo y cola de páncreas, de 53 × 33 mm, que no infiltra estructuras anatómicas adyacentes y vasculares, sin reforzamiento con el medio de contraste y bazo con parénquima heterogéneo por presencia de múltiples imágenes ovoideas hipodensas (fig. 1a). Se solicitaron exámenes de laboratorio que reportaron los siguientes resultados: hemoglobina 11.7 g/dl, leucocitos 5320 cel/mm³, plaquetas 192,000/mm³, INR 1.16, glucosa 82 mg/dl, creatinina sérica 0.64 mg/dl, bilirrubina total 0.82 mg/dl, ALT 14 UI/l, AST 22 UI/l, GGT 17 UI/l, FA 40 UI/l y HbA1c 5.0%.

Por lo anterior, se realizó ultrasonido endoscópico (USE) para evaluar la lesión quística del cuerpo y cola del páncreas, así como las lesiones en el bazo, visualizando: bazo con múltiples lesiones anecoicas, multiloculadas, con septos delgados (1-2 mm), con aumento considerable de su tamaño, no vascularizadas, con diámetros de 20-30 mm, sin rigidez a la elastografía cualitativa (fig. 1b). Adyacente al bazo, a nivel de la cola de páncreas se observó una lesión de aspecto quístico, multiloculada, con septos de hasta 2 mm, de bordes regulares, con un tamaño de 54 × 40 mm, sin rigidez a

la elastografía cualitativa, que no ocasiona dilatación del conducto pancreático ni involucro de estructuras vasculares (fig. 1c). Se procedió a tomar biopsias de las paredes de los quistes de la cola del páncreas con aguja fina Acquire™ (FNB) 25G por acceso transgástrico (3 pases con técnica de abanico y succión seca) y se dio por concluido el procedimiento sin complicaciones inmediatas. No fue posible enviar líquido para el análisis citológico y citológico de las lesiones quísticas por el espesor del líquido y el diámetro de la aguja utilizada (25G). El reporte histopatológico de las biopsias fue compatible con linfangioma (fig. 2a y b). La paciente fue evaluada por el servicio de cirugía oncológica, quienes decidieron vigilancia una vez que se descartó malignidad en la lesión pancreática.

Los linfangiomas de páncreas son lesiones quísticas poco frecuentes, con alrededor de 100 casos reportados en la literatura⁴. Se ha descrito una mayor prevalencia en el sexo femenino; la localización más frecuente suele ser a nivel de la cola de páncreas, seguido de la cabeza de páncreas. El componente suele ser multiquístico, características que tenía el presente caso⁵. Los síntomas más frecuentes suelen ser dolor abdominal y palpación del tumor². El diagnóstico de este tipo de lesiones pancreáticas no suele ser sencillo, ya que no existen características patognomónicas observables por estudios de imagen o biomarcadores que permitan su identificación sin histología. Tanto por tomografía computada o resonancia magnética, el hallazgo más frecuente es el de una lesión multiloculada en el 74% de los casos y uniloculada en el 19%⁵. El diagnóstico diferencial del linfangioma del páncreas es principalmente con otras lesiones quísticas, siendo los principales: cistoadenomas serosos y mucinosos, pseudoquistes pancreáticos, quistes congénitos y carcinomas ductales quísticos⁶. El USE con o sin adquisición de tejido es una herramienta de utilidad en el diagnóstico de las diferentes lesiones pancreáticas. En lo referente al diagnóstico de linfangiomas pancreáticos por USE, solamente se han reportado 10 casos en la literatura, 9 mediante aspiración con aguja fina (AAF) y uno con biopsia con microfórceps^{5,7-9}. Las características bioquímicas e histológicas observadas suelen ser líquido de aspecto blanquecino y viscoso, con niveles de triglicéridos elevados y abundantes linfocitos y macrófagos^{8,9}. Para nuestro conocimiento, este es el primer reporte de un linfangioma de páncreas diagnosticado con biopsia con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico (BAF-USE). Cabe destacar que el paciente no presentó ningún evento adverso, lo que sugiere que la BAF-USE puede ser un método diagnóstico seguro en este tipo de lesiones. Por el comportamiento usualmente benigno de los linfangiomas pancreáticos, la resección quirúrgica es innecesaria si

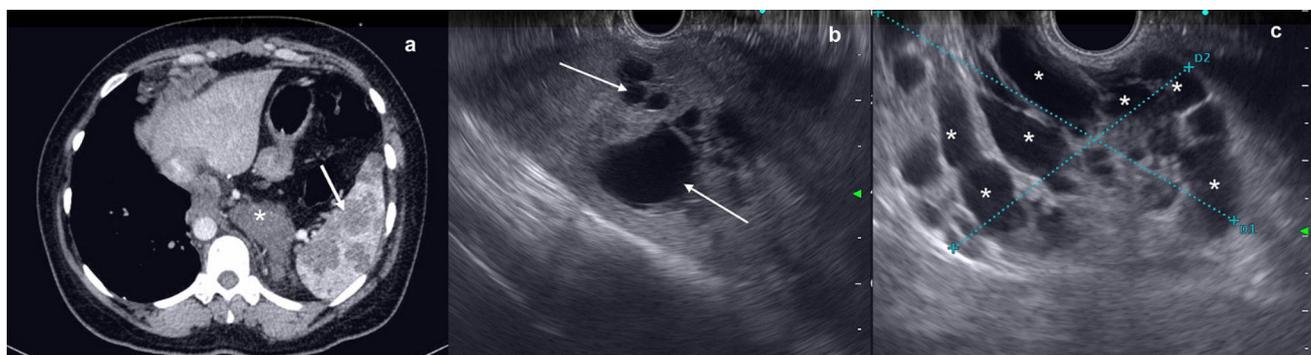


Figura 1 a) Múltiples lesiones redondas en bazo (flecha), así como una lesión a nivel de cuerpo y cola de páncreas (asterisco), todas de aspecto quístico, en la TC abdominal. b) El USE muestra lesiones redondas anecoicas en el bazo (flechas), compatibles con quistes. c) Lesiones quísticas en cola y cuerpo de páncreas observadas mediante USE (asteriscos).

Fuente: Las figuras son originales de autoría propia.

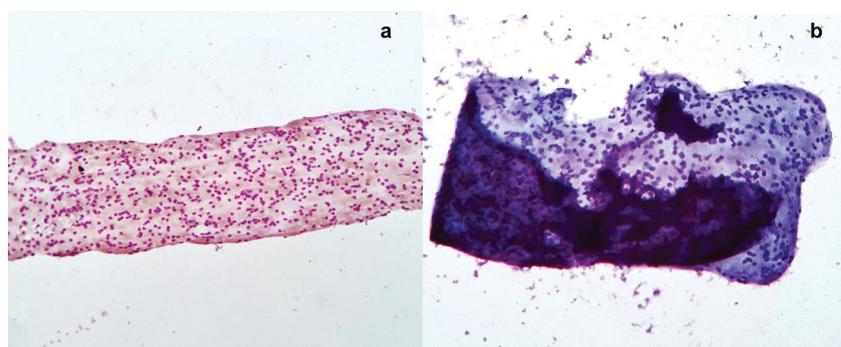


Figura 2 Linfocitos inmersos en material proteináceo denso, hallazgo compatible con linfangioma. a) Tinción de Papanicolaou, bloque celular, 400×. b) Tinción de Hemacolor, bloque celular, 400×.

Fuente: Las figuras son originales de autoría propia.

es posible obtener un diagnóstico definitivo y no hay síntomas significativos atribuidos al linfangioma. En estos casos, los pacientes pueden monitorearse de forma estrecha con estudios de imagen.

Consideraciones éticas

Los autores dejan constancia de que se le solicitó al paciente el consentimiento informado para recibir el procedimiento descrito. No fue necesaria la autorización de un comité de bioética al tratarse del reporte de un caso. El artículo no contiene información personal que permita identificar al paciente, esto con la intención de mantener su anonimato.

Financiación

No se recibió financiación de ningún tipo.

Contribuciones de los autores

Los autores contribuyeron de forma equitativa en la realización del presente trabajo. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Gupta S, Phatak S, Onkar P, et al. A case of lymphangioma of the calf region: imaging spectrum with histopathological correlation. *Cureus*. 2023;15:e48818, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.48818>.
2. Chen D, Feng X, Lv Z, et al. Cystic lymphangioma of pancreas: A rare case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97:e11238, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000011238>.
3. Tasis N, Mpalampou E, Sarafi A, et al. Large cystic lymphangioma of the pancreas: unusual finding with differential diagnosis and therapeutic considerations. *J Surg Case Rep*. 2023:rjad676, <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjad676>.
4. Ray R, Baruah TD, Mahobia HS, et al. Pancreatic lymphangioma: an unusual cause of abdominal lump. *Cureus*. 2021;13:e19452, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.19452>.
5. Viscosi F, Fleres F, Mazzeo C, et al. Cystic lymphangioma of the pancreas: a hard diagnostic challenge between pancreatic cystic lesions-review of recent literature. *Gland Surg*. 2018;7:487-92, <http://dx.doi.org/10.21037/gs.2018.04.02>.

6. Santes O, Chan C. Cystic lymphangioma of the pancreas: a rare entity. *J Gastrointest Surg.* 2016;20:2100–1, <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-016-3191-2>.

7. Trindade AJ, Zimmerman HM, Rishi A. An unusual aspirate and microbiopsy of a pancreas cyst diagnostic for pancreatic lymphangioma. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16:e118, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2017.10.030>.

8. Applebaum B, Cunningham JT. Two cases of cystic lymphangioma of the pancreas: a rare finding in endoscopic ultrasonography. *Endoscopy.* 2006;38:E24–5, <http://dx.doi.org/10.1055/s-2006-944645>.

9. Dries AM, McDermott J. Diagnosis of cystic lymphangioma of the pancreas with endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration. *Am J Gastroenterol.* 2008;103:1049–50, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01772.13.x>.

J.M. Jiménez-Gutiérrez^{a,*}, J.O. Alonso-Lárraga^a, L.F. Villegas-González^b y A.Y. Ortega-Caballero^{a,c}

^a Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México

^b Servicio de Patología Quirúrgica, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México

^c Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Servicio de Endoscopia. Instituto Nacional de Cancerología. Av. San Fernando 22, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, CP 14080, Ciudad de México, México. +52 5534560265.

Correo electrónico: miguel.jimenezg@comunidad.unam.mx (J.M. Jiménez-Gutiérrez).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.05.003>

0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Ascitis quilosa secundaria a pseudoquistes pancreáticos: reporte de un caso



Chylous ascites secondary to pancreatic pseudocyst: A case report

La acumulación intraperitoneal anormal de linfa por extravasación en la cavidad abdominal se define como «ascitis quilosa (AQ) o quíloperitoneo»¹ y se produce tras la disrupción u obstrucción de la circulación linfática torácica o abdominal. Se considera una entidad rara, con una incidencia aproximada de un caso por 20.000 pacientes y está relacionada con patologías malignas (linfomas), congénitas e inflamatorias (pancreatitis aguda).

Presentamos el caso de un paciente varón de 61 años quien hace un año cursó con pancreatitis aguda severa complicada con pseudoquiste pancreático. Acudió con 4 meses de enfermedad caracterizada por náuseas y vómitos alimentarios de 5-6 veces por día, aumento del perímetro abdominal y pérdida de 12 kg. Negaba disnea, ortopnea y cirugías previas. Al examen físico se hallaba en mal estado general, consuntivo (peso: 50 kg, talla: 1.65 m, IMC: 18.3), deshidratado, con palidez leve, abdomen globuloso, no doloroso, con signo de la oleada positivo, sin estigmas hepáticos.

En los exámenes de laboratorio se observó anemia leve, hipoalbuminemia, electrolitos y perfil hepático sin alteraciones. Además, se hizo dosaje de elastasa fecal la cual se encontraba disminuida (130 µg/g) por lo que se inició tratamiento con enzimas pancreáticas e inhibidor de bomba de protones en el contexto de un paciente con insuficiencia pancreática exocrina.

En la paracentesis se evidenció líquido de aspecto blanquecino, lechoso (fig. 1), con estudio (tabla 1), que mostró el gradiente de albúmina sérica-ascitis hipertensivo con proteínas altas y triglicéridos más de 200 mg/dL, confirmando el diagnóstico de ascitis quilosa. No se llegó a realizar elas-

tografía debido a la presencia de ascitis. El ecocardiograma no mostró alteraciones.

En la resonancia magnética de abdomen se observó una colección dependiente del cuerpo y cola del páncreas de 95 × 110 × 95 mm (volumen: 496 mL) y abundante líquido libre. El hígado y el sistema venoso portal de aspecto normal y no se evidenciaron adenomegalias (fig. 2).

Se inició nutrición parenteral con régimen especial y enteral por sonda, baja en grasas y se emplearon suplementos con triglicéridos de cadena media. Se administró octreó-



Figura 1 Líquido ascítico de aspecto lechoso.

Tabla 1 Estudio del líquido ascítico

Líquido ascítico	Valor	Líquido ascítico	Valor
Leucocitos	300	GASA	1.2
PMN	5%	Amilasa	252
Hematíes	200	Triglicéridos	900
Glucosa	111	Cultivo	Negativo
DHL	130	ADA	7.7
Proteínas	3.4	Citológico	Negativo
Albúmina	1.4	Block cell	Negativo

ADA: adenosina desaminasa; DHL: deshidrogenasa láctica; GASA: gradiente de albúmina sérica-ascitis; PMN: leucocitos polimorfonucleares.