

Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica

Volumen **5**
Volume

Número **2**
Number

Abril-Junio **2004**
April-June

Artículo:

Páncreas heterotópico de la vesícula biliar

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com



Páncreas heterotópico de la vesícula biliar

Dr. David Lasky M,* Dr. Carlos Melgoza O,* Dr. Miguel Benbassat P,* Dr. Elías Rescala B,*
Dr. Javier Baquera**

Resumen

El tejido pancreático ectópico, también llamado páncreas heterotópico, se diagnostica con poca frecuencia; éste es descubierto habitualmente en estómago, duodeno o yeyuno aunque también ha sido reportado en otros sitios como pueden ser: el bazo, vía biliar, pulmón y como en el presente caso en la vesícula biliar. Se presenta un caso de páncreas heterotópico de la vesícula biliar, complementando esta presentación con revisión de la literatura.

Palabras clave: Páncreas heterotópico, vesícula biliar, colecistectomía laparoscópica.

Abstract

Ectopic pancreatic tissue also named heterotopic pancreas, is seldom diagnosed; most of the times it is found at the stomach, duodenum or jejunum, nevertheless, it has been reported in other locations such as the spleen, biliary ducts, lung and as in the present case at the gallbladder. We present a case of heterotopic pancreas of the gallbladder and complement this presentation with the literature review.

Key words: Heterotopic pancreas, gallbladder, laparoscopic cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

El páncreas heterotópico o ectópico, es la presencia de tejido pancreático normal en una estructura o sitio anatómico distinto, sin continuidad vascular, neuronal ni anatómica con la glándula pancreática.¹ La localización más frecuente de páncreas heterotópico en los pacientes de todas las edades y en diferentes series fue: El estómago, duodeno y yeyuno.^{2,3}

También se presenta en la vesícula biliar, como el caso que ahora nos ocupa; causando en algunas ocasiones cuadros de pancreatitis.⁴ A pesar del desarrollo de procedimientos diagnósticos modernos como el ultrasonido transendoscópico, el diagnóstico sigue siendo difícil.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 46 años que se presentó en el Servicio de Urgencias del Hospital ABC de la ciudad de México, refiriendo dolor intenso que no cedió a analgésicos localizado a epigastrio e hipocondrio derecho de aproximadamente 6 horas de evolución, acompañado de náusea y vómito en 2 ocasiones. No manifestó ningún antecedente patológico de importancia a relacionar con el padecimiento actual.

Se efectuaron estudios de laboratorio y gabinete que incluyeron BH, QS, electrolitos, amilasa y lipasa séricas así como PFH's y coagulograma, tele de tórax, PSA's y US hepato biliar, los cuales fueron normales excepto por hallazgos ultrasonográficos en los que se documentó colelitiasis única de 1.2 cm en su diámetro mayor y espesor de la pared vesicular de 0.3 cm. Se preparó para cirugía, misma que se efectuó ese mismo día consistiendo ésta en colecistectomía por laparoscopia. La cirugía se llevó a cabo en la forma acostumbrada, sin incidentes o accidentes y sin llamar la atención ningún hallazgo distinto al de la resección de vesícula usual. Su evolución intrahospitalaria fue satisfactoria y egresó a las 36 horas sin problema.

Los diagnósticos de patología fueron:

Colecistitis crónica agudizada, colesterosis, colecistolitis y páncreas heterotópico en la subserosa del cuerpo vesicular con focos de pancreatitis aguda y necrosis grasa (*Figuras 1, 2 y 3*).

DISCUSIÓN

La convergencia de tejido pancreático normal en una localización anatómicamente aberrante y sin continuidad vascular, neuronal y anatómica con el páncreas propiamente dicho, se conoce como páncreas heterotópico. Su frecuencia se ha reportado con rangos que van desde el 0.5-5.6% en autopsia y del 0.2-0.5% en series de cirugía abdominal.^{1,5,6}

* Departamento de Cirugía General, Hospital ABC.

** Departamento de Anatomía Patológica, Hospital ABC.

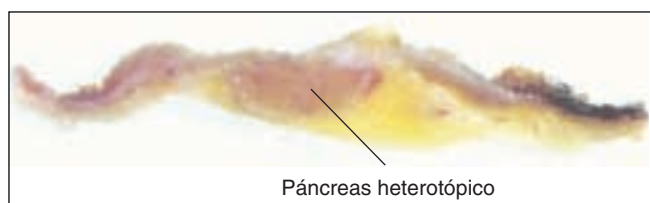


Figura 1. Se observa la vesícula biliar con el tejido pancreático, aspecto macroscópico.

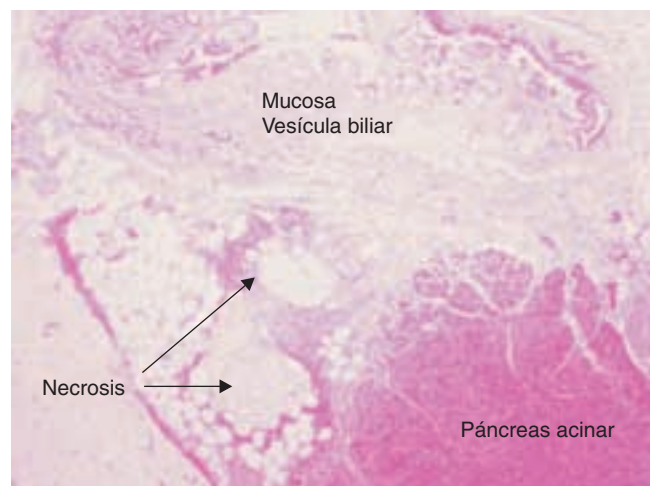


Figura 2. Vista microscópica de la pieza quirúrgica, que muestra la íntima relación entre la mucosa de la vesícula biliar, páncreas acinar y necrosis de tejido graso.

La localización más frecuentemente reportada y en todas las edades son: el estómago, el duodeno y el yeyuno. El páncreas heterotópico es una situación rara en casos de sintomatología gastrointestinal, pudiendo caracterizarse por dolor epigástrico, náusea, vómito e incluso sangrado gastrointestinal alto.

A pesar del desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas tales como el ultrasonido endoscópico con biopsia, su diagnóstico sigue siendo difícil.

El primer caso reportado de páncreas heterotópico lo hizo Schultz en 1729 y la primera confirmación histológica fue descrita por Klob en 1859.⁵

El páncreas ectópico ocurre en todas las edades y es 2 a 5 veces más frecuente en hombre que en mujer. Barbosa y cols. en una revisión de 41 casos identificaron su distribución de la siguiente forma: estómago 25.5%, duodeno 27.7%, yeyuno 15.9%, divertículo de Meckel 5.3% y en el íleon 2.8%.²

Existen varios reportes en los que se documenta la presencia de páncreas heterotópico en localizaciones inusuales tales como: pulmón, vesícula, bazo y ámpula de Vater.

La mayoría de los páncreas heterotópicos cursan asintomáticos, sin embargo hasta un 30 a 40% de éstos pueden dar

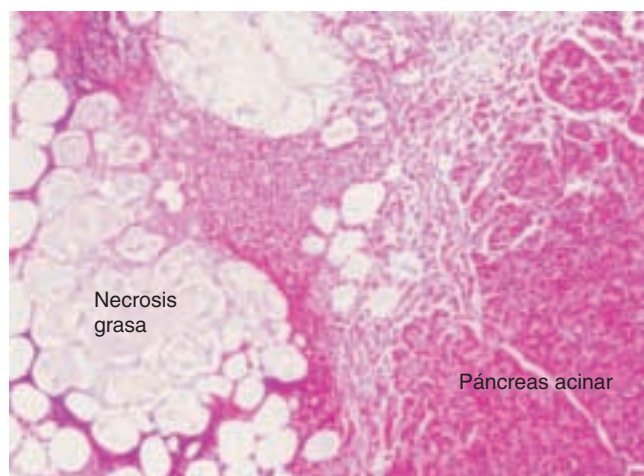


Figura 3. Acercamiento del corte microscópico, se observa en detalle el páncreas acinar y la necrosis grasa.

síntomas gastrointestinales no específicos. Las complicaciones descritas en el páncreas heterotópico son similares a aquellas que le ocurren al páncreas normal e incluyen pancreatitis aguda, cáncer pancreático, insulinomas, gastrinomas y degeneración quística.^{7,8}

Los casos asintomáticos de PH son raramente reconocidos preoperatoriamente y se descubren durante la cirugía o bien como hallazgo histológico al tiempo del estudio de la pieza enviada a patología.

En los casos de pacientes sintomáticos, los estudios diagnósticos preoperatorios pueden incluir SEG, gastroduodenoscopia, TAC, y US endoscópico. La gastroduodenoscopia es un recurso indispensable para la investigación de aquellos pacientes con sintomatología gastroduodenal, sin embargo raramente genera un diagnóstico preciso y esto se debe a que los tumores submucosos tales como el PH difícilmente son incluidos en la biopsia de la mucosa normal. El US endoscópico puede ser un recurso útil para detectar tumores pequeños submucosos menores de 2 cm, pero no es específico, no puede excluir otras patologías tales como carcinoide, fibroma, granuloma eosinofílico o leiomioma.

En los pacientes sintomáticos, habitualmente la exploración quirúrgica es requerida para un diagnóstico definitivo y para excluir lesiones neoplásicas. En los casos de PH como hallazgo quirúrgico incidental, es aconsejable de ser posible realizar resección completa transoperatoria evitando así complicaciones tardías y la necesidad de reoperación.

En los casos de diagnóstico definitivo de pacientes asintomáticos, la recomendación varía de acuerdo a ubicación anatómica y criterio de resecabilidad, incluso algunos auto-

res han recomendado mantener a estos pacientes en observación ya que la transformación maligna del PH, aunque descrita, no es mayor que la del páncreas normal.

CONCLUSIONES

El páncreas heterotópico es una entidad poco frecuente. El diagnóstico definitivo puede ser por demás difícil, el

tratamiento varía de acuerdo a la localización anatómica y al criterio de resecabilidad o bien, en algunas circunstancias puede llegar a decidirse mantener a estos pacientes en observación para detectar cualquier cambio o transformación de tipo maligno. El caso que se presenta en realidad representa una rareza, sobre todo por su sitio de implantación anatómica, mismo que fue diagnosticado al tiempo del estudio histológico.

REFERENCIAS

1. Hazzan D, Peer G, Shiloni E. Symptomatic heterotopic pancreas of stomach. *IMAJ* 2002; 4: 388-389.
2. Barbosa H, Dockerty MB, Waugh JM. Pancreatic heterotopia: review of literature and report of 41 authenticated surgical cases, of which 25 were clinically significant. *Surg Gynecol Obstet* 1946; 82: 527-42.
3. Monig SP, Sezner M, Raab M, Doz P, Eidt S. Heterotopic pancreas. A difficult diagnosis. *Dig Dis Sci* 1996; 41: 1238-40.
4. Qizilbash AH. Acute pancreatitis occurring in heterotopic pancreatic tissue in the gallbladder. *Can J Surg* 1976; 19: 414-23.
5. Tanaka K, Tsunoda T, Eto T. Diagnosis and management of heterotopic pancreas. *Int Surg* 1993; 78: 32-5.
6. Lai Edward CS, Tompkins RK. Heterotopic pancreas. Review of 26 year experience. *Am J Surg* 1988; 151: 697-700.
7. Pérez-Ordóñez B, Wesson DE, Smith CR, Asa SL. A pancreatic cyst of the anterior mediastinum. *Mod Pathol* 1996; 9: 210-4.
8. Treméaux JC, Favre JP, Piard F, Viliand J. Transformation maligne d'un adenomyome du cardia. *Press Med* 1988; 17: 2399.

Correspondencia:

Dr. David Lasky M

Sur 132 No. 108-308 Américas

Tel. 5515-3989

5515-5039