

Obstrucción intestinal y diarrea causada por páncreas aberrante

Dr. Jorge Neira M.¹; Dra. M. Teresa Poblete S.²

Ectopic pancreas, persistent diarrhea and bowel obstruction

A 2.5 month old male infant died after persistent unresponsive diarrhea and severe secondary undernutrition. Necropsy showed that clinical symptoms were caused by aberrant intramural pancreatic tissue located at the splenic angle of the colon, with distal ulceration and severe stenosis.

(Key words: aberrant pancreas, persistent diarrhea, bowel obstruction).

El páncreas aberrante es una causa rara de obstrucción intestinal. El diagnóstico es difícil de sospechar, más aún si el componente obstructivo se acompaña de deposiciones diarreicas, como es el caso que a continuación se describe.

Caso clínico

Varón, producto de embarazo no controlado, aparentemente normal, con peso de 3.000 g y Apgar 9 en el 1º y 5º min. Requirió dos exanguineotransfusiones por enfermedad hemolítica (incompatibilidad O-A). Desde el segundo al séptimo día de vida cursó con rectorragia persistente. El tacto rectal y 2 radiografías de abdomen fueron normales. Posteriormente diarrea mucosa y distensión abdominal. Hemocultivos y coprocultivos negativos, pese a lo cual, recibió gentamicina, cefotaxina y penicilina. La alimentación oral aumentaba la distensión abdominal, siendo necesario mantenerlo con soluciones parenterales en el primer mes de vida, al término del cual se otorgó el alta porque disminuyó el meteorismo y las deposiciones se normalizaron. Reingresó a los dos meses de edad pesando 3.000 g., con diarrea mucosa intensa y gran distensión abdominal que aumentaba con la alimentación oral. Las radiografías simples abdo-

minales mostraron persistentes niveles hidro-aéreos que, por estar acompañados de deposiciones líquidas no hicieron pensar en obstrucción intestinal. En los coprocultivos se aislaron especies de *Shigella*, a las que se atribuyó su problema. Cursó con diarrea persistente a pesar del empleo de varios antibióticos, llegando a sufrir desnutrición severa tipo Kwashiorkor. Falleció a los 2,5 meses de edad.

En el examen anatómo-patológico la distensión abdominal era causada por aumento de volumen de las asas intestinales y comprometía principalmente el colon en sus segmentos ascendente y transversal, cuyo perímetro estaba aumentando, midiendo 10,5 cm, para disminuir abruptamente a 5 cm en el ángulo esplénico. En ese punto había un nódulo bien delimitado, de consistencia firme, superficie lobulada, blanco amarillento, de 1,5 cm en su eje mayor, incluido en la pared cólica. En el segmento distal a dicho nódulo había una zona de estenosis, cuyo perímetro era de 0,5 cm de pared engrosada, fibrosa, con extensa ulceración de la mucosa. El perímetro del recto sigmoideo era de 2,8 cm, sin anomalías. El páncreas era de ubicación, forma y tamaño normales, como también esófago, estómago e intestino delgado. El árbol biliar drenaba normalmente a través de la ampolla de Vater.

El nódulo intraparietal descrito correspondía a tejido pancreático dispuesto ordenadamente en lobulillos, entre los cuales se identificaron islotes de Langerhans bien constituidos. Era posible seguir conductos excretorios del páncreas

1. Becario de Pediatría, Universidad Austral de Chile.
2. Instituto de Histología y Patología, Universidad Austral de Chile.

exocrino hasta la mucosa, la que presentaba ulceración extensa cubierta por depósito fibrino-leucocitario (figura 1).

En la zona estrecha había fibrosis marcada de la submucosa y la muscular. La mucosa colónica de la zona dilatada tenía infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario moderado, que también se detectó en el intestino delgado (figura 2).

COMENTARIO

El páncreas se forma a partir de dos brotes, ventral y dorsal, que van coalesciendo, rotando y tomando contacto con las paredes del estómago, intestinos y mesenterios pudiendo quedar incluido en ellos un nódulo que, en 70% de los casos, es funcional.^{1,2} Habitualmente su presencia se descubre durante laparotomía, biopsia y necropsia. El aspecto de este nódulo de tejido pancreático (NTP) es único, firme, amarillento o blanco, lobulado, irregular y de superficie granular. En algunos casos ocurren cambios patológicos en los tejidos subyacentes: necrosis grasa, inflamación y formación de divertículos. Los síntomas dependen del órgano donde se asienta el NTP, siendo los más afectados el estómago, duodeno, yeyuno y los divertículos de Meckel, sitios afectados en 70% de los casos. Las molestias no suelen ocurrir en la infancia, sino

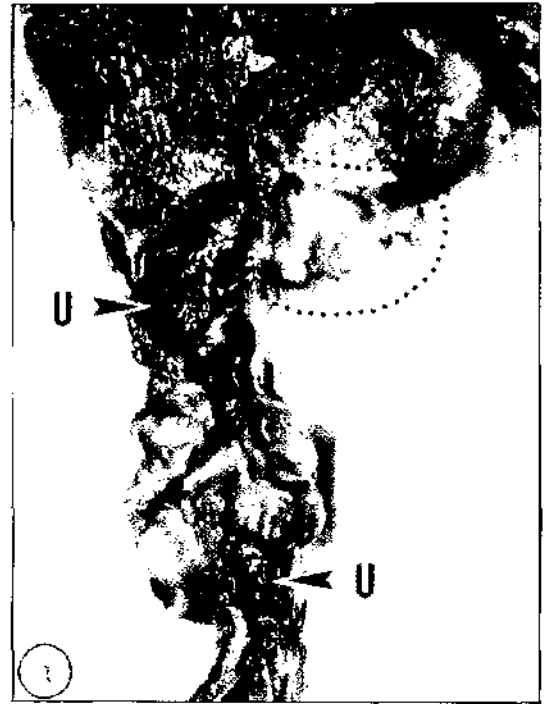


Figura 1: Colon descendente; dilatación de la pared cólica hacia el extremo proximal y estenosis distal. Entre ambos segmentos existe un nódulo de tejido pancreático. La mucosa del área estenótica está ulcerada (U).



Figura 2: Zona punteada (microscopio): El tejido pancreático ordenado en lobulillos se ubica entre las capas muscular y serosa, apreciándose fibrosis accentuada de la muscular y ulceración profunda (U). GL: ganglio linfático.

entre los 40 y 60 años de edad y generalmente simula úlcera péptica.¹ Se han reportado casos de NTP asociados a hipoglicemia e hiperinsulinismo en adultos. Cuando el NTP se ubica en el intestino delgado puede actuar como cabeza de una invaginación intestinal en la infancia.^{3,4}

Este caso de localización de un NTP en el colon es infrecuente y, tal vez, el primero descrito produciendo síntomas desde el nacimiento. Este NTP era funcional, como ocurre en 70% de los casos comunicados.² Causó rectorragia en el periodo neonatal y, posteriormente, diarrea mucosa intensa. Este trastorno y el ayuno obligado, provocaron emaciación y Kwashiorkor.

El examen histológico del colon confirmó la actividad del NTP al demostrar ulceración extensa de la mucosa subyacente y una zona de fibrosis cicatricial con infiltración linfocitaria.

La obstrucción intestinal se instaló lenta y progresivamente conforme progresaba la estrechez del colon. La irritación provocada por las secreciones exocrinas pancreáticas causaron la diarrea que se prolongó más allá del momento en que debió constituirse la obstrucción total.

La función pancreática no fue investigada. El exudado seropurulento alveolar debió ser consecuencia de una bronconeumonía subclínica ya que no se encontró tejido ectópico en los pulmones.

RESUMEN

Se presenta el caso de un lactante, que cursó con diarrea, signos de distensión abdominal y desnutrición desde el nacimiento hasta su muerte a los 2,5 meses de edad. En la necropsia se encontró un nódulo de tejido pancreático ubicado en el espesor de la pared del ángulo esplénico del colon, con úlcera distal y estenosis severa.

REFERENCIAS

1. *Barbosa J.J., Docherty M.B., Waugh J.M.*: Pancreatic heterotopia. *Surg Gynecol Obstet* 1946; 82: 527-542.
2. *Langman L.*: Embriología médica. Editorial Universitaria. Santiago, Chile. 1976; 264.
3. *Sugimoto K.*: Case of intussusception in an infant caused by accessory pancreas. *Surg Ther* 1968; 19: 251-254.
4. *Carleton, Ackerbaum*: Intussusception secondary to aberrant pancreas in a child. *JAMA* 1976; 236: 1047.
5. *Ackerman's Surgical Pathology-Juan Rosai*. 6º Ed. CV Mosby Company 1981. Vol I pp. 668.
6. *Fam S., Briain O., Borge J.*: Ectopic pancreas with acute inflammation. *J Pediatr Surg* 1982; 17: 86-87.
7. *P. Anselme, Gundfest S., Carey W., Weiss R.*: Pancreatic heterotopia. A rare cause of bowel obstruction. *Surgery* 1981; 90: 110-112.
8. *Amstrong C., King F., Dixon J., MacLeod I.*: The clinical significance of heterotopic pancreas in the gastrointestinal tract. *Br J Surg* 1981; 68: 384-387.