

Pancreatitis aguda sobre páncreas ectópico en antro gástrico

Acute pancreatitis in an ectopic pancreas in the gastric antrum

Las masas gástricas subepiteliales son un hallazgo relativamente común en pacientes a los que se les realiza endoscopia digestiva alta, y su prevalencia es del 0,36%¹. La evaluación diagnóstica y la actitud terapéutica ante éstas están evolucionando con la incorporación de nuevas técnicas². Se presenta el caso de una paciente con dolor epigástrico y una masa antral causados por una pancreatitis aguda sobre tejido pancreático ectópico localizado en la pared gástrica.

Mujer de 19 años que consultó por dolor epigástrico posprandial de 7 días de evolución, que se hizo más intenso y continuo en las 24 h previas al ingreso. La palpación abdominal en el epigastrio era dolorosa, pero sin signos de irritación peritoneal. Un hemograma, una bioquímica general, la determinación de amilasa y las radiografías de tórax y de abdomen fueron normales. En la endoscopia se observó una masa antral cubierta de mucosa normal. En la ecoendoscopia se observó una lesión de 25 × 20 mm en la región antro pilórica, dependiente de la capa muscular gástrica, de aspecto heteroecogénico y con zonas indicativas de calcificación (fig. 1). La tomografía computarizada demostró una masa de 3,8 × 3 cm en la pared del antro gástrico, de densidad heterogénea, sin signos de afectación ganglionar ni visceral. Se practicó antrectomía con reconstrucción Billroth I. En el estudio anatomopatológico de la pieza se observó tejido pancreático exocrino y endocrino, localizado en las capas submucosa y muscular del antro gástrico y afectado de un intenso proceso inflamatorio agudo.

Se define como páncreas ectópico a todo tejido pancreático localizado fuera de su ubicación habitual, siempre que carezca de comunicación anatómica o vascular con el páncreas normal³. Descrito por primera vez en 1727 en un divertículo ileal, su incidencia en series de autopsia se ha estimado del 0,5 al 13,7%, y es más común en hombres de entre 30 y 50 años de edad⁴. Se

ha observado más frecuentemente en el estómago (del 25 al 38%), el duodeno (del 17 al 36%) y el yeyuno (del 15 al 21,7%), pero puede localizarse también en el esófago, el hígado, la vía biliar, el bazo, el mesenterio, el mediastino, el epiplón y las trompas de Falopio^{3,4}. En el 90% de los casos de localización gástrica se sitúa en la curvatura mayor del antro distal (a 1–6 cm del píloro); las capas histológicas afectadas (en orden decreciente de frecuencia) son la submucosa, la muscular y la serosa. La heterotopía pancreática posiblemente resulta de una migración incompleta del tejido precursor del páncreas desde el duodeno primitivo, aunque también podría originarse por un proceso de metaplasia pancreática del tejido endodérmico gástrico durante la embriogénesis⁵. A menudo se descubre como un hallazgo incidental, pero puede hacerse sintomático, dependiendo la presentación clínica de la localización y el tamaño del tejido pancreático, y de qué complicación patológica desarrolle (inflamación, hemorragia o transformación maligna). Así, puede manifestarse por cuadros de estenosis pilórica o ictericia obstructiva cuando se localiza en el área prepilórica o en la vía biliar principal; como dolor abdominal cuando ocurren cambios inflamatorios de pancreatitis⁶ (como en el caso que se presenta) o cuando tiene lugar una transformación maligna con el desarrollo de un adenocarcinoma⁷; incluso puede manifestarse como hemorragia digestiva o perforación cuando ocasiona erosión de la mucosa y formación de una úlcera.

Para el diagnóstico del páncreas ectópico de localización gástrica pueden utilizarse radiología baritada, endoscopia, tomografía computarizada y resonancia magnética, que mostrarán la presencia de una lesión o masa en la pared gástrica de base amplia y de tamaño variable (generalmente de 0,5 a 2 cm), con frecuencia umbilicada en su centro, con una mucosa de apariencia normal y ocasionalmente con un rudimentario conducto de drenaje, siempre que no se haya producido ninguna complicación patológica^{4,6,8}. Las biopsias endoscópicas suelen mostrar una mucosa gástrica normal al tener el tejido pancreático una localización más profunda. Por tanto, un diagnóstico de certeza preoperatorio de páncreas ectópico, frente a otras lesiones como tumores mesenquimales benignos y malignos (especialmente los

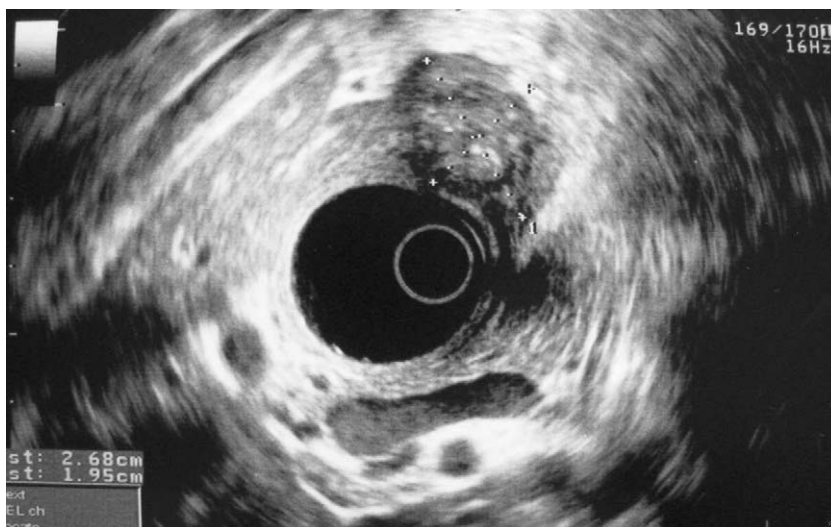


Figura 1 Imagen ecoendoscópica de páncreas ectópico complicado con pancreatitis aguda, que muestra una lesión en la región antro pilórica, dependiente de la capa muscular, de aspecto heteroecogénico y con zonas indicativas de calcificación.

tumores estromales o GIST [*gastrointestinal stromal tumor* 'tumor del estroma gastrointestinal']), carcinoides y linfomas, es posible sólo en un 5% de los casos^{8,9}. Con la ecoendoscopia, al definir en qué capa de la pared se origina la lesión y cuáles son sus características ecográficas, además de permitir la obtención de material directamente de la lesión para el estudio histológico, se consigue una mayor seguridad diagnóstica y es actualmente la técnica de elección en el estudio de estas lesiones^{2,10}. Respecto al tratamiento, en pacientes asintomáticos está indicada una actitud conservadora cuando se alcanza un diagnóstico de certeza de páncreas ectópico, mientras que la resección quirúrgica es obligada en casos sintomáticos o con diagnóstico incierto.

Bibliografía

- Hedenbro JL, Ekelund M, Wetterberg P. Endoscopic diagnosis of submucosal gastric lesions. The results after routine endoscopy. *Surg Endosc.* 1991;5:20–3.
- Hwang JH, Rulyak SD, Kimmey MB. American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastric subepithelial masses. *Gastroenterology.* 2006;130:2217–28.
- De Castro Barbosa JJ, Dockerty MB, Waugh JM. Pancreatic heterotopia: Review of the literature and report of 41 authenticated surgical cases, of which 25 were clinically significant. *Surg Gynecol Obstet.* 1946;82:527–42.
- Lai EC, Tompkins RK. Heterotopic pancreas. Review of a 26 year experience. *Am J Surg.* 1986;151:697–700.
- Chandan VS, Wang W. Pancreatic heterotopia in the gastric antrum. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128:111–2.
- Silva AC, Charles JC, Kimery BD, Wood JP, Liu PT. MR cholangiopancreatography in the detection of symptomatic ectopic pancreatitis in the small-bowel mesentery. *Am J Roentgenol.* 2006;187:W195–7.
- Emerson L, Layfield LJ, Rohr LR, Dayton MT. Adenocarcinoma arising in association with gastric heterotopic pancreas: A case report and review of the literature. *J Surg Oncol.* 2004;87:53–7.
- Cho JS, Shin KS, Kwon ST, Kim JW, Song CJ, Noh SM, et al. Heterotopic pancreas in the stomach: CT findings. *Radiology.* 2000;217:139–44.
- Hsia CY, Wu CW, Lui WY. Heterotopic pancreas: A difficult diagnosis. *J Clin Gastroenterol.* 1999;28:144–7.
- Kim JH, Lim JS, Lee YC, Hyung WJ, Lee JH, Kim MJ, et al. Endosonographic features of gastric ectopic pancreases distinguishable from mesenchymal tumors. *J Gastroenterol Hepatol.* 2008;23:e301–7.

Pedro Laguna del Estal*, Rodrigo García Madero, Daniela Dragolici Mihailescu y Pablo García Montero

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pld02m@saludalia.com
(P. Laguna del Estal).

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.04.001

Estenosis biliar distal por coledocolitiasis que simula colangiocarcinoma

Distal biliary stenosis due to bile duct stones simulating cholangiocarcinoma

Sr. Director:

Las estenosis biliares pueden ser benignas o malignas y, en ocasiones, es difícil determinar correctamente su naturaleza a pesar de la utilización de nuevas técnicas de imagen y se precisa de una intervención quirúrgica para llegar a un diagnóstico definitivo ante la sospecha de un colangiocarcinoma.

Presentamos el caso de un varón de 79 años sin antecedentes personales de interés que ingresa por epigastria irradiada al hipocondrio derecho, vómitos, fiebre de 38 °C y coluria. Refiere pérdida de 8 kg de peso en los últimos 2 meses. En la exploración física presenta subictericia conjuntival y el abdomen es doloroso a la palpación en el epigastrio y el hipocondrio derecho, con signo de Murphy negativo. En la analítica se observa un hemograma normal, sin leucocitosis ni neutrofilia, aminotransferasa glutámico-xalacética de 44 U/l) aminotransferasa glutámico pirúvica de 61 U/l, gammaglutamil transpeptidasa de 680 U/l, fosfatasa alcalina de 362 U/l, bilirrubina total de 0,9 mg/dl, amilasa de 49 U/l, y lipasa de 38 U/l, con marcadores tumorales (CA) de antígeno carcinoembrionario (CA 19/9, CA 15/3 y CA 125)

dentro de la normalidad. La ecografía abdominal muestra coledocolitiasis, dilatación de la vía biliar intrahepática y la vía biliar principal (VBP) de 17 mm, con una imagen en su porción distal indicativa de coledocolitiasis, por lo que se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) 24 h después, en la que se aprecia una dilatación



Figura 1 Vía biliar principal dilatada, sin defectos de repleción, con balón de Fogarty en tercio medio.