



Cartas científicas

Páncreas heterotópico. Obstrucción intestinal por invaginación del yeyuno



Heterotopic Pancreas. Intestinal Obstruction Caused by a Yeyunal Intussusception

La obstrucción intestinal secundaria a páncreas heterotópico (PH) es una entidad clínica poco frecuente. Se presenta el caso de un paciente varón de 42 años de edad sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de carácter continuo y difuso, de aproximadamente 24 h de evolución. Asimismo presenta náuseas y vómitos sin otra sintomatología asociada.

A la exploración física se objetiva estabilidad hemodinámica y marcada distensión abdominal sin signos de irritación peritoneal.

El hemograma muestra un aumento de leucocitos ($17 \times 10^9/l$) con neutrofilia. En la bioquímica la amilasa y la lipasa se encontraban en rangos normales, así como el perfil hepático, salvo una ligera elevación de la GOT y de la GPT (60 y 68 UI/l). Asimismo se realiza una radiografía de abdomen donde se observan niveles hidroaéreos de intestino delgado. Ante la ausencia de signos de gravedad y

el buen estado clínico del paciente se decide ingreso para manejo conservador.

A las 24 h del ingreso el paciente no presenta mejoría clínica ni de los parámetros analíticos. Por ello se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) con contraste intravenoso donde se observa dilatación proximal de asas del intestino delgado con realce de un segmento del yeyuno sugiriendo un cuadro de invaginación intestinal, con escaso líquido libre en fondo de saco. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica (figs. 1 y 2).

Bajo anestesia general se realiza una laparotomía exploradora confirmando la presencia de invaginación intestinal de causa tumoral y de crecimiento exofítico, sin afectación de órganos vecinos. Se realiza drenaje retrógrado del contenido proximal al stop y resección de la lesión con márgenes libres de 5 cm. Se finaliza la intervención con una anastomosis latero-lateral isoperistáltica. El paciente presenta un curso

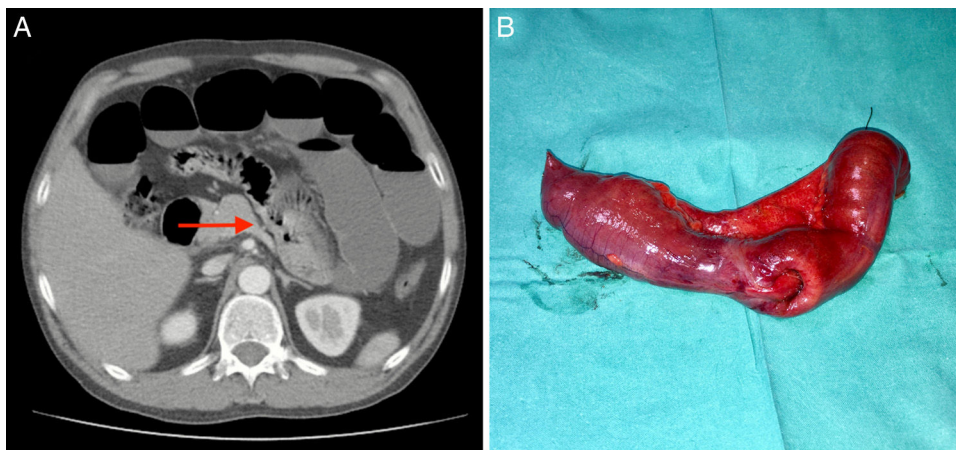


Figura 1 – TAC abdominal donde se identifica el punto de obstrucción (A) y la pieza quirúrgica (B).

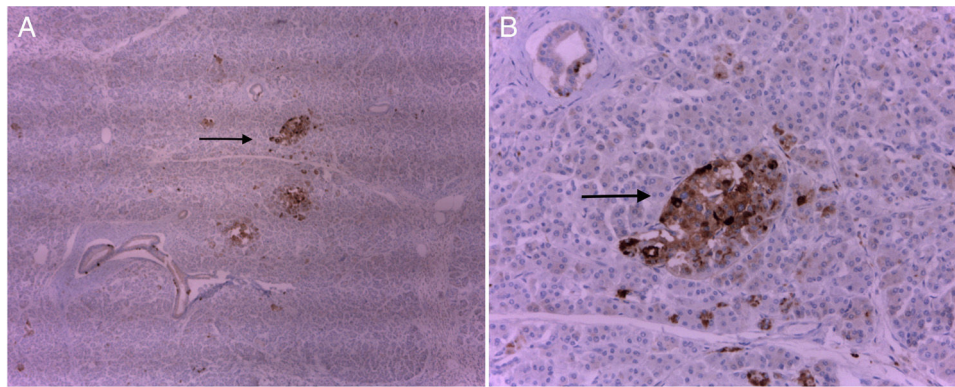


Figura 2 – Imágenes de inmunohistoquímica para cromogranina. Se tiñen de marrón las células neuroendocrinas de los islotes de Langerhans. La imagen de la derecha es a mayor aumento ($\times 40$).

evolutivo correcto sin complicaciones y es dado de alta al quinto día del postoperatorio.

En la revisión de la pieza mediante microscopía se describe a la tumoración correspondiente como tejido pancreático normal, exocrino con lobulillos y conductos. También se hace mención a la existencia de tejido endocrino con islotes de Langerhans. En la pared del asa y rodeando al tejido pancreático heterotópico hay focos micro-abscesificados de polimorfonucleares.

Tras 6 meses de seguimiento, el paciente se encuentra clínicamente asintomático. En la TAC de control no se hallaron alteraciones a destacar.

El PH se define como «tejido pancreático con falta de comunicación vascular o anatómica con el mismo páncreas»¹⁻³. El primer caso de PH fue desarrollado en un divertículo ileal y fue reportado por Jean Schultz en 1727 pero la primera confirmación histológica data del siglo XIX con Klob en 1859⁴.

La prevalencia según estudios en necropsias es de entre el 0,6 y el 12,7%, predomina en el sexo masculino en el quinto y sexto decenio de la vida^{3,5}. Suele encontrarse con mayor frecuencia en el estómago (25-38%) siendo el antro el lugar más común en un 90%. También puede hallarse en el duodeno (17-36%), en el yeyuno (15-21%) y otros lugares menos comunes como vías biliares, mesenterio, epiplón, etc.^{3,6,7}.

Las teorías del origen básicamente son 2:

- La primera alude que el páncreas es creado a partir de la invaginación de tejido endodérmico en el duodeno primitivo. De su exposición ventral nace la cabeza pancreática, y de su exposición dorsal el cuerpo y la cola. Esta teoría es llamada de mal posición porque hace referencia que durante la rotación del intestino proximal algunos elementos del páncreas primitivo pueden separarse y así, eventualmente desarrollarse en otros tejidos^{1,6,8}.
- La segunda es denominada teoría de la metaplasia. Esta nos hace mención a la posibilidad que el PH nazca de áreas de metaplasia pancreática del endodermo las cuales migren a la submucosa durante la embriogénesis^{8,9}.

La mayoría de los casos cursan de forma asintomática y su hallazgo está en relación de un estudio abdominal por otra causa, una laparotomía o durante una autopsia^{2,3,5,6,8-10}. La sintomatología depende del tamaño y la localización

de la lesión. Es así, que con mayor frecuencia puede producir dolor abdominal, hemorragia gastrointestinal, náuseas y/o vómitos entre otros menos específicos^{11,12}. Estos síntomas predominan cuando la lesión es mayor a 1,5 cm o se encuentra en posición pre pilórica^{2,3,6,9}. Es poco común que una lesión ocasione obstrucción o intususcepción. Sin embargo lesiones de este tipo en el contexto de una urgencia pueden simular otras entidades como tumores estromales. La secreción de hormonas pancreáticas o enzimas y la subsiguiente inflamación o irritación química del tejido puede también estar en relación con la sintomatología inicial¹⁰⁻¹². Asimismo, si el tejido pancreático heterotópico es funcionalmente viable puede ocasionar cuadros de pancreatitis, pseudoquistes, abscesos y/o neoformaciones como el adenocarcinoma de páncreas¹¹.

El estudio inicial recomendado es la endoscopia digestiva alta si el PH está ubicado en el estómago o primera porción duodenal⁸. Actualmente pruebas complementarias como la ecoendoscopia tiene un importante papel pudiendo diagnosticar PH de entre 0,5 y 2 cm de diámetro, y junto a la punción aspiración con aguja fina (PAAF) la sensibilidad puede alcanzar entre un 80-100%^{3,9}. Otros métodos de detección como la TAC, el tránsito baritado, la resonancia magnética o la cápsula endoscópica podrían ser útiles dependiendo de la localización y el cuadro clínico. Esta entidad suele ser un hallazgo casual y su diagnóstico es difícil, puesto que no se considera de entrada en el diagnóstico diferencial.

El criterio para indicar la intervención más importante es la presencia de sintomatología por la localización o secundaria a complicación. Es recomendable realizar una exéresis completa del PH si es hallado de forma casual intra operatoria, si tiene un diámetro igual o mayor a los 3 cm, y evidentemente si existe sintomatología^{6,10}. Actualmente no existe una casuística suficiente para recomendar el seguimiento endoscópico frente a la intervención quirúrgica⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.

2. Distler M, Rückert F, Aust D, Saeger HD, Grützmann R. Pancreatic heterotopia of the duodenum: Anatomic anomaly or clinical challenge? *J Gastrointest Surg.* 2011;15:631-6.
3. Zhang Y, Sun X, Gold JS, Sun Q, Lv Y, Li Q, 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.
4. Klob L. Pancreas accessorium. *Zeitschrift der Kaiserl Konigl Gesellschaft der Aerzte zu Wien.* 1859;15:732.
5. Gokhale UA, Nanda A. Heterotopic pancreas in the stomach: A case report and a brief review of the literature. *JOP.* 2010;11:255-7.
6. Betzler A, Mees ST, Pump J, Schölch S, Zimmermann C, Aust DE, et al. Clinical impact of duodenal pancreatic heterotopia. Is there a need for surgical treatment? *BMC Surg.* 2017;17:53. <http://dx.doi.org/10.1186/s12893-017-0250-x>.
7. Ormarsson OT, Gudmundsdottir I, Marvik R. Diagnosis and treatment of gastric heterotopic pancreas. *World J Surg.* 2006;30:1682-9.
8. Jiang LX, Xu J, Wang XW, Zhou FR, Gao W, Yu GH, et al. Gastric outlet obstruction caused by heterotopic pancreas: A case report and a quick review. *World J Gastroenterol.* 2008;14:6757-9.
9. Eisenberger CF, Gocht A, Knoefel WT, Busch CB, Peiper M, Kutup A, et al. Heterotopic pancreas-clinical presentation and pathology with review of the literature. *Hepatogastroenterology.* 2004;51:854-8.
10. Kim DU, Lubner MG, Mellnick VM, Joshi G, Pickhardt PJ. Heterotopic pancreatic rests: Imaging features, complications, and unifying concepts. *Abdom Radiol (NY).* 2017;42:216-25.
11. Sadeghi NR, Godambe A, Shienbaum AJ, Alloy A. Premalignant gastric heterotopic pancreas. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;4:218-21.
12. Hirasaki S, Kubo M, Inoue A, Miyake Y, Oshiro H. Jejunal small ectopic pancreas developing into jejunojejunal intussusception: a rare cause of ileus. *World J Gastroenterol.* 2009;15:3954-6.

Joshua Falckenheiner Soria^{a,*}, Diego Bernal Moreno^a, Jose Miguel Flores Rivera^a, Manuel Toro Guillen^a y Jose Luis Lérida Vaca^b

^aServicio de Cirugía General, Hospital Virgen de las Montañas, Villamartin, Cádiz, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital de San Rafael, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jfalckenheiner@gmail.com (J. Falckenheiner Soria).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.09.001>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Embolización selectiva de la arteria rectal superior, ¿alternativa a la cirugía hemorroidal? ☆



Selective embolization of the superior rectal artery: An alternative to hemorrhoid surgery?

Las hemorroides son la enfermedad proctológica más frecuente. Su incidencia es difícil de establecer, ya que muchos pacientes no acuden al médico¹. Existe una incidencia máxima entre los 45-60 años, con un pico del 50% en mayores de 50 años. Presentan una distribución similar por sexos².

El tratamiento inicial se basa en medidas higiénico-dietéticas o instrumentales, pero actualmente hasta un 10% de los pacientes con persistencia clínica precisa intervención quirúrgica y la técnica de referencia sigue siendo la hemorroidectomía Milligan-Morgan³.

Existe un grupo significativo de pacientes afectados por otras enfermedades en los cuales el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal sería desaconsejable. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pueden presentar hemorroides, con una incidencia estimada del 7% en los pacientes con enfermedad de Crohn⁴. Sin embargo, muchos pacientes no consultan por sintomatología hemorroidal, achacando sus molestias a la EII. En estos pacientes, sobre todo en

caso de presentar crisis inflamatorias locales, la hemorroidectomía o incluso la ligadura puede estar gravada con complicaciones importantes^{5,6}. La tasa de complicaciones descrita oscila entre el 15-40% en la enfermedad de Crohn (EC)^{7,8}.

Otro grupo de riesgo para la realización de hemorroidectomía, son aquellos pacientes con cierto grado de incontinencia fecal o que han sido sometidos a procedimientos de cirugía anal, como fistulotomías o esfinterotomías internas. La escisión de los plexos hemorroidales, podría desencadenar o agravar la incontinencia existente.

Tampoco son buenos candidatos para la cirugía los pacientes inmunodeprimidos inducidos por fármacos o por enfermedad vírica.

Vidal et al.^{9,10} describen en 2014 la técnica llamada «Emborroid», consistente en la oclusión selectiva de la arteria rectal superior, disminuyendo el hiperflujo sanguíneo en las almohadillas hemorroidales. Se basa en los mismos principios técnicos que la ligadura selectiva de los pedículos

☆ El trabajo fue presentado como póster en la Reunión Nacional de Coloproctología de 2016 tras la realización de 2 casos.