Infrecuente complicación de páncreas ectópico: obstrucción intestinal por pseudoquiste pancreático en píloro

Jesús Venegas G.¹, Gonzalo Fernández M.¹, Jimena Pedrosa A.¹, Johanna Palacios B.², María de la Plaza.³

1. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Burgos, Burgos. España.

2. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Burgos, Burgos. España.

3. Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Burgos, Burgos. España.

Infrequent complication of heterotopic pancreas: intestinal obstruction by pancreatic pseudocyst in pylorus

Resumen: Presentamos un caso un hombre de 53 años con antecedentes de reflujo gastroesofágico y pirosis con varias visitas al servicio de urgencias por vómitos, con antecedentes de consumo crónico de alcohol. La TC sin y con contraste endovenoso mostró a nivel del píloro una lesión ovoidea de paredes gruesas con captación similar al tejido pancreático, con un gran componente quístico bien delimitado que condiciona una obstrucción intestinal. La ecografía confirma la presencia de una lesión quística con ecos móviles en su interior. Tras la realización de antrectomía, el estudio histológico revela un pseudoquiste pancreático sobre páncreas ectópico, siendo esta presentación muy infrecuente, con pocos casos descritos hasta la fecha. Conclusión: Los hallazgos clínico-radiológicos con TC y US de páncreas ectópico pueden orientar el diagnóstico, aunque no son concluyentes. El diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histológico.

Palabras claves: Obstrucción intestinal, Páncreas ectópico, Pseudoquiste.

Abstract: A 53 year-old male with a past history of chronic alcohol intake, presents with an intestinal obstruction. A CT scan shows an ovoid tumor in pylorus with a great cystic component, thick wall and delimited rim, causing gastric retention. Its walls have similar enhancing pattern as the pancreatic tissue. Ultrasound revealed the presence of a cystic tumor with mobile echoes inside. After antrectomy the histological study reports pancreatic pseudocyst hosted in ectopic pancreas. This is an unusual presentation and only a few cases have been reported. Conclusion: The clinical and radiographic findings of ectopic pancreas are non-specific. Definitive diagnosis requires histological study.

Keywords: ectopic pancreas, pancreatic pseudocyst, intestinal obstruction.

Venegas J., et al. Infrecuente complicación de páncreas ectópico: obstrucción intestinal por pseudoquiste pancreático en píloro Rev Chil Radiol 2019; 25(4): 141-145.

*Correo electrónico: Jesús Venegas Gómez / jvenegas@saludcastillayleon.es.

Trabajo enviado el 20 de marzo de 2019. Aceptado para publicación el 29 de noviembre de 2019.

Introducción

El páncreas ectópico con localización en estómago es una condición relativamente infrecuente⁽¹⁾.

A pesar de ser generalmente asintomático, algunos pacientes pueden presentar síntomas debido a complicaciones como ulceración, sangrado, formación de quistes y pseudoquistes, siendo infrecuente la

obstrucción intestinal^(2,3,4, 5).

Presentamos un caso poco frecuente de obstrucción intestinal causada por un pseudoquiste pancreático alojado en un páncreas ectópico en píloro gástrico, comprobada quirúrgicamente. Aportamos imágenes de ecografía, TC (con reconstrucciones RMP y 3D), pieza quirúrgica y estudio histológico.

Presentación del caso

Hombre de 53 años con antecedentes de reflujo gastroesofágico y pirosis con varias visitas al servicio de urgencias por vómitos que llegan a ser incoercibles e intolerancia oral. No tiene antecedentes de importancia, salvo la ingesta de 5 unidades de alcohol diarias.

En la gastroscopia se evidenció obstrucción antropilórica por lesión submucosa vs compresión extrínseca, así como estómago de retención.

En la TC sin y con contraste se observó una lesión endoluminal ovoidea centrada en el píloro, con un gran componente quístico bien delimitado, de paredes gruesas y lisas (mayor izquierda) de 5,8 x 5,4 x 5 cm (anteroposterior, transversal, cráneo-caudal) (Figura 1). El componente quístico es discretamente hiperdenso respecto al contenido de la cámara gástrica. Tras la administración de contraste endovenoso presenta en la fase arterial una intensa captación parietal, mayor que la pared gastropilórica (Figura 2). Tanto en la fase arterial como en la venosa el realce es similar al del tejido pancreático (Figura 3).

La ecografía confirma una lesión quística con ecos móviles en su interior con pared hiperecogénica bien delimitada, asimétrica, de contornos lisos, alojada en el canal pilórico (Figura 4) siendo la causa de la retención del contenido gástrico (Figura 5).

El paciente se somete a intervención quirúrgica realizándose antrectomía con reconstrucción Billroth III (Figura 6).

El diagnóstico anatomopatológico mostró un pseudoquistes pancreático sobre páncreas ectópico (Figura 7).

Figura 1: TC sin CIV que muestra tumoración pilórica endoluminal con componente quístico y paredes gruesas. Nótese que el contenido quístico tumoral presenta mayor densidad que el contenido gástrico.

Discusión

El páncreas ectópico (páncreas heterotópico) se define como el tejido pancreático sin conexión anatómica o vascular con el páncreas normal^(1,2,3,5,6,7). Histológicamente es similar al tejido pancreático normal con pequeños ductos que drenan independientemente o a un tracto central rudimentario^(5,7,8,9).

La teoría más aceptada del origen embriológico de esta anomalía se basa en el desarrollo de las células endodérmicas pluripotenciales residuales de los botones embrionarios dorsal y ventral en la luz intestinal⁽⁸⁾.

Figura 2: TC con CIV en fase arterial RMP oblicua paraaxial con grosor de 5 mm (A) y RMP axial oblicua con grosor de 20 mm (B) que muestra mayor realce parietal predominantemente izquierda de la tumoración quística respecto a la pared del píloro, similar a la captación del parénquima pancreático.

Figura 3: TC con CIV en fase portal RMP oblicua paraaxial con grosor de 5 mm (A) y RMP coronal oblicua con grosor de 5 mm (B) en la que disminuye la captación de la pared de la tumoración quística, siendo levemente hiperdensa respecto a la pared gástrica.

Figura 4: Ecografía abdominal. Muestra una tumoración quística con ecos móviles en su interior con pared bien delimitada alojada en pílomo.

Figura 5: Reconstrucción volumétrica 3D (volumen rendering con técnica de bloque de plano límite) que muestra la tumoración quística alojada en pílomo condicionando dilatación gástrica.

Figura 6: Pieza quirúrgica.

Figura 7: A. H-E Macro-micro corte transmural de píloro (e: epitelio glandular, g: glándulas pilóricas, p: páncreas ectópico). B. H-E 10x. Pancreatitis crónica: acinos pancreáticos con destrucción y pérdida parcial del parénquima exocrino rodeados por fibrosis estromal. C. H-E. 20x Pseudoquiste pancreático. Ps: pared gruesa sin revestimiento epitelial, con infiltrado inflamatorio crónico intenso, tejido de granulación, histiocitos espumosos y células gigantes multinucleadas, sobre páncreas ectópico en píloro.

Puede ser único o múltiple, localizándose comúnmente en antro gástrico, duodeno proximal y yeyuno^(1,3,4,5,6,8,9,10).

El tamaño del tejido ectópico oscila entre 0,5 a 2 cm, siendo raro aquellos mayores de 5 cm. Frecuentemente se localiza en la submucosa^(5,9,10). Otras localizaciones incluyen íleon y divertículo de Meckel, siendo más raro en colon, esófago, vesícula, vía biliar e hígado^(1,5,7,10).

Usualmente es asintomático y detectado en la edad adulta de manera incidental^(3,5,7,8). Los síntomas incluyen epigastralgia, saciedad y melena^(2,3,7). Puede presentar pancreatitis y complicaciones como quistes y pseudoquistes^(1,5,6,7). Otras complicaciones son estenosis, ulceración, sangrado y obstrucción intestinal^(3,5,7,10). Menos frecuente es el desarrollo de adenocarcinoma y tumores neuroendocrinos

como el insulinoma^(1,3,5,7,10).

En el estudio baritado del tracto gastrointestinal, el tejido pancreático ectópico se comporta como un defecto de repleción liso, extramucoso, de amplia base, comúnmente en el antro gástrico o duodeno proximal^(1,4,5,6,9). Suele estar umbilicado lo que representa el orificio de salida del ducto rudimentario^(5,7,8,9). Los hallazgos en la TC incluyen masas ovoideas o aplanadas intramurales con crecimiento intraluminal^(1,2,3,4,5,6). Tras la administración de contraste endovenoso presenta realce homogéneo similar o más prominente al del tejido pancreático normal^(2,3,5). En nuestro caso el realce arterial parietal fue superior al de la pared gástrica. Puede presentar degeneración quística, que es una complicación infrecuente pero grave, producida por dilatación de los ductos en el tejido

pancreático ectópico ocurriendo frecuentemente en la segunda porción del duodeno^(5,8). En la RM se manifiesta como áreas de intensidad similar a la del páncreas, siendo hiperintenso en T1 y con intensa captación tras la administración de gadolinio en la fase arterial tardía⁽⁵⁾.

En el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas del tracto gastrointestinal se deben considerar los pseudoquistes en el transcurso de pancreatitis, la distrofia quística del duodeno, quistes paraduodenales, quistes de duplicación y linfangioma^(1,4,8). En cuanto a las masas sólidas se incluyen pólipos gástricos, tumor del estroma gastrointestinal (GIST), leiomioma, linfoma o tumoraciones submucosas o intramurales^(4,6,7,8,9). Sin embargo, el diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histológico^(3,7,9).

Conclusión

La obstrucción gástrica por un pseudoquiste en un páncreas ectópico de localización gástrica es una complicación infrecuente. Tanto los síntomas como los hallazgos radiológicos son pocos específicos. Las pruebas de imagen (fundamentalmente la TC) pueden orientar el diagnóstico. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante estudio histológico.

Referencias

1. Cho J, Shin K, Kwon S, Kim J, Song C, Noh S, et al. Heterotopic pancreas in the stomach: CT findings. *Radiology* 2000; 217: 139-144.
2. Kim JY, Lee JM, Kim KW, Park HS, Choi JY, Kim SH, et al. Ectopic pancreas: CT findings with emphasis on differentiation from small gastrointestinal stromal tumor and leiomyoma. *Radiology* 2009; 252: 92-100.
3. Surov A, Hainz M, Hinz L, Holzhausen H-J, Finke R, Spielmann R, et al. Ectopic pancreas with pseudocyst and pseudoaneurysm formation. *Clinical Radiology* 2009; 64: 734-737.
4. Lee J, Park CM, Kim KA, Lee CH, Choi JW, Shin BK, et al. Cystic lesions of the gastrointestinal tract: multimodality imaging with pathologic correlations. *Korean J Radiol*. 2010; 11: 457-468.
5. Rezvani M, Menias C, Sandrasegaran K, Olpin J, Elsayes K, Shaaban A. Heterotopic pancreas: histopathologic features, imaging findings and complications. *RadioGraphics* 2017; 37: 484-499.
6. Bryan D, Waxmann I, Matthews B. Gastric obstruction due to intramural pseudocyst associated with heterotopic pancreas. *J Gastrointest Surg* 2014; 18: 1225-1226.
7. O'Malley R, Maturen E, Al-Hawary M, Mathur A. Case of the season: Ectopic pancreas. *Semin Roentgenol* 2013; 48: 188-191.
8. Borghei P, Sokhandon F, Shirkhoda A, Morgan D. Anomalies, anatomic variants, and sources of diagnostic pitfalls in pancreatic imaging. *Radiology* 2013; 266: 28-36.
9. Shah Am Gordon A, Ginsberg G, Furth E, Levine M. Ectopic pancreatic rest in the proximal stomach mimicking gastric neoplasms. *Clinical Radiology* 2007; 62: 600-602.
10. Morteale K, Rocha T, Streeter J, Taylor A. Multimodality imaging of pancreatic and biliary congenital anomalies. *RadioGraphics* 2006; 26: 715-731.