



P-720 - INVAGINACIÓN YEYUNAL SECUNDARIA A TEJIDO PANCREÁTICO HETEROTÓPICO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Campos Martínez, Francisco Javier; Falckenheiner Soria, Joshua; Bernal Moreno, Diego; Hendelmeier Orero, Alicia; Salas Álvarez, Jesús; Mendoza Esparrel, Gloria; Vega Ruíz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Introducción: El páncreas heterotópico (PH) es una entidad clínica poco frecuente, predominante en varones entre la quinta y sexta década de la vida. Se caracteriza por la presencia de tejido pancreático sin comunicación vascular o anatómica con el mismo páncreas, encontrándose principalmente en antro gástrico (25-38%), seguido por el duodeno (17-36%) y yeyuno (15-21%).

Caso clínico: Varón de 42 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución asociado a náuseas y vómitos. A la exploración física presenta marcada disensión abdominal y dolor a palpación sin signos de irritación peritoneal. En la analítica objetivamos una leucocitosis con neutrofilia, sin elevación de amilasa ni lipasa y con ligera alteración de las transaminasas. En la radiografía de abdomen en bipedestación observamos niveles hidroaéreos de intestino delgado. Dada la estabilidad clínica y la ausencia de signos de gravedad se decide manejo conservador inicial. Ante la ausencia de mejora tras 24 horas del ingreso, tanto clínica como analítica, se realiza una tomografía axial computarizada (TAC). En este, observamos una dilatación proximal de asas del intestino delgado, con realce de un segmento yeyunal que nos sugiere un cuadro de invaginación intestinal (fig.). Realizamos una laparotomía exploradora urgente confirmándose la presencia de una invaginación intestinal por aparente causa tumoral. Dicha masa posee un aparente crecimiento exofítico sin afectar órganos adyacentes. Tras drenar el intestino de forma retrógrada al stop y reseca la lesión con márgenes de seguridad, confeccionamos una anastomosis yeyunal, latero-lateral isoperistáltica. El postoperatorio cursa sin incidencias, dándose de alta al paciente al quinto día de la intervención. La anatomía patológica se informa como tejido pancreático normal. Conteniendo tejido exocrino con lobulillos y conductos. Así como, la existencia de tejido endocrino con islotes de Langerhans.



Discusión: La mayoría de los casos de PH cursan de forma asintomática y su hallazgo suele ser casual por otra causa abdominal a estudio, laparotomía o autopsia. La presentación varía según tamaño y localización de la lesión. Es así, que los síntomas más comunes son el dolor abdominal, la hemorragia gastrointestinal, las náuseas y/o vómitos. Esto predomina cuando la lesión es > 1,5 cm o es de situación prepilórica. La clínica de obstrucción o intususcepción es poco común, y suele simular otras entidades como tumores estromales. La intervención quirúrgica está indicada ante la presencia de sintomatología por la localización o secundaria a complicación, recomendándose exéresis completa de las lesiones, principalmente con diámetro ≥ 3 cm. Actualmente no se recomienda el seguimiento endoscópico frente a la intervención quirúrgica.