

HETEROTOPIA PANCREÁTICA

Dr. Silvio R. Zúñiga (v)

Aunque la existencia de la heterotopia pancreática es conocida en la literatura médica mundial desde hace mucho tiempo, su comprobación en nuestro medio ha sido escasísima y no tenemos conocimiento de ningún caso que haya sido informado.- Esos casos entre nosotros detectados han sido meros hallazgos efectuados en el curso de una operación abdominal dirigida hacia otra causa justificadora de la laparotomía y al ser estudiados después de su extirpación resultaron ser páncreas heterotópicos asintomáticos.

Recientemente hemos tenido el primero y único caso en nuestra experiencia personal y en él el tejido heterotópico condicionaba síntomas. Hemos creído adecuado darle publicidad y aprovechar la oportunidad para efectuar una revisión sobre tema tan poco conocido.

SUMARIO CLÍNICO

Un militar de 32 años ingresó a hospital privado, por intoxicación alcohólica.- Fuera de la sintomatología propia de esta

Jefe Servicio Cirugía General,
Hospital - Escuela, Tegucigalpa,
D.C. Profesor Titular Diagnóstico Quirúrgico, Facultad CC.MM., U.N.A.H.

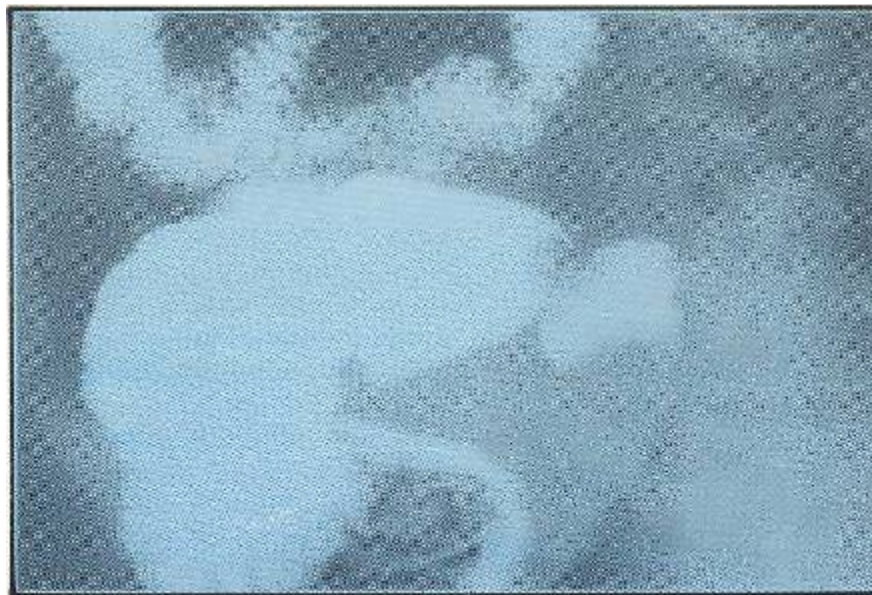


Fig. 1.- Tránsito gastroduodenal

afección, dio historia de vómitos periódicos presentes desde hacía muchos años, los cuales se agravaban después de ingesta alcohólica.- El recuperarse de la intoxicación aguda mencionada, el Médico tratante ordenó un tránsito gastroduodenal y el 15 de Marzo de 1980 se informó que el estómago mostraba una pequeña muesca en la región pre-pilórica, dada probablemente por edema, dentro de la cual se aprecia una imagen de nicho; hay gran cantidad de líquido de

ca hay una lesión de aspecto polipoide, no pediculada, de 2 cm. de diámetro, con canal pilórico, bulbo y 2a. porción de duodeno normales"; negó la existencia de úlceras.- Se tomaron 3 biopsias, las que fueron informadas como mucosa gástrica normal.,

El caso pasó a nuestro cuidado, siendo intervenido quirúrgicamente con el diagnóstico de lipoma submucoso de antro pilórico.- Los hallazgos operatorios fueron los siguientes: por palpación se comprobó la existencia de una pequeña tumoración moderada móvil dentro del antro püórico, inmediatamente antes



Fig. 2.- Dibujo de los hallazgos en la pared posterior del antro a través de una antrotomía anterior.- Nótese la tumoración umbilicada situada inmediatamente antes del canal pilórico.

del piloro, y que consideramos estaba en pared anterior; efectuamos antrotomía longitudinal en esa pared y mediante ella comprobamos que la tumoración estaba ubicada en la pared posterior, tenía unos 2 cm. de diámetro, la mucosa que la cubría era normal en coloración y aspecto pero con una umbilicación central y era móvil sobre el plano muscular del estómago (Fig. 2). Dado lo anterior, que inclinaba hacia un proceso benigno, nos decidimos a efectuar su extirpación total con conservación de la capa muscular adyacente. El corte congelado informó que la lesión era benigna, por lo que efectuamos sutura de los labios de mucosa resultante de la escisión y cerramos la abertura de la pared anterior por antrorrafia transversal en dos planos.

Tuvo un postoperatorio libre de cualquier complicación y

al tercer día se autorizó la alimentación oral, la que toleró sin contratiempo.

El informe diferido de la pieza extirpada fue el siguiente: "La formación polipoidea está formada por proliferación de espacios en forma de conductos y glándulas dilatadas; en algunas áreas se aprecian racimos de un parénquima glandular que recuerda el aspecto de parénquima pancreático; por lo anterior se clasifica esta lesión como tejido heterotópico pancreático en la pared del estómago, que hace protusión de la mucosa".

REVISIÓN DEL TEMA

DEFINICIÓN Y SINONIMIA. - La heterotopia pancreática consiste en la comprobación de tejido pancreático completamente separado del órgano principal.- Es, en suma, una isla de tejido

pancreático ubicada fuera de los confines normales del páncreas, lo que la hace un coristoma.

Esta anomalía ha recibido diversos nombres que, por tanto, deben considerarse sinónimos. Indistintamente los autores la llaman páncreas aberrante, páncreas ectópico, restos pancreáticos, restos pancreáticos accesorios o simplemente páncreas accesorios.

ORIGEN.- El consenso de las opiniones es que el páncreas heterotópico es una anomalía evolutiva, creyéndose que el tejido aberrante probablemente deriva de un anlage o área embrionaria primitiva desplazada, pero su verdadero modo de desarrollo es desconocido.- Rooney (1) clasifica las teorías sobre el origen de este tejido heterotópico en tres categorías: a) transplante de tejido pancreático de su sitio normal durante el desarrollo embrionario, b) metaplasia de elementos entodérmicos durante la vida postnatal y c) fenómeno atavístico con regresión hacia abimales inferiores que poseen tejidos pancreático en otras localizaciones.

FRECUENCIA.- La heterotopia pancreática es una condición que puede ser encontrada en cualquier edad; no obstante, son usualmente descubiertas en la 4a. y 5a. décadas de la vida y raramente se diagnostica en la niñez.- Aseguran Kilman y Berk (2) que ello se debe a que los estudios baritados y la cirugía abdominal se efectúan más frecuentemente en adultos; además, Feldman y Weinberg (3) hacen notar que los nódulos pancreáticos aberrantes

tes en los niños tienen 1-2 mm. de diámetro, siendo mucho más pequeños que los de los adultos, creyéndose que dichas masas crecen cuando esos niños pasan a ser adultos.

La frecuencia de su ocurrencia varía según la circunstancia que se considere.- Según las recopilaciones efectuadas por Barbosa et al. (4) en las autopsias su constatación varía del 0,6 al 5,6o/o; sin embargo, Clark y Teplick (5) dan una cifra mayor (13,7o/o) creyéndose que esta elevación se obtiene cuando se practica un examen minucioso del duodeno; igualmente, Feldman y Weinberg (3) informaron una incidencia duodenal del 4o/o en 410 autopsias consecutivas.- Igualmente se han informado que por cada 500 laparotomías se descubre una heterotopia pancreática (0,2o/o) (1).

LOCALIZACIÓN.- Según Pincus (6) el tejido pancreático heterotópico ha sido encontrado en muchos órganos abdominales desde que Klob, en 1859, describió por primera vez una tumoración de este tipo en el estómago.

Según Langman (7) el tejido pancreático puede implantarse en cualquier sitio, desde el extremo distal del estómago hasta el extremo del asa intestinal primaria.- Según Robbins (8), la frecuencia del tejido ectópico decrece a medida que se desciende en el tubo gastrointestinal.

Busard y Walters (9) revisaron 543 casos de tejido pancreático heterotópico, estando el mismo diseminado en órganos abdominales pero con un 60o/o de

ubicación en el estómago y duodeno.- Cifras similares dan otros (6) ya que aseguran que en el 80o/o de los casos los restos pancreáticos ocurren en el estómago, duodeno o yeyuno y, menos frecuentemente, se encuentran en el íleon, mesenterio, tracto biliar, bazo, divertículo de Meckel, ombligo o apéndice cecal y raramente en el mediastino.

Si nos concentramos a adquirir información sobre la localización gástrica, de acuerdo a Ming (10) en el estómago puede encontrarse tejido heterotópico del extremo distal del intestino anterior y el más común de estos tejidos aberrantes es el pancreático. Palmer (11) revisó 215 casos de páncreas aberrante del estómago y en un 85o/o lo encontró en el píloro o en el antro pilórico, causando en cerca del 1/4 de los casos obstrucción pilórica; no obstante, Matsumoto et al. (12) aseveran que en el Japón las obstrucciones pilóricas por páncreas aberrante son extremadamente raros y que solo unos pocos casos han sido comunicados.- De los 20 casos informados por Kilman y Berk (2) en 13 casos (65o/o) estaban en el antro, en 6 (30o/o) eran prepilóricos y en 1 (5o/o) radicaba en el canal pilórico; en todos estos casos el tejido aberrante estaba localizado en la curvatura mayor o en la cara posterior.

PATOLOGÍA.- El tejido heterotópico usualmente forma una masa en forma de disco con límites mal precisados.- Según Ming (10) las masas polipoideas son raras pero Pincus (6) asegura que pueden formar masas hemis-

féricas, conos o proyecciones como pezones, que pueden ser equivocados como pólipos u otra neoplasia; según Kilman y Berk (2) en el 60o/o de sus casos la masa tenía una base amplia pero en el resto era angosto, típica de un pólipo gástrico; en todos los casos la superficie fue lisa con las características de un tumor intramural extramucoso, a diferencia de la superficie irregular de un típico adenocarcinoma.- Se ha informado como característica macroscópica una umbilicación o depresión central en la masa; en la serie de Kilman y Berk solo el 45o/o tuvo un nicho central y en ellos la profundidad del mismo estaba en relación con el tamaño de la masa y recordaba una úlcera péptica en cicatrización o un tumor mural ulcerado; en esa misma serie el 25o/o de los casos medía menos de 1 cm. de diámetro, entre 1 y 2 cm. en el 30o/o y en el 40o/o era mayor de 2 cm.- Otros (11) aseguran que usualmente tienen menos de 2 cm. de tamaño.

Microscópicamente el tejido está constituido por lóbulos con pocos o ningún islote de Langerhans; muchos de los conductos están dilatados y pueden estar presentes glándulas del tipo Brunner.- Pueden existir conductos con células cuboidales o columnares que aparecen en una muscularis desarreglada; en estos casos se utiliza el término de adenomioma. El tumor usualmente se origina en la submucosa (3/4 partes de los casos según Pincus) y en 1/7 de los mismos en la capa muscular.

Basándonos en un cuadro elaborado por Ming y relaciona-

do con tumores benignos del estómago, las cifras relacionadas con los datos anteriores son los siguientes: a) la incidencia en autopsia es de 0.07o/o, b) su frecuencia en relación con todos los tumores benignos del estómago es de 6,4o/o, b) su localización en el antro es de 860/0 y en el cuerpo de 12o/o, d) el tamaño menor de 2 cm. ocurre en el 76o/o, siendo el tamaño máximo de 5 cm. y e) la edad en que se detectaron osciló entre 31 y 50 años en el 71o/o.

SINTOMATOLOGIA.- La mayor parte de restos pancreáticos heterotópicos no producen síntomas e incidentalmente son descubiertos por estudios baritados del estómago, durante una laparotomía o al verificarse una autopsia (2).- Según Barbosa et al. (4) en 41 casos comprobados en la Clínica Mayo, sólo en el 610/0 de ellos dieron manifestaciones clínicas. Cuando están presentes, los síntomas pueden depender de la ubicación del páncreas aberrante (6) o por la patología que se desarrolla en ellos: cuando están localizados en el estómago o duodeno pueden sugerir gastritis, úlcera péptica, colecistitis, mimetizar una úlcera duodenal obstructiva, una estenosis pilórica congénita o adquirida; igualmente se han informado casos de obstrucción mecánica del intestino acondicionada por crecimiento de la masa o por inflamación de la misma.- Además, según Rohads et al. (13) se cree que el tejido pancreático ectópico es más propenso que el pancreático eutópico para sufrir alteraciones malignas y, de acuerdo con Pincus, "cualquiera forma de enfermedad pancreática

puede afectar el resto pancreático, incluyendo tumores benignos o malignos, tumores de células de los islotes y las varias formas de pancreatitis". (Howard et al. (14) informan casos de tumores insulares ectópicos y que en 8 de ellos causaron hipoglucemia.- Igualmente se han descrito casos de hemorragia gastrointestinal masiva (5) originada en ulceraciones del páncreas aberrante y en casos en los que no se detectó ulceración.

AUXILIARES DIAGNÓSTICOS.

En los casos sintomáticos tres medios auxiliares pueden ser de ayuda diagnóstica:

a. Radiología.- Cuando la masa radica en el estómago el tránsito baritado puede poner en evidencia la misma.- Según Kilman y Berk (2), radiológicamente aparece como una pequeña masa, esférica u oval, con límites precisos y base ancha, situada dentro de los 6 cm. que anteceden al canal pilórico; la comprobación de un nicho en el centro de la lesión y que representa una depresión que conduce a su sistema ductal, permite el diagnóstico del tejido pancreático heterotópico, habiendo sido informado que el diámetro del orificio varía de 1 a 5 mm. y su profundidad de 5 a 10 mm.; sin embargo, estos mismos autores informan 2 casos en que la masa estaba a mayor distancia del píloro, que en el 40o/o de sus casos no tenían base amplia (remedando un pólipo) y que en el 55o/o de los mismos casos no comprobaron nicho central.- Un diagnóstico radiológico preoperatorio definitivo raramente es posible, pudiendo ser efec-

tuado si se logra visualizar el sistema ductal lleno de bario.

b. Endoscopia.- El gastroscopista puede ver la característica umbilicación central sin ulceración de la mucosa; desgraciadamente esta no es siempre detectable porque la masa puede ser submucosa, intramural y aún subserosa.- Igual consideración puede hacerse sobre biopsias obtenidas por medio del gastroscopio, ya que usualmente se toman muestras de la mucosa normal que recubre la masa.

c. Arteriografía.- La arteriografía selectiva celíaca o mesentérica superior puede ser de utilidad para localizar el sitio de sangrado cuando la hemorragia tiene cierta importancia, pero es incapaz de determinar su causa, a menos que se utilicen artificios no convencionales y cuando la masa radica en el duodeno (5).

No son confiables los hallazgos macroscópicos intraoperatorios para dar el diagnóstico de páncreas aberrante y solo el estudio histológico del espécimen permite un diagnóstico preciso (12).

TRATAMIENTO.- El tratamiento de elección es la simple escisión (2) aunque algunos pacientes que presentaban páncreas heterotópico hayan sufrido una cirugía más radical porque la verdadera naturaleza de la lesión no fue reconocida en el acto quirúrgico. Pincus (6) aconseja que el Cirujano debe considerar la posibilidad de una lesión benigna, tal como resto pancreático, y evitar resecciones extensas innecesarias.

SUMARIO

1. Se informa un caso de heterotopía pancreática localizada en antro pilórico y que daba manifestaciones obstructivas incompletas.
2. Se revisa la literatura médica sobre heterotopía pancreática, consignando su definición y sinonimia, su origen, frecuencia, localización y patología.- Se analizan la sintomatología y los medios de diagnóstico.- Finalmente, se especifica su tratamiento.

REFERENCIAS

1. ROONEY, D.R.: Aberrant pancreatic tissue in the stomach. *Radiology* 73:241 1959.
2. KILMAN, W.J. y Berk, R.N. The spectrum of radiographic features of aberrant pancreatic rests involving the stomach. *Radiology* 123:291 1977.
3. FELMAN, M. y Weinberg, T.: Aberrant páncreas: A cause of duodenal syndrome. *J. A. M. A.* 148:893 1952.
4. BARBOSA, J. J. de C, Dockerty, M.B. y Waugh, J. M.: Pancreatic heterotopía.- *Surg. Gynec. Obst.* 82:527 1946.
5. CLARK, R. E. y Teplick, S. K.: Ectopic páncreas causing massive upper gastrointestinal hemorrhage.- *Gastroenterology* 69:1331 1975.
6. PINCUS, I. J.: Anomalies of the páncreas.- *Bockus Gastroenterology* Vol. III pag. 890 W.B. Saunders Company.- Fúadelfial 1965.
7. LANGMAN, J.: Embriología Médica.- Pag. 238 Edit. Interamericana.- México 1968.
8. ROBBINS, S. L.: Tratado de Patología.- Pag. 877 Edit. Interamericana.- México 1968.
9. BUSARD, J. M. y Walters, W.: Heterotopic pancreatic tissue.- Report of a case presenting symptoms of ulcer and review of recent literature.- *Arch. Surg.* 60:674 1950.
10. MING, S-Ch.: Tumors of esophagus and stomach.- Pág. 120.- Armed Forces Institute of Pathology.- Washington 1973.
11. PALMER, E.D.: Benign intramural tumors of the stomach; a review with special reference to gross pathology.- *Medicine* 30:81 1951.
12. MATSUMOTO, Y., Kawai, Y. y Kimura, K.: Aberrant Páncreas causing pyloric obstruction.- *Surgery* 76: 827 1974.
13. ROHADS, J. E., Alien, J. G. Harkins, H. N. y Moyer, C. A.; Principios y práctica de la Cirugía.- Pág. 803 Edit. Interamericana. México 1972.
14. HOWARD, J.M., Moss, N.H. y Rohads, J.E.: Hyperinsulinism and islet cell tumors of the páncreas.- *Surg. Gynec. Obst.* 90:417 1950.