

# Páncreas ectópico en la vesícula biliar

## Ectopic pancreas in the gallbladder

La presencia de tejido pancreático en posición aberrante, sin comunicación a través de vasos ni conductos con el páncreas normal, se define como páncreas ectópico<sup>1</sup>. En la revisión de la literatura solo existen unos 28 casos publicados de su aparición en la vesícula biliar<sup>2,3</sup>. En las investigaciones de la Clínica Mayo de un total de 212 de los casos con tejido pancreático ectópico, la vesícula se vio afectada tan solo en uno de ellos. A continuación exponemos un caso confirmado histológicamente tras la realización de una colecistectomía laparoscópica.

Paciente varón de 36 años que acude a Consultas Externas del Servicio de Cirugía General por dispepsia y cólicos biliares de repetición. Se realiza analítica completa donde destaca una GGT de 71 IU/L y una GPT de 44 IU/L. Resto de parámetros dentro de la normalidad. Como pruebas complementarias se realiza ecografía abdominal que es informada como vesícula de grosor parietal normal identificándose al menos una pequeña litiasis en su interior. Vía biliar intra- y extrahepática no dilatadas y sin litiasis. Es diagnosticado de colelitiasis y se realiza colecistectomía laparoscópica reglada. Es dado de alta a las 24 horas sin indicencias. En el informe anatomopatológico la descripción macroscópica: pieza de colecistectomía de 9 x 2 cm, que presenta un grosor de pared de 0,1 cm. A su apertura la mucosa es de coloración verde-aterciopelada (figs. 1 y 2). El diagnóstico es de colelitiasis y páncreas ectópico a nivel de cuello vesical.

El primer caso de páncreas ectópico fue descrito por Jean Schultz en 1729, pero no fue hasta 1859 cuando Klob proporcionó la confirmación histológica<sup>4</sup>. Tras el páncreas divisum se considera la anomalía más común<sup>1</sup>.

Su incidencia en el tracto gastrointestinal es del 2%. Es de dos a cinco veces más común en hombres que en mujeres y un 50% de los casos aparecen entre la 4.ª y 6.ª décadas de la vida<sup>2,5</sup>. Su localización es variable predominando en la curvadura mayor y región prepilórica del estómago (25-35%) así como en la segunda porción duodenal (25-30%). Otras localizaciones menos frecuentes son el yeyuno, divertículo de Meckel, mesenterio e incluso se han descrito casos de su presencia en el mediastino<sup>5,6</sup>.

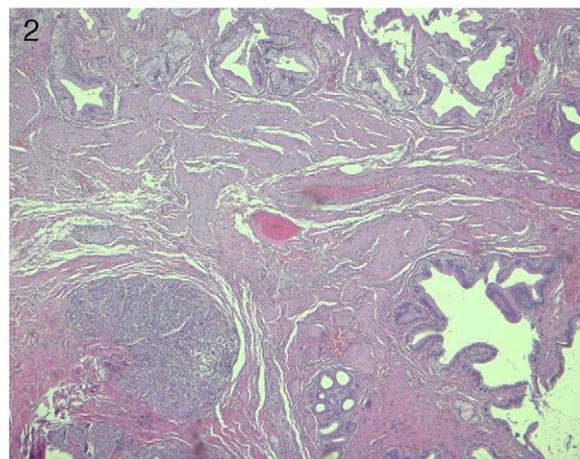
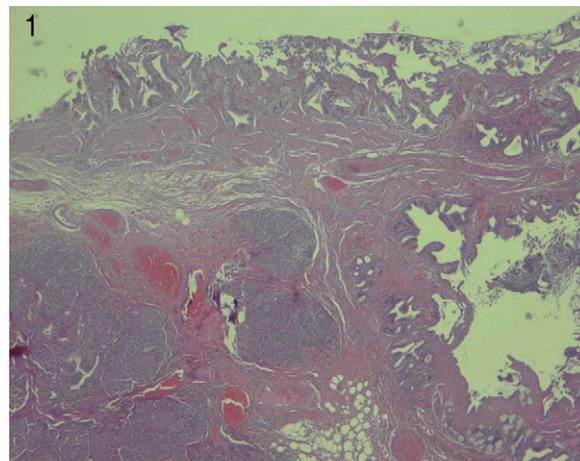
Existen dos teorías que tratan de explicar su aparición desde el punto de vista embriológico. La primera defiende la diferenciación anómala de células epiteliales pluripotenciales del revestimiento endodérmico del tubo digestivo primitivo dando lugar a la formación de tejido pancreático en estas localizaciones. La segunda teoría es que algunas células de la yema pancreática pueden migrar y localizarse en una región diferente<sup>2,5</sup>.

El tejido pancreático ectópico es generalmente intramural, constituyendo el 75% de los casos la localización submucosa. Se presenta generalmente como un nódulo único, firme y redondo de dimensiones variables desde milímetros a cinco centímetros. Aunque por lo general es una anomalía asintomática,

puede ser clínicamente evidente cuando se complica por los cambios patológicos como inflamación, sangrado, obstrucción, y la transformación maligna apareciendo entonces signos inespecíficos. Los más frecuentes son el dolor epigástrico (77%), distensión abdominal y náuseas (30%), melenas (24%), y vómitos (18%)<sup>5-7</sup>. Los factores más importantes que determinan la presencia de síntomas son el tamaño mayor de 1,5 cm y la relación con la superficie de la mucosa<sup>4</sup>.

Es común la coexistencia con enfermedades tales como colelitiasis, pólipos o pancreatitis y con anomalías anatómicas de la vía biliar<sup>5,6,8</sup>.

El diagnóstico preoperatorio puede ser extremadamente difícil debido a la clínica inespecífica y su localización submucosa. La ecografía endoscópica se ha convertido en el mejor método la evaluación de las lesiones submucosas. La TAC con contraste puede ayudar en el diagnóstico y proporcionar información en relación con la resección quirúrgica. Sin embargo, el diagnóstico definitivo es histológico.



**Figuras 1 y 2 - Tejido pancreático ectópico en cuello vesicular. Hematoxilina eosina 40x.**

gico. Tenemos que tener en cuenta, además que en el caso de la vesícula ninguna de estas pruebas complementarias es útil<sup>5,6,8</sup>.

La degeneración maligna es excepcional, y se produce fundamentalmente cuando se localiza en estómago<sup>9</sup>. El tratamiento de elección es la resección completa<sup>1,5,6</sup>. En aquellos casos en los que se localiza en estómago se han realizado con éxito ablaciones endoscópicas<sup>10</sup>. En nuestro caso consideramos que la colecistectomía constituye el tratamiento correcto. La recurrencia de tejido pancreático aberrante nunca ha sido descrita en la literatura.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Neupert G, Appel P, Braun S, Tonus C. Heterotopic pancreas in the gallbladder. Diagnosis, therapy, and course of a rare developmental anomaly of the pancreas. *Chirurg*. 2007;78:261-4.
2. Mboti F, Maassarani F, De Keuleneer R. Cholecystitis Associated with Heterotopic Pancreas. *Acta Chir Belg*. 2003;103:110-2.
3. Murakami M, Tsutsumi Y. Aberrant pancreatic tissue accompanied by heterotopic gastric mucosa. *Pathol Int*. 1999;49:580-82.
4. Armstrong CP, King PM, Dixon JM, Macleod IB. The clinical significance of heterotopic pancreas in the gastrointestinal tract. *Br J Surg*. 1981;68:384-7.
5. Hlavaty T, Lukac L, Vyskocil M, Galbavy S. Heterotopic pancreas in gastric antrum with macroscopic appearance of gastric polyp. *Bratisl Lek Listy*. 2002;103:117-20.
6. Huang YC, Chen HM, Jan YY, Huang TL, Chen MF. Ectopic Pancreas with Gastric Outlet Obstruction: Report of Two Cases and Literature Review. *Chang Gung Med J*. 2002;25:485-90.
7. Jovanovic I, Knezevic S, Micev M, Krstic M. EUS mini probes in diagnosis of cystic dystrophy of duodenal wall in heterotopic pancreas: A case report. *World J Gastroenterol*. 2004;10:2609-12.
8. Hsia CY, Wu CW, Lui WY. Heterotopic pancreas: A difficult diagnosis. *J Clin Gastroenterol*. 1999;28:144-7.
9. Murakami M, Tsutsumi Y. Aberrant pancreatic tissue accompanied by heterotopic gastric mucosa in the gallbladder. *Pathol Int*. 1999;49:580-2.
10. Marmorales A, Tercier S, Peroux JL, Monticelli I, Mc Namara M, Huguet C. Dystrophie kystique du deuxième duodénum sur pancréas aberrant. Un cas de traitement chirurgical conservateur. *Ann Chir*. 2003;128:180-4.

Cristina González Callejas<sup>a,\*</sup>, Francisco González Crespo<sup>b</sup>, Marisol Zurita Saavedra<sup>a</sup>, Miguel Angel Cabrera Aguirre<sup>b</sup> y Juan Bautista García Martos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

<sup>b</sup>Unidad de Cirugía de Alta Precoz, Hospital San Juan de Dios, Granada, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Callejascris21@hotmail.com](mailto:Callejascris21@hotmail.com) (C. González Callejas).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.07.019