

Páncreas ectópico en antro gástrico asociado a síntomas de reflujo. Reporte de un caso

Ectopic pancreas in gastric antrum associated to reflux symptoms.
Report of a case

MSc. Ania Hernández Ortega^{1*,**}  <https://orcid.org/0000-0001-8804-5390>

MSc. Julio César Sánchez Cruz^{2,***}  <https://orcid.org/0000-0002-7572-0382>

Est. Ricardo César Sánchez Hernández^{3,****}  <https://orcid.org/0000-0003-4814-9448>

¹ Hospital Docente Territorial Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

² Policlínico Docente Francisco Figueroa Veliz. Matanzas, Cuba.

³ Filial Universitaria Dr. Eusebio Hernández Pérez. Matanzas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: aniahernandez2202@gmail.com

RESUMEN

El páncreas ectópico es una entidad poco común. Como tumor submucoso de origen congénito, frecuentemente presenta un curso asintomático, aunque con posibles complicaciones. Su diagnóstico de certeza se basa en la endoscopia, el ultrasonido endoscópico y la histología, que permiten adoptar una conducta expectante o quirúrgica. El paciente estudiado presentó un páncreas ectópico localizado en antro gástrico asociado a síntomas de reflujo gastroesofágico rebeldes a tratamiento, los cuales motivaron el estudio endoscópico, con el consecuente hallazgo de dicha entidad.

Palabras clave: páncreas ectópico gástrico; reflujo gastroesofágico.

ABSTRACT

Ectopic pancreas is a little common entity. As congenital-originated sub mucous tumor, it frequently presents an asymptomatic course, though with possible complications. Its definitive diagnosis is based in the endoscopy, endoscopic ultrasound and histology, allowing to adopt an expectant or surgical behavior. The current patient presented an unresponsive-to-treatment ectopic pancreas located in the gastric antrum associated to gastro-esophageal reflux symptoms. This motivated the endoscopic study consequently leading to finding this entity.

Key words: gastric ectopic pancreas; gastro-esophageal reflux.

Recibido: 02/03/2020.

Aceptado: 09/06/2020.

INTRODUCCIÓN

El páncreas ectópico (PE) es el tumor submucoso más frecuente del tracto digestivo superior, también conocido como páncreas heterotrópico, páncreas aberrante o resto pancreático. Es una anomalía congénita, compuesta por tejido pancreático normal sin conexión vascular ni anatómica con el páncreas, comúnmente consistente en células exocrinas dilatadas quísticamente o una combinación de tipos de células exocrinas y endocrinas.⁽¹⁾

Su localización más frecuente es en el antro gástrico, pudiéndose presentar, además, en el duodeno, yeyuno proximal, dentro del divertículo de Meckel, y más raramente en la vesícula biliar, conductos biliares, papila de Vater, esófago, etc. El primer caso fue reportado por Jean Schultz en 1727, localizado en un divertículo del íleon.⁽²⁾ Debe su origen a una anomalía del desarrollo, tomando mayor importancia la teoría que sugiere que cuando el duodeno rota a la derecha y toma la forma de C, el esbozo pancreático ventral es desplazado dorsalmente rotando en contacto con la pared del abdomen, el intestino y el mesenterio, por lo que puede ser incluido en estos órganos.⁽³⁾

Su comportamiento más frecuente es asintomático, y por lo general constituye un hallazgo durante exploraciones endoscópicas (1 %) y autopsias (incidencia: 1 a 14 %).^(1,3) Dolor abdominal, sangramiento digestivo, obstrucción intestinal, pancreatitis relacionada con la propia lesión y su transformación maligna, han sido descritos en casos sintomáticos.⁽⁴⁻⁶⁾

Su diagnóstico de certeza en ocasiones es difícil; se basa en el estudio endoscópico, el ultrasonido endoscópico y la histología, pues debe ser realizado su diagnóstico diferencial con otros tumores submucosos.⁽⁷⁾

Endoscopia: se muestra como un nódulo submucoso con una umbilicación central que corresponde al conducto de drenaje.⁽⁸⁾

Ultrasonido endoscópico: lesión hipoecoica o lesión heterogénea de ecogenicidad intermedia, y se puede observar una estructura ductal anecoica en el centro, en correspondencia a un conducto, bordes indistintos y ubicación dentro de dos o más capas.

Histología: se realiza a través de biopsias profundas o por aspiración por aguja guiada mediante ultrasonido endoscópico.

Con respecto al manejo de esta entidad, se han descrito dos conductas: la expectante, ante lesiones asintomáticas, y la quirúrgica, cuando el paciente presenta síntomas. La exéresis de la lesión se puede realizar por vía endoscópica o quirúrgica (si la muscularis propia se encuentra comprometida).⁽⁹⁾

La presente discusión de caso se realizó con el objetivo de presentar una afección de páncreas ectópico, de muy escasa frecuencia, asociada a manifestaciones clínicas no reportadas con anterioridad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, blanco, de 37 años de edad, con antecedentes de buena salud. Acudió a consulta de Gastroenterología aquejándose de pirosis, regurgitaciones ácidas y náuseas de larga data (3 años atrás).

En varias ocasiones le fue prescrito tratamiento antsecretor gástrico (inhibidores de bomba de protones) y proquinéticos (domperidona), persistiendo igual sintomatología a pesar del tratamiento.

El examen físico realizado fue normal. Se indicaron las siguientes investigaciones: hemoglobina, eritrosedimentación, proteína C reactiva, glicemia. Todos se comportaron dentro de límites normales.

Esofagogastroduodenoscopia: lesión subepitelial elevada de 5 a 7 mm de diámetro mayor con umbilicación central a nivel de curvatura mayor del antro gástrico ([Fig. 1](#) y [Fig. 2](#)). Además de pangastritis enantemato exudativa ligera, hernia hiatal y esofagitis por reflujo grado A (clasificación de Los Ángeles). ([Fig. 3](#))

Test ureasa rápida: negativo.



Fig. 1. Lesión del antro gástrico.

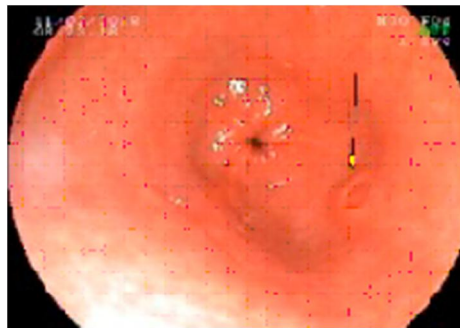


Fig. 2. Lesión del antro gástrico.



Fig. 3. Hernia hiatal y esofagitis por reflujo grado A.

Teniendo en cuenta las características endoscópicas de la lesión subepitelial hallada, compatible con un páncreas ectópico, se decidió indicar un ultrasonido endoscópico para confirmar el diagnóstico.

Ultrasonido endoscópico: imagen hipoeoica compatible con páncreas ectópico. (Fig. 4)

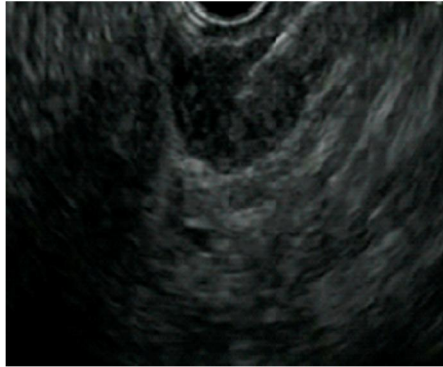


Fig. 4. Ultrasonido endoscópico. Muestra lesión compatible con páncreas ectópico localizado en antro gástrico.

Valorando que este paciente no mostraba síntomas de complicaciones del páncreas ectópico hallado, se decidió adoptar una conducta expectante acerca del mismo a través de seguimiento por consulta externa de Gastroenterología y la revisión periódica, además de indicar tratamiento higiénico-dietético y medicamentoso de su enfermedad por reflujo gastroesofágico.

DISCUSIÓN

En el presente caso, el PE constituyó un hallazgo endoscópico, si se considera que la sintomatología referida por el paciente (dispepsia tipo reflujo) no estaba relacionada con la presencia del mismo, debido a su localización gástrica. Coincide con la bibliografía consultada, donde se afirma que esta anomalía del desarrollo se comporta mayoritariamente de forma asintomática, así como que se asienta frecuentemente en el antro gástrico, constituyendo un incidentaloma.^(4,10)

Sin embargo, varios autores reportan la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, fundamentalmente pirosis y regurgitaciones, o poca respuesta de estos síntomas a los tratamientos habituales en su manejo, motivando la indicación de estudio del tracto digestivo superior mediante endoscopia, donde luego se detecta la presencia del resto pancreático.^(1,10-12)

Los autores son del criterio de que una probable explicación de dicha relación sería la posible producción de enzimas digestivas por el páncreas aberrante, que proporcionaría mayor potencialidad lesiva del reflujo gastroesofágico existente en estos pacientes, reforzando su sintomatología y recurrencia, a pesar del tratamiento, ya que el tejido ectópico puede ser funcionalmente activo.

El tamaño de la lesión en este paciente fue de 5 a 7 mm, lo que coincide con otros estudios que reportan el hallazgo de lesiones de igual tamaño en un 34,8 %. Por lo que se puede observar, esta lesión puede tener dimensiones variables: desde más pequeñas, con 0,5 cm (35,3 %), hasta mayores de 1,1 cm (29,9 %).⁽⁴⁾ Los autores consideran que el tamaño de la lesión es directamente proporcional a las complicaciones descritas para esta patología. En este caso la lesión fue de tamaño pequeño.

Con respecto al sexo y a la edad de presentación, existe coincidencia con la literatura revisada. El páncreas heterotrópico predomina en el sexo masculino, sin conocimiento de las causas hasta el momento. Generalmente se realiza su diagnóstico en etapas más tardías de la vida (5ta o 6ta décadas) —a pesar de ser una malformación congénita—, a diferencia de la edad del paciente en estudio.⁽¹⁰⁾

En el caso que se describe, los diagnósticos endoscópico y ultrasonográfico por endoscopia fueron concluyentes de PE, y no fue necesaria la realización de otros estudios para excluir o diferenciar otras patologías, lo que en ocasiones ha resultado imprescindible en el estudio de estas lesiones submucosas, pues las implicaciones clínicas, las complicaciones, así como el manejo, son diferentes de la mayoría de los tumores mesenquimatosos, en particular en los tumores del estroma gastrointestinal.

Gottschalk⁽¹³⁾ también reportó la utilidad del ultrasonido endoscópico en el diagnóstico confirmatorio de esta entidad. Informa un estudio donde se diagnostica PE a 63 pacientes sometidos a ultrasonido endoscópico para estudio de lesiones subepiteliales reportadas por endoscopia, para un 59 % de casos descritos como lesión heterogénea; un 28,6 % como homogénea hipoecoica, y un 7,9 % como homogénea ecogénica —requiriéndose biopsia por aspiración con aguja fina solo en un 6,3 %. Acorde con los datos de la evidencia científica, la localización de la lesión en el antro gástrico, la presencia de bordes indistintos, una estructura ductal anecoica y el origen en la capa submucosa, son características sustanciales del PE.⁽¹³⁾

El PE es una anomalía congénita poco frecuente, por lo general de curso asintomático, pudiendo asociarse a síntomas de reflujo gastroesofágico en pacientes en los que asienta en el antro gástrico, siendo aun de pequeño tamaño dicha lesión submucosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosales Torres P, Pila Pérez R, León Acosta P, et al. Heterotopia pancreática en pólipo gástrico. Presentación de caso. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2019 [citado 12/12/19]; 34(3). Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/214>

2. Hsia CY, Wu CW, Lui WY. Heterotopic pancreas: A difficult diagnosis. *J Clin Gastroenterol.* 1999; 28(2): 144-7. Citado en PubMed; PMID: 10078823.
3. Laguna del Estal P, García Madero R, Dragolici Mihailescu D, et al. Pancreatitis aguda sobre páncreas ectópico en antro gástrico. *Gastroenterología y Hepatología* [Internet]. 2009 [citado 12/12/19]; 32(9): 665-7 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-pancreatitis-aguda-sobre-pancreas-ectopico-S0210570509003689>
4. Montero Zhang Y, Sun X, Gold JS, et al. Heterotopic pancreas: A clinicopathological study of 184 cases from a single high-volume medical center in China. *Hum Pathol.* 2016; 55: 135-42. Citado en PubMed; PMID: 27195908.
5. Yusuke Y, Tomohiro Y, Yusuke K, et al. Adenocarcinoma arising from jejunal ectopic pancreas mimicking peritoneal metastasis from colon cancer: a case report and literature review. *Surgical Case Reports.* 2015; 1(1): 114. Citado en PubMed; PMID: 26943438.
6. Chung JP, Lee SI, Kim KW, et al. Duodenal ectopic pancreas complicated by chronic pancreatitis and pseudocyst formation – A case report. *J Korean Med Sci.* 1994; 9(4): 351-6. Citado en PubMed; PMID: 7848585.
7. Hedenström P, Marschall HU, Nilsson B, et al. High clinical impact and diagnostic accuracy of EUS-guided biopsy sampling of subepithelial lesions: a prospective, comparative study. *SurgEndosc.* 2018; 32: 1304. Citado en PubMed; PMID: 28812151.
8. Hernández Garcés HR. Endoscopia digestiva superior diagnóstica. T. 2. Capítulo 9 [Internet]. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 12/12/19]. p. 245. Disponible en: www.ecimed.sld.cu/2014/12/15/2097/
9. He G, Wang J, Chen B, et al. Feasibility of endoscopic submucosal dissection for upper gastrointestinal submucosal tumors treatment and value of endoscopic ultrasonography in pre-operation assess and post-operation follow-up: A prospective study of 224 cases in a single medical center. *Surg Endosc.* 2016; 30(10): 4206-13. Citado en PubMed; PMID: 26823060.
10. Hernández Amador JF, Arredondo Ortiz MA, Villanueva Sáenz E, et al. Páncreas ectópico en antro gástrico. *Acta médica grupo Ángeles* [Internet]. 2017 [citado 12/12/19]; 15(2). Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/acta-medica-grupo-angeles/articulo/pancreas-ectopico-en-antro-gastrico>
11. Melguizo Bermúdez M. Metaplasia intestinal del cardias en pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico con o sin esofagitis. *Rev Colomb Cirugía.* 2003; 18(4): 218-24. Citado en Pubmed; PMI: 363540.
12. Mostazo Torres J, Ruiz Padilla FJ, Vilchez Jaimez J. Diagnóstico casual de páncreas ectópico en relación con estudio de dolor epigástrico agudo. *Comunicaciones* [Internet]. España: XLVII Reunión Sociedad Andaluza de Patología Digestiva, Granada; 2016 [citado 12/12/19]. Disponible en: <https://www.sapd.es>

13. Gottschalk U, Dietrich CF, Jenssen C. Ectopic pancreas in the upper gastrointestinal tract: Is endosonographic diagnosis reliable? Data from the German Endoscopic Ultrasound Registry and review of the literature. *Endosc Ultrasound*. 2018; 7: 270-8. Citado en PubMed; PMID: 28836514.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

** Autora principal de la investigación y de la confección del artículo.

*** Colaboró en la búsqueda de referencias bibliográficas y en la confección del artículo.

**** Colaboró en la búsqueda de referencias bibliográficas.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Hernández Ortega A, César Cruz JC, Sánchez Hernández RC. Páncreas ectópico en antro gástrico asociado a síntomas de reflujo. Reporte de un caso. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2021 Mar.-Abr. [citado: fecha de acceso]; 43(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3778/5071>