

Hemorragia digestiva alta por páncreas ectópico: A propósito de un caso

Upper gastrointestinal bleeding by ectopic pancreas: A case report

Kevin Soralez-Farías^{1,a}, Marcos Mestanza-Morón^{2,b}, Maribel Guevara-Bravo^{3,c}

RESUMEN

Introducción: El coristoma pancreático o páncreas ectópico es la presencia de tejido pancreático fuera de la localización anatómica del páncreas. Es una patología rara que puede presentarse en cualquier localización del tracto gastrointestinal, mayormente es asintomático, pero puede manifestarse como inflamación, hemorragia, obstrucción y cambios neoplásicos. **Reporte de caso:** Presentamos un paciente varón de 27 años, procedente de Cajamarca, con antecedente desde los 12 años de úlcera péptica, que ingresa con cuadro de hemorragia digestiva y descompensación hemodinámica, con evidencia endoscópica de tumoración duodenal y estudio histopatológico posterior de páncreas ectópico. **Conclusiones:** El páncreas ectópico es una entidad rara, siendo el estómago y el intestino las ubicaciones más frecuentes; su hallazgo es incidental, a menos que se complique con hemorragia gastrointestinal, inflamación o malignización. En nuestro caso la ubicación fue duodenal, con presentación hemorrágica, que requirió tratamiento endoscópico y posteriormente quirúrgico.

Palabras clave: Coristoma pancreático; hemorragia gastrointestinal; tracto gastrointestinal (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Introduction: The pancreatic choristoma or ectopic pancreas is the presence of pancreatic tissue outside the anatomic location of the pancreas. It is a rare pathology that can occur in any location of the gastrointestinal tract, it is mostly asymptomatic, but it can manifest as inflammation, bleeding, obstruction and neoplastic changes. **Case report:** Present a 27-year-old patient from Cajamarca, with a 12-year history of peptic ulcer, presenting with symptoms of gastrointestinal hemorrhage and hemodynamic decompensation, with endoscopic evidence of duodenal tumor and subsequent histopathological study of ectopic pancreas. **Conclusions:** The ectopic pancreas is a rare entity, being the stomach and intestine the most frequent; Its finding is incidental, unless complicated by bleeding, inflammation or malignancy. In our case, the location was duodenal, with hemorrhagic presentation, which required endoscopic and later surgical treatment.

Keywords: Pancreatic choristoma; gastrointestinal bleeding; gastrointestinal tract (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

El coristoma pancreático llamado también páncreas ectópico o aberrante, fue descrito por primera vez en 1727 al ser encontrado en un divertículo ileal⁽¹⁾, definiéndose así a la localización anormal de tejido pancreático, sin ninguna continuidad anatómica o vascular con el páncreas normal⁽¹⁾. La incidencia reportada en autopsias es del 0,55% al 13,7%, aunque se estima que el 2% de la población lo padece. La edad más frecuente de presentación es entre los 50 y 60 años, con una incidencia mayor en el sexo masculino⁽²⁾. La localización más frecuente dentro del tracto gastrointestinal es en el estómago y el intestino delgado, siendo descritos también en vías biliares, trompas de Falopio y órganos intratorácicos³. Clínicamente la mayoría son asintomáticos y cuando generan síntomas es porque existe inflamación, hemorragia, obstrucción o transformación maligna⁽⁴⁾. Habitualmente estas lesiones son descubiertas incidentalmente durante una endoscopia digestiva alta donde se presentan como una lesión sobre-elevada con umbilicación central, con mucosa gástrica normal y biopsia que corresponde a estructuras pancreáticas sin alteraciones. El diagnóstico preoperatorio es dificultoso, ya que se puede confundir con otras lesiones gástricas submucosas⁽⁵⁾.

1. Facultad de medicina, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, Perú.
2. Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, Perú.
a. Médico Residente de Gastroenterología.
b. Médico especialista en Gastroenterología.
c. Médico especialista en Anatomía Patológica.

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 27 años, natural y procedente de Cajamarca, comerciante, con antecedente de gastritis crónica a los 13 años y hemorragia digestiva alta por úlcera péptica a los 14 años mejorando con tratamiento médico. Dos semanas antes de su ingreso a nuestro hospital presenta malestar general, melenas y mareos por lo que por emergencia del hospital de Cajamarca se le realiza una endoscopia en donde se evidencia en la parte inicial de bulbo duodenal una úlcera catalogada como Forrest IIC asociada a gastritis eritematosa nodular moderada, donde a través de inyectoterapia con adrenalina e infusión endovenosa con Omeprazol, disminuye sangrado, siendo dado de alta. Una semana antes de ingreso presenta nuevo episodio melenas con anemia severa, por emergencia se le transfunden 02 paquetes globulares e ingresa a sala de operaciones, donde a través de una laparotomía exploratoria, se evidencia tumoración duodenal con sangrado pulsátil y se le realiza hemostasia con sutura de lecho sangrante, siendo referido para cuidados postoperatorios. Paciente llega a emergencia de nuestro hospital con estabilidad hemodinámica; tres días después persisten las melenas y caída del hematocrito por lo que se le realiza nueva endoscopia alta donde se halla sangrando rutilante con abundantes coágulos en zona gástrica y bulbar, no evidenciándose úlcera, se aspira y realiza inyectoterapia que disminuye el sangrado (figura N°1).



Figura N°. Hemorragia digestiva activa en cara anterior de bulbo duodenal (flecha).

Cuatro días después presenta vómitos porráceos, sangrado por sonda nasogástrica y melenas abundantes, se le transfunden 03 unidades de paquetes globulares y deciden intervenir quirúrgicamente por segunda vez, realizándole una laparotomía exploratoria y duodenostomía, evidenciándose tumor de 1,5 cm en pared anterior duodenal por lo que se toma biopsia en cuña del tumor, colocación de puntos transfixiantes, duodenorrafia y colocación de drenes tubulares con evolución favorable y alta hospitalaria 12

días después. La microscopía de la biopsia reveló células de tipo acinar, conductos revestidos por células cuboideas, grupos de células formando islotes compactos redondeados, dispuestos en la submucosa de pared gástrica, correspondiendo a páncreas ectópico tipo I (Figuras N°2 y 3).

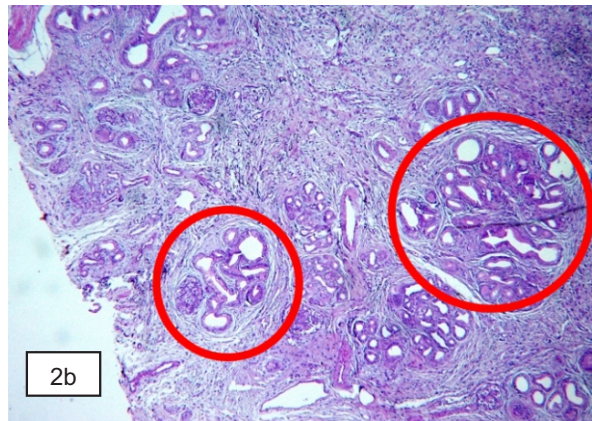
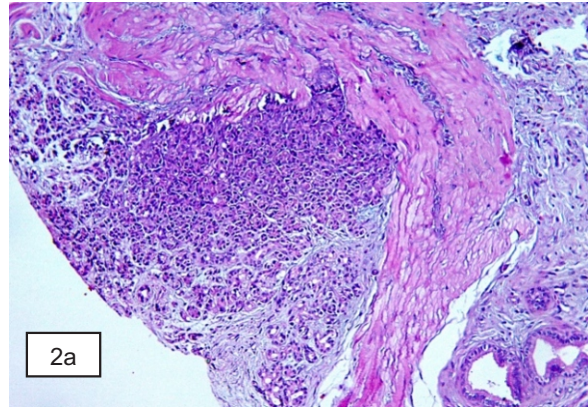
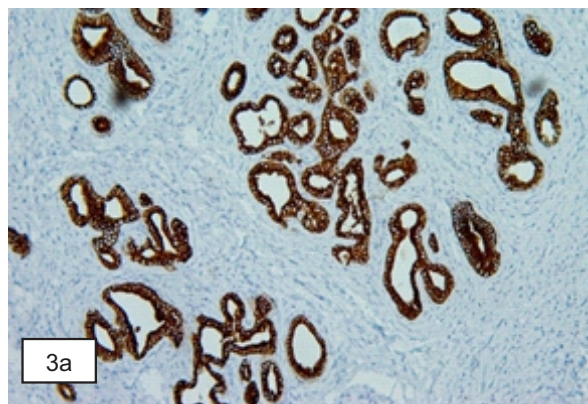


Figura N°2. a. Células acinares a nivel de submucosa de pared gástrica. b. Conductos pancreáticos e Islotes de Langerhans compactos redondeados (círculos).



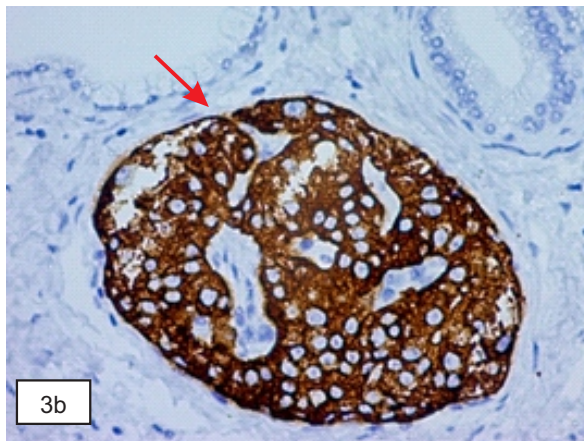


Figura N°3. a. Marcado Inmunohistoquímico para CK7, marcación citoplasmática intensa de células ductales. 3b. Marcado Inmunohistoquímico para Sinaptofisina, marcación intensa y uniforme en todas las células alfa y beta del islote de Langerhans (flecha).

DISCUSIÓN

La existencia de tejido pancreático ectópico se ha intentado explicar con diferentes teorías, la teoría más aceptada es que se trate de una evolución embriológica anómala, produciéndose durante el período prenatal, implantándose en las yemas pancreáticas en diferentes partes del tracto gastrointestinal, resultando en tejido que pierde continuidad anatómica y vascular con el páncreas⁽¹⁾. Es una enfermedad rara, reportada en una de quinientas cirugías del tracto gastrointestinal. La edad de presentación es entre la quinta y sexta década de vida, aunque se han reportado casos en diversas edades; en los adultos hay un predominio por el sexo masculino en una relación 3 a 1, no habiendo predominancia de sexo en la edad pediátrica⁽²⁻³⁾. Nuestro paciente de sexo masculino tiene 27 años, no concordando como el grupo etáreo predominante en la literatura.

Dentro de las localizaciones más frecuentes, el 80% se distribuyen en estómago, duodeno y yeyuno, siendo la región gástrica prepilórica (en la curvatura mayor) la más relevante. Se han descrito otras localizaciones como parte del divertículo de Meckel, en íleon, conducto y árbol biliar, vesícula biliar, bazo, trompas de Falopio, bronquios, pulmones y mediastino⁵. Nuestro caso coincide con la literatura ya que la localización fue de prepilórica.

En el estudio macroscópico de la pieza se puede evidenciar nódulo único, redondo lobulado, firme y color amarillo de 1 a 2 cm de diámetro. La umbilicación central es característica en el 50% de los pacientes, representando el conducto excretor que desemboca en la luz. La localización frecuentemente es submucosa (75%), ocasionalmente en la muscular propia (15%) y

raro en serosa (10%)⁽⁴⁻⁶⁾. En la microscopía la mucosa de recubre es normal y se evidencia tejido pancreático de características normales, conformados por acinos, lóbulos, ductos e islotes de Langerhans. Se describe degeneración maligna en raros casos. Existen cuatro tipos histológicos. El tipo 1 está representado por tejido pancreático típico, con acinos, ductos e islotes de Langerhans, el tipo 2 está conformado por ductos pancreáticos, el tipo 3 presenta solamente tejido acinar y el tipo 4 está formado por islotes pancreáticos⁽⁷⁾. En nuestro paciente correspondió al tipo 1 al contener todas las estructuras típicas pancreáticas, y la inmunohistoquímica reveló marcación intensa y uniforme en células del islote de Langerhans, y marcación intensa para panqueratina de células ductales tal como reporta la bibliografía⁽⁵⁾.

Clínicamente suelen ser asintomáticos en la mayoría de pacientes (75%). La sintomatología se relaciona con el lugar, tamaño y cambios patológicos asociados, esto se debe por presentar un incremento en la secreción hormonal y enzimática del tejido ectópico, generando dolor epigástrico por inflamación local con progresión a la ulceración y hemorragia digestiva, pudiendo producir shock hipovolémico. Otros síntomas son náuseas, vómitos y síntomas de obstrucción intestinal⁽⁵⁻⁶⁾. Nuestro paciente tuvo el antecedente de gastritis y úlcera gástrica desde su pubertad e ingreso hospitalario actual de hematemesis, melena y descompensación hemodinámica por lo cual requirió manejo endovenoso con cristaloides, soporte transfusional e intervención quirúrgica de emergencia en 3 oportunidades, con evidencia intraoperatoria de tumoración de 1,5 cm sangrante que requirió sutura hemostática.

El diagnóstico algunas veces es de manera incidental a través de endoscopia, hallándose una masa pequeña, sésil con zona umbilicada central. El estudio radiográfico baritado puede mostrar un defecto de repleción en la curvatura mayor del estómago de 1 a 3 cm de diámetro⁽⁵⁾. Hoy en día la ecoendoscopia es el método más fiable para su diagnóstico, teniendo como hallazgo una lesión hipoecoica, heterogénea de márgenes indefinidos originados mayormente en la submucosa. La citología por punción con aguja fina obtiene muestras a profundidad teniendo una sensibilidad del 80% y especificidad del 100%. Actualmente el rol de la ecoendoscopia es para definir la capa de origen, tamaño de la lesión, vascularización, adenopatías regionales y determinar la vía de abordaje en caso de resección⁽⁷⁾. En nuestro hospital no contamos con ecoendoscopia, realizándole sólo endoscopia alta y teniendo como hallazgos vaso sangrante en bulbo duodenal con dificultad en visualización de lesiones, que posteriormente mejora tras inyectoterapia con adrenalina. Dentro del diagnóstico diferencial de los tumores subepiteliales podemos considerar al GIST, leiomioma, lipoma, tumor neuroendocrino, metástasis, entre otros⁽⁸⁾.

Dentro del tratamiento los tumores asintomáticos requieren seguimiento endoscópico; por otro lado los tumores sintomáticos se tendrán que hacer resección. Tumores menores de 2 cm se le puede practicar una resección endoscópica y tumores mayores a 2 cm se tendrá que realizar una resección quirúrgica en cuña o trasgástrica⁽⁹⁾.

El pronóstico posterior a la resección es bueno.

En conclusión, el coristoma pancreático es una entidad rara, siendo el estómago y el intestino las ubicaciones más frecuentes; su hallazgo es incidental, a menos que se complique con hemorragia, inflamación o malignización. En nuestro caso la ubicación fue duodenal, con presentación hemorrágica, que requirió tratamiento endoscópico y quirúrgico.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mickuniene R, Stundiene L, Jucaitis T, Valanciene D. A case of ectopic pancreas in the ileum presenting as obscure gastrointestinal bleeding and abdominal pain. *BMC Gastroenterology* (2019) 19:57.
- Wawrzynski J, Leon LD, Shah SA, Adrain A, Goldstein LJ, Feller E. Gastric Heterotopic Pancreas Presenting as Abdominal Pain with Acute and Chronic Pancreatitis in the Resected Specimen. *Case Reports in Gastrointestinal Medicine*. 2019;2019:1-4.
- Štor Z, Hanžel J. Gastric ectopic pancreas mimicking a gastrointestinal stromal tumour: A case report. *International journal of surgery case reports*. 2018;53:348-350.
- Iacobuzio-Donahue C, Montgomery E. *Patología hepática y gastrointestinal*. 2nd ed. Goldblum J. Colombia. Amolca. 2015. Disponible en: <http://www.libreriaserviciomedico.com/product/465359/patologia-hepatica-y-gastrointestinal---iacobuzio-donahue--montgomery>.
- Esquivel C; Ballario F; García S; Giraud P; Granero LE. Tumor submucoso gástrico: páncreas heterotópico. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2011. 41 (3): 234-237.
- Ouro S, Taré F, Moniz L. Ectopia pancreática. *Acta Med Port* 2011; 24: 361-366.
- Hiki N, Yamamoto T, Fukunaga T et al. Laparoscopic and endoscopic cooperative surgery for gastrointestinal stromal tumor dissection. *Surg Endosc* 2008;22:1729-35
- Martínez LR, Gigato DA, García-Menocal HJ, Anido EV. Páncreas aberrante. A propósito de un caso. *Rev Gastroenterol Cub* 2011; 3 (2): 3-8.
- Bromberg SH, Camilo Neto C, Borges AFA, Franco MIF, Francia LCM, Yamaguchi N. Heterotopía pancreática: análisis clínico-patológico de 18 pacientes. *Rev Col Bras Cir*. 2010; 37 (6).

Correspondencia

Kevin Soralez-Farías

Correo: kevin_jsf@hotmail.com

Revisión de pares

Recibido: 10/02/2019

Aceptado: 15/03/2019