

Obstrucción del vaciamiento gástrico secundario a heterotopia pancreática en el antro

Alejandro Avilés-Salas,* Claudia B. Castro-Ortega*

Resumen

La heterotopia pancreática (HP) es una lesión relativamente infrecuente, observada con mayor frecuencia en el estómago. En la mayoría de los casos la HP es asintomática, pero puede ocasionalmente acompañarse de dispepsia y hemorragia gastrointestinal superior. Se describe el caso de un hombre de 40 años de edad con obstrucción del vaciamiento gástrico, secundario a HP en el antro.

Palabras clave: Heterotopia pancreática, estómago, vaciamiento gástrico.

Summary

Heterotopic pancreas (HP) is a relatively infrequent lesion most often found in the stomach. In the majority of cases, HP does not cause symptoms, but it can occasionally present as dyspepsia and upper gastrointestinal bleeding. This report describes the case of a 40-year-old man with gastric outlet obstruction resulting from HP in gastric antrum.

Key words: Heterotopic pancreas, Stomach, Gastric outlet.

Introducción

La HP es una lesión poco común, su incidencia en series de autopsias oscila de 0.6% a 14.0%. Esta lesión usualmente es pequeña, asintomática, y generalmente descubierta de manera incidental en una cirugía o autopsia. Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar dolor epigástrico y hemorragia gastrointestinal superior.¹ Se han descrito cuatro tipos histológicos de HP: total, canalicular, exocrina y endocrina.² Las principales complicaciones de la HP incluyen pancreatitis, pseudoquiste pancreático, insulinooma y transformación maligna.^{1,3} Excepcionalmente, la HP ha sido reportada como causa de obstrucción del vaciamiento gástrico.⁴

Informe del caso

Hombre de 40 años de edad, refirió dolor epigástrico de cuatro años de evolución, tratado con bloqueadores de la bomba de protones. Posteriormente presentó distensión abdominal, plenitud postprandial, así como vómito de contenido gastrobiliar y pérdida de 15 Kg. de peso corporal. La exploración física no fue relevante. Se realizó endoscopia que reportó estómago aumentado de volumen, con distensibilidad limitada en cuerpo y antro. En la región pilórica se observó lesión infiltrante con lateralización del píloro y obstrucción del paso del endoscopio. Se tomaron biopsias de esta región, las cuales se informaron como gastritis crónica inactiva,

*Departamento de Patología, Instituto Nacional de Cancerología

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Alejandro Avilés Salas. Departamento de Patología. Instituto Nacional de Cancerología. Av. San Fernando 22. Sección XVI, 14000 Tlalpan. Distrito Federal, México. e-mail: alejandroaviles2001@yahoo.com

probablemente química. La TAC mostró tumor prepilórico, en relación a neoplasia. (Figura 1). Debido a la obstrucción pilórica y con el diagnóstico probable de cáncer gástrico, se programó para gastrectomía subtotal.

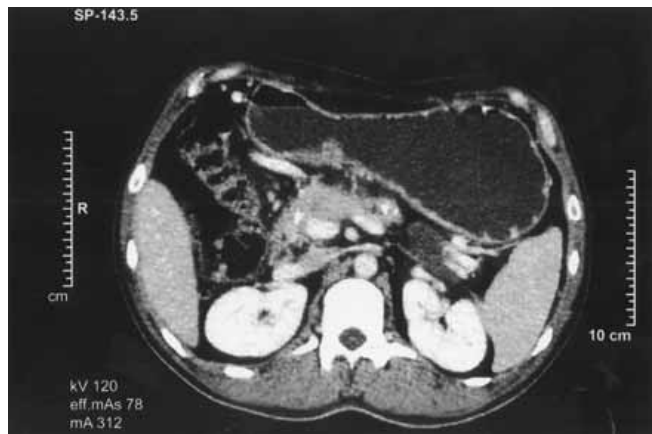


Figura 1. TAC que muestra lesión infiltrativa en la región del antro gástrico.

Macroscópicamente, en la región pilórica a 1.5 cm del borde quirúrgico distal, se observó lesión intramural de color amarillo claro que midió un centímetro de diámetro mayor. La mucosa suprayacente no mostró alteraciones significativas. El estudio microscópico mostró mucosa de tipo antral, con agregados linfoides y centros germinales reactivos. Involucrando las capas submucosa y muscular propia se identificó lesión nodular de bordes mal definidos, constituida por tejido pancreático maduro, sin guardar conexión vascular ni anatómica con el páncreas (Figura 2). La HP fue total, con lóbulos perfectamente formados, constituidos por estructuras acinares, ductales y células endocrinas (Figura 3).

El paciente fue dado de alta del Instituto. Actualmente, a siete meses de seguimiento el paciente está vivo y con buen estado nutricional.

Discusión

La HP gástrica (HPG) es un hallazgo poco común, su incidencia en series de autopsias es del 0.6% a 14%.^{5,6} A pesar que su incidencia en dichas series fue relativamente alta, la HPG es diagnosticada con menor frecuencia durante la vida. Estas lesiones usualmente son pequeñas, asintomáticas y frecuentemente diagnosticadas de manera incidental. Algunos pacientes han reportado dolor epigástrico, hemorragia gastrointestinal superior y obstrucción del vaciamiento gástrico. Las complicacio-

nes de la HP incluyen pancreatitis, pseudoquiste, adenoma y transformación maligna.⁶⁻⁸

La HP se define como tejido pancreático sin continuidad anatómica y vascular con el páncreas.⁶ El aspecto macroscópico de la HPG usualmente corresponde a un nódulo de consistencia firme, amarillo y lobulado, el cual está localizado en la submucosa, pero en ocasiones puede extenderse a la muscular propia y serosa.^{6,9} La gran mayoría de las lesiones miden tres centímetros de diámetro mayor y usualmente se localizan a lo largo de la curvatura mayor, frecuentemente en la región pilórica (dentro de los seis centímetros del canal pilórico).

Histológicamente la HP se puede dividir en cuatro tipos: a) heterotopia total, aquella compuesta de todos los tipos celulares, b) heterotopia canalicular, compuesta

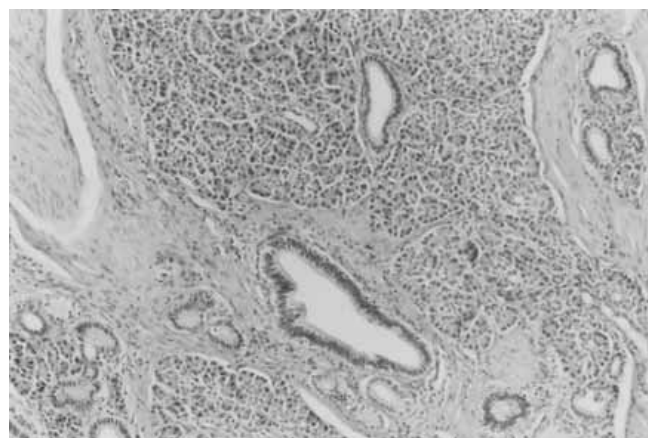


Figura 2. HP inmersa en bandas de músculo liso. La lesión se extendía de la submucosa a la subserosa.

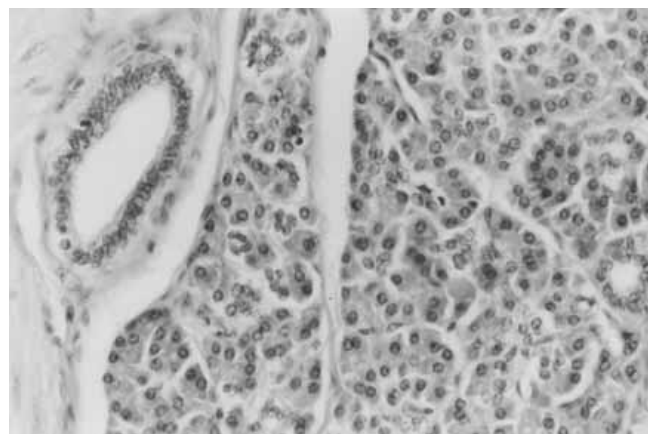


Figura 3. Tejido pancreático constituido por acinos y conductos pancreáticos.

solamente por conductos, c) heterotopia exocrina, compuesta por células acinares y d) heterotopia endocrina, aquella compuesta por islotes.²

El origen exacto de la HP es incierto, se acepta su origen durante el desarrollo embriológico del tracto gastrointestinal. El páncreas normal se origina de varias evaginaciones de la pared del duodeno primitivo. El divertículo dorsal formará el cuerpo y la cola, y el divertículo ventral la cabeza del páncreas. Estas se fusionan durante la sexta semana de gestación; si una o más evaginaciones permanecen dentro de la pared del intestino, estas pueden ser acarreadas con el crecimiento longitudinal del intestino, formando en última instancia HP en sitios distantes al páncreas.^{2,4}

El diagnóstico de HP frecuentemente se realiza por medio del estudio histológico de las piezas quirúrgicas. Métodos diagnósticos menos invasivos, incluyen el uso de la endoscopia y el ultrasonido transendoscópico (UTE). La endoscopia por sí sola es limitada, dado que las biopsias obtenidas de manera estándar frecuentemente no son diagnósticas, debido que las estructuras que caracterizan a la HP están situadas por debajo de la mucosa. El UTE es una herramienta de gran utilidad en el diagnóstico de estas lesiones. Frecuentemente se observa un ecograma intermedio, entre el ecograma de la submucosa ecodensa y la muscular propia hipoecoica.^{10,11} Los hallazgos del UTE que caracterizan a la HP corresponden a componentes histológicos específicos; margen poco definido (estructura lobular del tejido acinar), patrón predominantemente hipoecoico (tejido acinar), pequeñas áreas hiperecoicas (tejido adiposo), áreas anecoicas (conductos dilatados), y engrosamiento de la cuarta capa sonográfica (hipertrofia de la capa muscular).¹² Sin embargo, estos hallazgos no son específicos de la HP y pueden observarse

en otras patologías. Por lo tanto, el diagnóstico definitivo no puede ser basado exclusivamente en los hallazgos del UTE.

En conclusión, la HPG es una lesión pequeña, asintomática y en la mayoría de los casos sin relevancia clínica, por lo tanto, si se realiza un diagnóstico correcto y si es asintomática, puede justificarse un manejo conservador. Sin embargo, es necesaria su resección cuando causa síntomas, o bien, no puede ser excluido un proceso neoplásico con los estudios de imagen o biopsia endoscópica.

Referencias

1. Cho JS, Shin KS, Kwon ST, Kim J, Song CJ, Noh SM, Kang DY, Kim HY, Kang HK. Heterotopic pancreas in the stomach: CT findings. *Radiology* 2000;217:139-144.
2. Hammock L, Jorda M. Gastric endocrine pancreatic heterotopia. Report of a case with histologic and immunohistochemical findings and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126:464-467.
3. Jeong HY, Yang HW, Seo SW, Seong JK, Na BK, Lee BS, Song GS, Park HS, Lee HY. Adenocarcinoma arising from an ectopic pancreas in the stomach. *Endoscopy* 2002;34:1014-1017.
4. Shaib YH, Rabaa E, Feddersen RM, Jamal M, Qaseem T. Gastric outlet obstruction secondary to heterotopic pancreas in the antrum: case report and review. *Gastrointest Endosc* 2001;54:527-530.
5. Pearson S. Aberrant pancreas: review of literature and report of three cases. *Arch Surg* 1951;63:168-184.
6. Dolan RV, ReMine WH, Dockerty MB. The fate of heterotopic pancreatic tissue: a study of 212 cases. *Arch Surg* 1974;109:762-765.
7. Claudon M, Verain AL, Bigard MA, Boissel P, Poisson P, Floquet J, Regent D. Cyst formation in gastric heterotopic pancreas: report of two cases. *Radiology* 1988;169:659-660.
8. Ura H, Denno R, Hirata K, Saeki A, Hirata K, Natori H. Carcinoma arising from ectopic pancreas in the stomach: endosonographic detection of malignant change. *J Clin Ultrasound* 1998;26:265-268.
9. Kilman WJ, Berk RN. The spectrum of radiographic features of aberrant pancreatic rests involving the stomach. *Radiology* 1977;123:291-296.
10. Matsushita M, Takakuwa H, Nishio A. Endoscopic removal of heterotopic pancreas for the relief of symptoms. *Am J Gastroenterol* 2002;97:3205-3206.
11. Shalaby M, Kochman ML, Lichtenstein GR. Heterotopic pancreas presenting as dysphagia. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1046-1049.
12. Oka R, Okai T, Khakata H, Ohta T. Heterotopic pancreas with calcification: a lesion mimicking leiomyosarcoma of the stomach. *Gastrointest Endosc* 2002;56:939-942.

