

Bazo accesorio intrapancreático grande que simula un tumor hipervasculares en la cola del páncreas

Large Intrapancreatic Accessory Spleen Mimicking a Hypervascular Tumor of the Pancreatic Tail

Carlos Alfredo Iñiguez-Guzmán^{1,a}, Joel Sebastian Vintimilla-Contreras^{2,3,b}

¹ Scanner Cuenca Corp. Cuenca, Ecuador.

² Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

³ Comité de Investigación de Internos de Medicina del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador.

^a Médico, Especialista en Imagenología.

^b Interno Rotativo de Medicina.

Información del artículo

Citar como: Iñiguez-Guzmán CA, Vintimilla-Contreras JS. Bazo accesorio intrapancreático grande que simula un tumor hipervasculares en la cola del páncreas. Health Care & Global Health.2026;10(2):158-162.

DOI: 10.22258/hgh.v10i2.440

Autor de Correspondencia

Joel Sebastian Vintimilla Contreras.
Dirección: Av. de las Américas y Humboldt.
Cuenca, Ecuador.
Email: joels200210@gmail.com
Teléfono: +593 993 272 133

Historial del artículo

Recibido: 18 de mayo de 2026
Primera decisión editorial: 24 de mayo de 2026
Versión revisada recibida: 30 de mayo de 2026
Aceptado: 5 de junio de 2026
Publicado en línea: 15 de junio de 2026

Proceso de revisión

Tipo de revisión: revisión editorial
Número de revisores externos: no aplica
Rondas de revisión: 1

Resumen

El bazo accesorio intrapancreático (BAIP) constituye un reto diagnóstico dado su capacidad para simular neoplasias hipervasculares en la cola del páncreas, fundamentalmente como los tumores neuroendocrinos. Su identificación precisa es determinante para evitar intervenciones quirúrgicas mayores innecesarias, como la pancreatocetomía distal, ante un hallazgo incidental benigno. Se presenta el caso de un paciente varón de 66 años de edad con dolor abdominal inespecífico y astenia, en quien el estudio ecográfico inicial reveló una masa sólida de 6 cm en la cola pancreática. La caracterización mediante tomografía computarizada multifásica permitió identificar una lesión exofítica bien delimitada, con un comportamiento hemodinámico idéntico al parénquima esplénico en todas las fases del estudio. Resultó clave el hallazgo de un realce heterogéneo de aspecto "aserrado" en la fase arterial, seguido de una homogenización isodensa en las fases venosa y de equilibrio, manteniendo una correlación estricta de las unidades Hounsfield respecto al bazo. La visualización de un vaso nutricio derivado de la arteria esplénica determinó el diagnóstico de BAIP, descartando la sospecha inicial de un tumor neuroendocrino. El reconocimiento de estos patrones de realce y la estabilidad de las densidades son los ejes para un diagnóstico no invasivo, garantizando un manejo conservador y optimizando la gestión de recursos quirúrgicos ante variantes anatómicas que no requieren resección.

Palabras clave: Esplenosis; Neoplasias Pancreáticas; Páncreas; Tomografía Computarizada Multidetector (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

The intrapancreatic accessory spleen (IPAS) constitutes a major diagnostic challenge due to its ability to mimic hypervascular neoplasms in the pancreatic tail, primarily neuroendocrine tumors. Accurate identification is crucial to avoid major surgical interventions, such as distal pancreatectomy, for an incidental benign finding. We report the case of a 66-year-old male with non-specific abdominal pain and asthenia, in whom initial ultrasonography revealed a 6 cm solid mass in the pancreatic tail. Characterization through multiphase computed tomography (CT) identified a well-defined exophytic lesion with hemodynamic behavior identical to the splenic parenchyma across all study phases. Key findings included heterogeneous "zebra-like" enhancement during the arterial phase, followed by isodense homogenization in the venous and equilibrium phases, maintaining strict Hounsfield unit correlation relative to the spleen. Visualization of a feeding vessel derived from the splenic artery determined the diagnosis of IPAS, ruling out the initial suspicion of a neuroendocrine tumor. Recognition of these enhancement patterns and density stability are the cornerstones for non-invasive diagnosis, ensuring conservative management and optimizing surgical resource allocation for anatomical variants that do not require resection.

Keywords: Splenosis; Pancreatic Neoplasms; Pancreas; Multidetector Computed Tomography (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La identificación de masas sólidas en la cola del páncreas representa un desafío clínico-radiológico significativo debido a la estrecha proximidad anatómica y complejidad del desarrollo embriológico en esta región [1]. Esta zona es asiento frecuente de lesiones que presentan una superposición morfológica sustancial, lo que dificulta la distinción inmediata entre procesos benignos y malignos. En este contexto, la tomografía computarizada multidetector (TCMD) con protocolo multifásico es la herramienta diagnóstica de elección para caracterizar la vascularización y el patrón de realce, elementos determinantes en el diagnóstico diferencial [2][3].

El bazo accesorio intrapancreático (BAIP) es el resultado de la migración incompleta de las células del mesénquima dorsal durante la quinta semana de gestación, llegando a localizarse en el parénquima pancreático hasta en un 10% de la población, según series necrópsicas [4][5]. Aunque se trata de una entidad histológicamente normal y usualmente asintomática, su detección incidental ha incrementado exponencialmente gracias al perfeccionamiento tecnológico de la TCMD [6]. La literatura actual subraya que el diagnóstico de certeza no invasivo depende de la demostración de una cinética de contraste idéntica entre la lesión y el bazo ortotópico a lo largo de todas las fases del estudio dinámico [2][7].

Desde una perspectiva diagnóstica, es imperativo diferenciar el BAIP de otras lesiones hipervasculares como los tumores neuroendocrinos pancreáticos, las metástasis (principalmente de carcinoma de células renales) y los adenomas microquísticos [8]. Mientras que las neoplasias suelen presentar un lavado o una densidad divergente al parénquima esplénico en fases tardías, el tejido esplénico ectópico mantiene una isodensidad constante con el bazo original [9]. Esta distinción es crítica, pues el desconocimiento de este comportamiento hemodinámico conduce a menudo a biopsias percutáneas con alto riesgo de sangrado o a resecciones quirúrgicas innecesarias [10].

El signo de "realce en cebra" o patrón "aserrado" durante la fase arterial temprana, reflejo de la microcirculación esplénica, es el marcador más confiable para confirmar la presencia de tejido esplénico y diferenciarlo de una neoplasia sólida [2]. El objetivo de este trabajo es reportar un caso de BAIP de dimensiones considerables, subrayando los parámetros técnicos de atenuación y vascularización que permiten evitar la morbilidad asociada a una pancreatectomía distal injustificada.

Presentación del caso

Paciente masculino de 66 años, quien presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal sordo en el epigastrio, con irradiación hacia el hipocondrio izquierdo. El paciente refiere una duración aproximada de seis meses de evolución, asociándose episodios de hiporexia y astenia moderada, sin cambios en el hábito evacuatorio ni pérdida ponderal significativa. Dentro de

su historial médico, no se consignaron antecedentes de traumatismos abdominales previos, esplenectomía ni patologías oncológicas conocidas.

Al examen físico, el abdomen se encontraba blando, depresible y con una ligera sensibilidad a la palpación profunda en el cuadrante superior izquierdo, sin masas palpables ni visceromegalias evidentes. Los estudios complementarios de laboratorio, incluyendo biometría hemática, perfil hepático y marcadores tumorales (CEA y Ca 19-9), se mantuvieron dentro de los rangos de la normalidad.

Como parte del protocolo diagnóstico, se realizó una ecografía abdominal que reveló, en la topografía de la cola pancreática, una masa sólida, exofítica y de contornos netos bien definidos, marcadamente hipoecogénica en comparación con el parénquima circundante, identificándose además una vena esplénica congestiva y ectásica en su vertiente inferior, sugerente de compromiso vascular local (Figura 1). Al complementar la evaluación con mapeo Doppler color, la lesión exhibió una atenuación de flujo vascular discreta y restrictiva, con señales sutiles distribuidas tanto en la periferia como en las regiones centrales de la masa (Figura 2).

Debido al volumen de la lesión de aproximadamente 6 cm de diámetro y el riesgo latente de un proceso neoplásico primario hipervascular, se profundizó el abordaje mediante tomografía computarizada multidetector con protocolo dinámico multifásico. La medición de las densidades demostró un comportamiento isodenso y paralelo entre la masa pancreática y el bazo ortotópico en todas las etapas del contraste; la lesión registró una atenuación basal de 43 UH en la fase simple, seguida de un realce marcadamente heterogéneo y de morfología reticulada

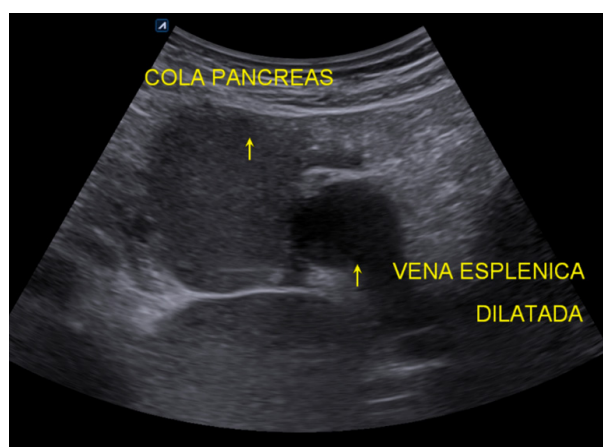


Figura 1. Ecografía de la cola del páncreas. En la topografía de la cola pancreática se observa una masa sólida, exofítica y de contornos netos, marcadamente hipoecogénica (flecha superior). En la porción inferior, se identifica la vena esplénica dilatada (flecha inferior), compatible con signos de congestión portal.

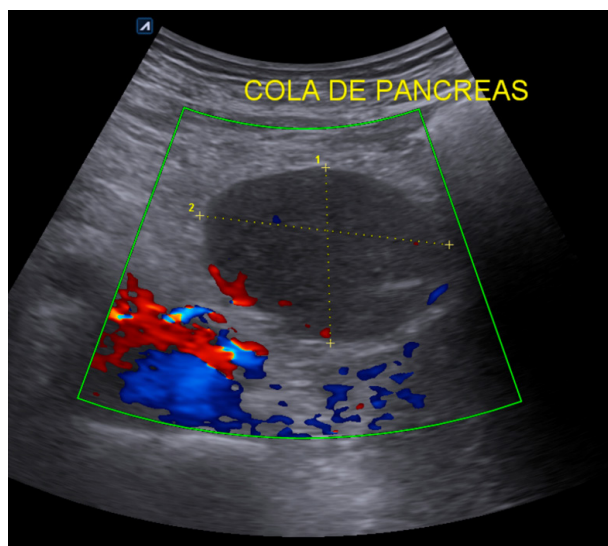


Figura 2. Ecografía Doppler color de cola del páncreas. Se identifica una masa en la topografía de la cola pancreática que presenta una captación leve al flujo Doppler en la periferia y también a nivel central.

“en cebra” que alcanzó las 73 UH en la fase arterial tardía, para finalmente homogeneizarse por completo durante la fase venosa, equiparándose estrechamente a los valores del tejido esplénico original (**Figura 3**). El diagnóstico de certeza definitivo se consolidó mediante la reconstrucción multiplanar sagital en Proyección de Máxima Intensidad (MIP), la cual demostró el trayecto de un vaso aferente de gran calibre y curso tortuoso derivado directamente de la arteria esplénica que funcionaba como la arteria nutricia de este bazo accesorio intrapancreático (**Figura 4**).

Discusión

El bazo accesorio intrapancreático es una entidad congénita benigna cuya relevancia radica casi exclusivamente en su capacidad para simular neoplasias sólidas hipervasculares en la región distal del páncreas. Aunque las series necrópsicas históricas reportan una prevalencia que oscila entre el 10% y el 11% de la población general, la localización intrapancreática es infrecuente, presentando apenas una fracción de estos hallazgos ^{[11][12]}. Por lo general, la gran mayoría de estos casos permanecían subdiagnosticados debido a su naturaleza asintomática; sin embargo, en la práctica clínica, la detección incidental de estas masas ha experimentado un incremento exponencial derivado del perfeccionamiento y uso sistémico de la tomografía computarizada multidetector de alta resolución ^[13].

En el presente caso, la masa identificada en la cola pancreática alcanzó un diámetro de 6 cm, una dimensión que excede ostensiblemente el promedio reportado en la literatura para bazos accesorios dentro de un órgano, los cuales habitualmente se consolidan con tamaños inferiores a los 2 cm ^{[2][13]}. Esta magnitud inusual incrementó sustancialmente el índice de sospecha hacia un tumor neuroendocrino pancreático no funcionante o un tumor sólido pseudopapilar. No obstante, la clave para el diagnóstico de certeza no invasivo no radicó en la morfología de la lesión, sino en el análisis riguroso de su cinética de contraste multifásica ^[14]. El signo del “realce en cebra” o patrón “aserrado”, documentado con precisión durante la fase arterial tardía a los 35 segundos (73 UH), constituye un reflejo hemodinámico directo de la microcirculación esplénica a través de los cordones

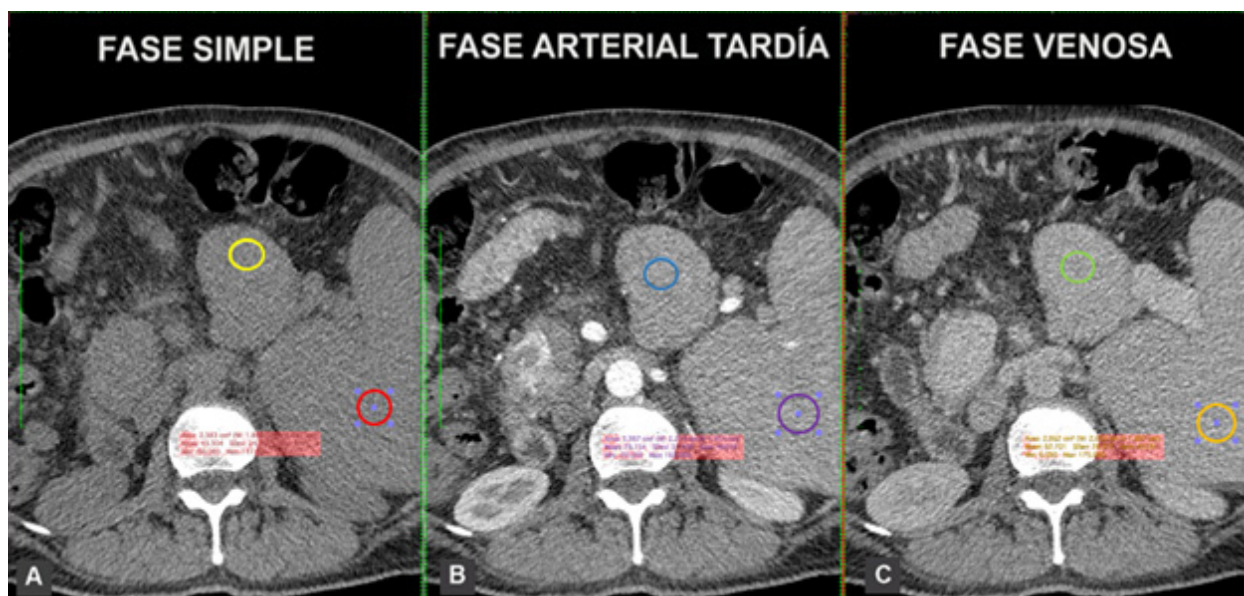


Figura 3. Tomografía computarizada (TC) multifásica en plano axial. Comparación de la cinética de contraste entre la masa pancreática y el bazo. (A). Fase simple: la lesión en la cola del páncreas (círculo amarillo) se muestra isodensa respecto al bazo (círculo rojo), registrando una atenuación de 43 Unidades Hounsfield (UH). (B). Fase arterial tardía: se evidencia un realce heterogéneo de aspecto aserrado en la lesión (círculo azul; 73 UH), replicando de manera exacta el comportamiento del bazo (círculo morado; 73 UH). (C). Fase venosa: se documenta una homogeneización completa, manteniendo una isodensidad estricta entre la masa pancreática (círculo verde; 84 UH) y el bazo (círculo naranja; 81 UH).

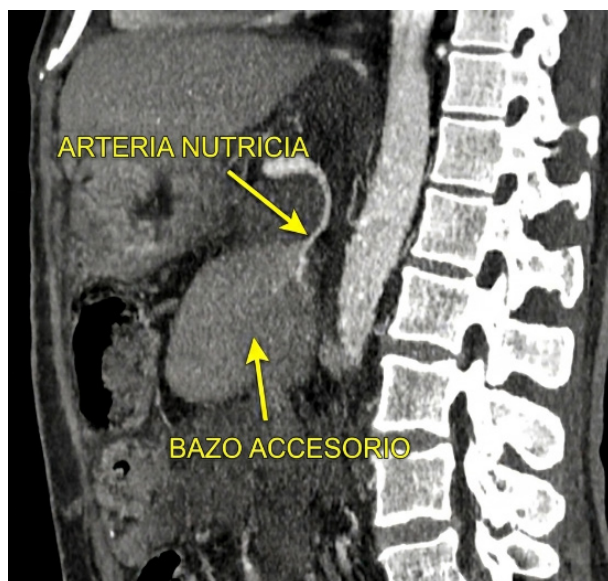


Figura 4. Tomografía computarizada (TC) en fase arterial MIP (Proyección de Máxima Intensidad). Reconstrucción sagital que evidencia la anatomía vascular de la lesión. La flecha superior señala la arteria nutricia, un vaso tortuoso y prominente dependiente de la arteria esplénica que se dirige directamente hacia el centro de la masa pancreática. La flecha inferior delimita el bazo accesorio intrapancreático, confirmando el origen esplénico de la formación y consolidando el diagnóstico de certeza no invasivo.

de la pulpa roja y blanca; este comportamiento es un marcador patognomónico de tejido esplénico normal y es prácticamente inexistente en procesos neoplásicos primarios del páncreas ^{[14][15]}.

Un aspecto metodológico crucial en la evaluación imagenológica fue la persistencia de la isodensidad estricta respecto al bazo ortotópico en todas las fases dinámicas evaluadas (43 UH en fases simples y una convergencia de 84 UH frente a 81 UH en fase venosa). Mientras que las neoplasias neuroendocrinas exhiben un lavado asincrónico o una atenuación divergente en fases tardías, y los cistadenomas microquísticos muestran una arquitectura lobulada con realce septal, el tejido esplénico ectópico mantiene una correlación de densidad paralela con el órgano original ^{[16][17]}. Asimismo, la reconstrucción multiplanar en proyecciones de máxima intensidad resultó determinante al demostrar la presencia de un vaso nutricio tortuoso dependiente de la arteria esplénica que se dirigía hacia el centro de la formación. La identificación de este vaso aferente, descrita como un criterio mayor, consolida el diagnóstico definitivo sin requerir confirmación histopatológica ^{[18][19]}.

Desde la perspectiva diagnóstica diferencial, es perentorio discriminar el BAIP de la esplenosis intrahepática. Si bien ambas entidades comparten una cinética de contraste similar, la esplenosis es un fenómeno adquirido secundario a la siembra hematógena o por contigüidad de fragmentos esplénicos tras un traumatismo abdominal severo o una esplenectomía previa, antecedentes que fueron negados en el historial de este paciente ^{[20][21]}. Por

otro lado, las metástasis hipervasculares, principalmente originadas por un carcinoma de células renales, deben ser consideradas; sin embargo, la ausencia de una lesión primaria renal y la estabilidad de las UH en la fase de equilibrio descartan esta posibilidad ^[19].

La trascendencia de alcanzar un diagnóstico no invasivo preciso en este escenario clínico radica en la prevención de abordajes quirúrgicos innecesarios. La realización de una pancreatometomía distal con o sin esplenectomía, que constituye el tratamiento estándar ante la sospecha de malignidad en la cola pancreática, se asocia con una tasa de morbilidad postoperatoria no despreciable que oscila entre el 20% y el 30%, destacando complicaciones graves como la fístula pancreática, colecciones intraabdominales y el desarrollo de diabetes mellitus tipo 3c ^{[20][21]}. La correlación absoluta de los parámetros atenuativos observados en la **Figura 3** y **Figura 4** demuestra que, ante una masa hipervascular pancreática con sospecha radiológica de BAIP, el seguimiento clínico-imagenológico conservador es la conducta más segura, evitando la morbimortalidad quirúrgica evitable ^[22].

Conclusiones

La identificación de un bazo accesorio intrapancreático de dimensiones considerables representa un desafío en la práctica clínica actual, dada su estrecha similitud morfológica con neoplasias hipervasculares primarias localizadas en la cola del páncreas. El presente caso demuestra que el examen de densidades riguroso mediante tomografía computarizada multidetector multifásica constituye la herramienta definitiva para establecer un diagnóstico de certeza no invasivo. La clave de este abordaje radica en la demostración de una cinética de contraste paralela y una isodensidad similar estricta entre la lesión y el parénquima esplénico ortotópico a lo largo de todas las fases del estudio dinámico.

Asimismo, el reconocimiento de signos radiológicos específicos, como el patrón de realce aserrado en la fase arterial tardía y la demostración multiplanar de la arteria nutricia dependiente de la arteria esplénica, permite confirmar el diagnóstico con seguridad sin necesidad de recurrir a una biopsia percutánea o a una confirmación histopatológica. Difundir estos criterios tomográficos es fundamental para normar la conducta médica actual, ya que avala el seguimiento clínico-imagenológico conservador como la opción más segura. Este enfoque evita por completo las complicaciones y la morbimortalidad asociadas a una pancreatometomía distal innecesaria, optimizando la toma de decisiones clínicas y la gestión de los recursos quirúrgicos.

Información Complementaria

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT): CAIG: Participó en la conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, visualización y redacción-borrador original. JSVC: Participó en el análisis formal,

investigación, metodología, visualización, redacción-revisión y edición.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiamiento

Ninguno.

Disponibilidad de datos

No aplica.

Agradecimientos

No se indica.

Declaración de uso de herramientas de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran haber utilizado herramientas de inteligencia artificial en la etapa de redacción con fines de optimizar la fluidez lingüística de la prosa. Todo el contenido fue revisado, verificado y validado por los autores, quienes asumen plena responsabilidad por la exactitud, integridad y originalidad del manuscrito. No se introdujeron datos sensibles o confidenciales en las herramientas de IA.

En el proceso editorial, incluida la revisión por pares, se desarrolló conforme a la política de la revista sobre el uso responsable de herramientas de IA.

Referencias

1. Cho HW, Choi JY, Kim MJ, Park MS, Lim JS, Chung YE, Kim KW. Pancreatic tumors: emphasis on CT findings and pathologic classification. *Korean J Radiol.* 2011;12(6):731-9. DOI: 10.3348/kjr.2011.12.6.731.
2. Kim SH, Lee JM, Han JK, Lee JY, Kim KW, Cho KC, Choi BI. Intrapaneatic accessory spleen: findings on MR imaging, CT, US and scintigraphy, and the pathologic analysis. *Korean J Radiol.* 2008;9(2):162-74. DOI: 10.3348/kjr.2008.9.2.162.
3. Acevedo JA, Caballero JG, Cona J, Cabaleiro PM, Lencinas A, Córdoba M. Bazo accesorio intrapancreático que imita tumor de cola de páncreas. *Rev Argent Cir.* 2017;109(4). DOI: 10.25132/raac.v109.n4.1286.es.
4. Pereyra-Talamantes A, Flores-Martín JE, Gallaga-Rojas MA, Rodríguez-Silverio JE, González-Azua E, Alonso-Calamaco MD, Jiménez-Chavarría E, Noyola-Villalobos HF. Bazo accesorio intrapancreático: reporte de caso resuelto con pancreatocistomía distal robótica. *Rev Mex Cir Endosc.* 2022;23(1-2):41-45. DOI: 10.35366/108104.
5. Bajwa SA, Kasi A. Anatomía, abdomen y pelvis: bazo accesorio. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publicado; 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519040/>
6. Sothilingam N, Leedahl T, Kriegler S, Kanthan R, Moser MA. Intrapaneatic accessory spleen: a case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2(6):128-30. DOI: 10.1016/j.ijscr.2011.02.013.
7. Zeman M, Zembala-Nozynska E, Sczasny J, Straczynski M, Widel M. Intrapaneatic accessory spleen imitating a pancreatic neoplasm. *Pol Przegl Chir.* 2011;83(10):568-70. DOI: 10.2478/v10035-011-0090-9.
8. Munk-Madsen MZ, Zakarian K, Oturai PS, Hansen CP, Federspiel B, Fallentin E, Willemoe GL. Intrapaneatic accessory spleen mimicking malignant tumor: three case reports. *Acta Radiol Open.* 2019;8(6):2058460119859347. DOI: 10.1177/2058460119859347.
9. Lin X, Xu L, Wu A, Guo C, Chen X, Wang ZL. Differentiation of intrapancreatic accessory spleen from small hypervascular neuroendocrine tumor of the pancreas: textural analysis on contrast-enhanced computed tomography. *Acta Radiol.* 2019;60(5):553-560. DOI: 10.1177/0284185118788895.
10. Lancellotti F, Sacco L, Cerasari S, Bellato V, Cicconi S, Ciardi A, Muttillo EM, Feola T, Caronna R, Chirletti P. Intrapaneatic accessory spleen false positive to 68Ga-Dotatoc: case report and literature review. *World J Surg Oncol.* 2019;17(1):117. DOI: 10.1186/s12957-019-1660-2.
11. Mortelé KJ, Mortelé B, Silverman SG. CT features of the accessory spleen. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;183(6):1653-1657. DOI: 10.2214/ajr.183.6.01831653.
12. Fernández-Miranda PM, Pellón-Dabén R, Pérez-Del-Barrio A, Sanz-Bellón P, Asensio-Latorre M, González-Sánchez F. Tejido esplénico ectópico, un gran imitador de masas abdominales: esplenosis y bazos accesorios. *Seram.* 2021;1(1). <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4102>
13. Palumbo V, Mannino M, Teodoro M, Menconi G, Schembari E, Corsale G, Di-Carlo I, Toro A. An extremely rare case of oversized accessory spleen: case report and review of the literature. *BMC Surg.* 2019;19(1):45. DOI: 10.1186/s12893-019-0510-z.
14. Smith HC, Kakar N, Shadid AM. Accessory spleen masquerading as an intrapancreatic tumor: a case report. *Cureus.* 2022;14(5):e24677. DOI: 10.7759/cureus.24677.
15. Cruz-Barbosa JS, Valencia-Cardona AF, Cortés-Buelvas AD. Esplenúnculo intrapancreático simulando neoplasia. *Rev Colomb Cir.* 2024;39:640-645. DOI: 10.30944/20117582.2393.
16. Lauffer JM, Baer HU, Maurer CA, Wagner M, Zimmermann A, Buchler MW. Intrapaneatic accessory spleen: A rare cause of a pancreatic mass. *Int J Pancreatol.* 1999;25(1):65-68. DOI: 10.1385/ijgc:25:1:65.
17. Churei H, Inoue H, Nakajo M. Intrapaneatic accessory spleen: case report. *Abdom Imaging.* 1998;23(2):191-193. DOI: 10.1007/s002619900320.
18. Miyayama S, Matsui O, Yamamoto T, Akakura Y. Intrapaneatic accessory spleen: evaluation by CT arteriography. *Abdom Imaging.* 2003;28:862-865. DOI: 10.1007/s00261-003-0033-y.
19. Landmann A, Johnson JJ, Webb KM, Mantor PC, Letton RW. Accessory spleen presenting as acute abdomen: A case report and operative management. *J Pediatr Surg Case Rep.* 2016;12:9-10. DOI: 10.1016/j.epsc.2016.05.011.
20. Perez Maldonado JL. Accessory spleen as an incidental finding in medicolegal autopsy. *Rev Cienc Forenses Honduras.* 2020;6(1):28. DOI: 10.5377/rcfh.v6i1.9943.
21. Diego-García L, Manuel-Vazquez A, Valbuena-Durán E, Ramia-Ángel JM. Intrapaneatic accessory spleen versus pancreatic neuroendocrine tumor: a diagnostic challenge. *Rev Esp Enferm Dig.* 2020;112(8):659-660. DOI: 10.17235/reed.2020.6558/2019.
22. Halpert B, Alden ZA. Accessory spleen in or at the tail of the pancreas: a survey of 2,700 additional necropsies. *Arch Pathol.* 1964;77:652-654. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14130052/>