



PÁNCREAS ECTÓPICO INCIDENTAL EN VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE CASO

INCIDENTAL ECTOPIC PANCREAS IN GALLBLADDER: A CASE REPORT

Zamora-G Pedro^{1,a}, Yagui-U Carmen^{2,b}, Somocurcio-P José^{1,b},
Goicochea-A Ronald^{1,c}

RESUMEN

El páncreas ectópico en vesícula biliar es un hallazgo poco frecuente, con una incidencia menor a 0,5% de los casos descritos en la literatura. Reportamos el caso de una mujer de 26 años que acude a emergencia por dolor abdominal quien fue sometida a una colecistectomía laparoscópica. El reporte anatomopatológico describió tejido pancreático ectópico en la pared de la vesícula biliar. Este hallazgo debe ser evaluado minuciosamente debido a la susceptibilidad del tejido pancreático a patologías como pancreatitis, lesiones quísticas y degeneración maligna, y debe ser considerado en el contexto de un pólipo vesicular asociado a sintomatología digestiva.

Palabras claves: Vesícula biliar; Páncreas; Tejido ectópico; Hallazgo incidental. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Ectopic pancreas is an unusual finding, with an incidence below 0,5% of all reports worldwide. We report a 26 years old woman who went to emergency room with abdominal pain and underwent laparoscopic cholecystectomy. The pathology report described pancreatic ectopic tissue in the wall of the gallbladder. This finding must be thoroughly evaluated because this tissue can suffer diseases like pancreatitis, cystic tumours and malign degeneration, and should be considered in the context of gallbladder polyps with digestive sintomatology.

Keywords: Gallbladder; Pancreas; Ectopic tissue; Incidental findings. (Source: MeSH NLM)

¹ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.

² Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Callao, Perú.

^a Mg, MD Especialista en Cirugía General.

^b Mg, MD Especialista en Patología Clínica.

^c MD, Especialista en Cirugía general

Citar como: Zamora G Pedro, Yagui U Carmen, Somocurcio P José, Goicochea A Ronald. Páncreas Ectópico incidental en vesícula biliar: Reporte de caso. Rev. Fac. Med. Hum. 2022; 22(2):414-417. DOI:10.25176/RFMH.v22i2.4397

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe



INTRODUCCIÓN

La ectopia pancreática es el hallazgo de tejido pancreático normal en una localización anormal⁽¹⁾. Los lugares de presentación más frecuentes son estómago, duodeno e intestino delgado^(1,3), siendo poco frecuente la ubicación en vesícula biliar^(2,3).

La incidencia de tejido pancreático en vesícula biliar suele ser menos del 0,5% reportado en todos los casos de páncreas ectópico⁽³⁾. Por lo general estos casos suelen ser asintomáticos^(1,4,5), sin embargo, pueden estar asociados a dolor abdominal, náuseas, anorexia⁽³⁾. Este tejido pancreático ectópico puede degenerar en metaplasia o neoplasia maligna por lo cual es importante su diagnóstico y tratamiento⁽¹⁾. Reportamos el hallazgo incidental de tejido pancreático ectópico en el fondo de una vesícula biliar en una paciente operada por pólipo vesicular asociado a sintomatología.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 26 años sin antecedentes de importancia, acude a emergencia de una clínica local para evaluación de un dolor abdominal asociado a vómitos y deposiciones líquidas, cuadro que inicio hace 2 días. Exámenes auxiliares fueron leucocitos en 8,12 103/uL hemoglobina 12,7g/dL plaquetas 254 103/uL Na+ 137,6 mmol/L K+ 3,82 mmol/L Cl- 105 mmol/L; la paciente fue dada de alta con inhibidores de bomba de protones y antiespasmódicos. 2 días después, la paciente reingresa a emergencia por dolor abdominal asociado a malestar general y náuseas.

Los exámenes complementarios de laboratorio son normales y la ecografía abdominal evidencio

únicamente de manera incidental un pólipo de 7 mm en vesícula biliar; la paciente fue dada de alta con indicación de evaluación en consultorio externo de cirugía general y posible programación para cirugía electiva (colecistectomía). 5 días después la paciente reingresa por tercera vez a emergencia por dolor abdominal que se irradia a región dorsal derecha, asociado a náuseas, vómitos y sensación de alza térmica. La paciente es reevaluada por el cirujano general quien le solicita nuevamente una ecografía abdominal por posible colecistitis aguda.

La ecografía no evidencia cambios inflamatorios vesiculares, sin embargo, se describe pólipo vesicular de 7 mm; por lo cual, siendo dada de alta con indicación de ser evaluación por consulta externa. La paciente es evaluada por consultorio externo de cirugía general y programada para cirugía electiva (colecistectomía laparoscópica) la cual se realiza 10 días después de primer ingreso por emergencia. Se realizó el procedimiento quirúrgico (colecistectomía laparoscópica) sin complicaciones. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta el segundo día post operatorio. La paciente es evaluada por consultorio externo a los 10 días del alta, sin presentar sintomatología alguna.

El examen anatomopatológico de la vesícula biliar describió en la macroscopía una vesícula biliar de 4,5x2x1,5cm, parcialmente cubierta por serosa verde grisácea lisa; al corte la pared media 0,2 cm de grosor, se identificaron 2 pólipos amarillentos de 0,2 y 0,1cm, además la presencia de 1 nódulo grisáceo en tercio distal de 0,9 cm. La evaluación microscópica describió colecistitis crónica con pólipos inflamatorios y páncreas ectópico en pared distal de vesícula biliar. Figura 1A-B

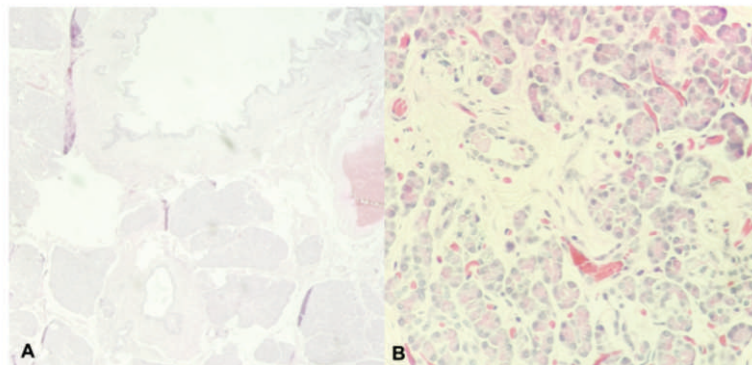


Figura 1: Evaluación histopatológica de vesícula biliar A: Pared de vesícula biliar con presencia de tejido pancreático ectópico a nivel de capa muscular (Tinción de Hematoxilina-Eosina x4). B: Tejido pancreático ectópico (Tinción de Hematoxilina-Eosina x40).

DISCUSIÓN

Un coristoma (tejido ectópico normal localizado en una ubicación anormal) en forma de páncreas ectópico o heterotópico es una anomalía embriológica definida como tejido pancreático con localización aberrante sin presentar alteración anatómica, vascular o conexión neural al páncreas⁽¹⁾. La localización más habitual del páncreas ectópico es el tracto digestivo superior (estómago, duodeno, yeyuno o bazo)^(1,3), sin embargo, raramente es encontrado en otro sitio como íleon, mesenterio, pulmones, vesícula biliar, hígado, conducto biliar, conductos biliares, divertículo de Meckel o mediastino^(2,3). La primera descripción de páncreas ectópico en vesícula biliar data de 1916, realizada por Otschkin⁽¹⁾, y a la fecha han sido descritos aproximadamente 40 casos mundialmente^(2,3).

El caso particular de tejido pancreático ectópico en vesícula biliar es extremadamente raro y suele ser diagnosticado durante la examinación anatomopatológica de una vesícula biliar que fue removida durante colecistectomía por enfermedad sintomática de la vesícula biliar⁽²⁾. El diagnóstico preoperatorio es prácticamente imposible y por lo general, esta condición es hallada de manera incidental durante necropsias o laparotomías por otros motivos^(1,2). Durante revisiones realizadas en otros países, el páncreas ectópico en vesícula biliar tuvo una incidencia menor de 0.5%⁽³⁾.

Epidemiológicamente, el páncreas ectópico puede presentarse a cualquier edad, pero es frecuente entre la cuarta y sexta década de vida, siendo más frecuente el hallazgo en varones (de 3 a 5 veces más), sin embargo, si el páncreas ectópico es hallado en vesícula biliar el paciente suele ser mujer, ya que estadísticamente la patología vesicular quirúrgica es más frecuente en mujeres que varones⁽¹⁾.

La teoría más aceptada de la formación de este tejido ectópico es la que describe una separación durante la rotación del tracto gastrointestinal en el periodo embrionario⁽¹⁾, sin embargo, otras revisiones indican una alteración en el sistema de señalización Notch lo que conlleva diferenciación durante el desarrollo del endodermo del intestino anterior; sin embargo, ninguna teoría explica esta alteración de manera exacta⁽²⁾.

La sintomatología del páncreas ectópico no es específica, los cuales incluyen dolor abdominal superior, anorexia, vómitos postprandiales y pérdida de peso⁽³⁾; sin embargo, la mayoría de los casos son asintomáticos^(1,4,5). Otras revisiones indican tumores con efecto de masa hasta cuadros de perforación, sangrado gastrointestinal y distensión abdominal, dependiendo de la localización en el tracto gastrointestinal⁽⁴⁾. Estos tejidos ectópicos pueden llevar al desarrollo de metaplasias o neoplasias que pueden afectar al páncreas normal, sin embargo, el hallazgo de estos tejidos aún carece de significancia clínica y demandan de una examinación anatomopatológica exhaustiva para establecer el diagnóstico^(1,6).

La clasificación de páncreas ectópico fue descrita por Von Heinrich y luego modificada por Gaspar Fuentes, en la cual describe 4 tipos^(1,3): Tipo 1: presencia de acinos, ductos y glándulas tipo islotes pancreáticos, Tipo 2: variante canalicular con ductos pancreáticos, Tipo 3: páncreas exocrino con tejido acinar, no tejido endocrino. Tipo 4: páncreas endocrino con islotes celulares, no tejido exocrino. El tamaño habitual es pequeño y suele no exceder los 2 o 3 cm, así mismo, suele alojarse en el tejido graso peri vesicular^(3,6). En otros casos pueden simular una lesión polipoide y variar desde milímetros hasta los 4 cm; el 50% de las lesiones se originan en el cuello vesicular y tienen presentación submucosa^(1,2).

Al ser tejido pancreático normal alojado en otra ubicación puede ser susceptible a patologías propias del tejido pancreático en ubicación normal tales como pancreatitis aguda y crónica, formación de lesiones quísticas, pseudoquistes, calcificaciones, cáncer pancreático y tumores endocrinos⁽¹⁾. Respecto al diagnóstico, a pesar de que ya se ha mencionado que suele ser muy difícil el diagnóstico pre operatorio y suele ser hallado de manera incidental, cuando esta patología se encuentra en una zona del tracto digestivo como estómago, duodeno o intestino delgado suele asociarse a sangrado digestivo; por lo cual, la biopsia con aguja fina de la lesión por ecoendoscopia es una herramienta bastante utilizada por médicos gastroenterólogos para definir el diagnóstico y un potencial tratamiento⁽⁶⁾. En el presente caso, el tejido pancreático ectópico se encontraba en la vesícula biliar lo que dificultó el diagnóstico pre operatorio y se realizó mediante la examinación anatomopatológica de forma incidental.



CONCLUSIONES

El páncreas ectópico en vesícula biliar es una patología bastante rara e infrecuente, que presenta un desafío tanto para personal médico clínico como quirúrgico. Debido al potencial de malignidad real que puede representar, el diagnóstico no debe ser subestimado

por el personal médico y debería plantearse como diagnóstico diferencial en el contexto de pólipos vesiculares asociados a sintomatología digestiva superior. Así mismo requiere un trabajo minucioso por parte del médico anatomopatólogo para una adecuada evaluación del espécimen quirúrgico.

Contribuciones de autoría: Los autores realizaron el diseño, recolección de la información, elaboración, revisión crítica y aprobación de la versión final del artículo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Recibido: 06 de Diciembre, 2021

Aprobado: 09 de Febrero, 2022

Correspondencia: Ronald Alberto Goicochea Arevalo.

Dirección: Jiron Joaquin Bernal 595 – Dpto 701. Lince – Lima – Perú.

Teléfono: 945 666 530

Email: ronald_goicochea@hotmail.com

REFERENCIAS

1. Sharma SP, Sohail SK, Makkawi S, Abdalla E. Heterotopic pancreatic tissue in the gallbladder. *Saudi Med J*. 2018 Aug;39(8):834-837. Doi: [10.15537/smj.2018.8.22602](https://doi.org/10.15537/smj.2018.8.22602)
2. Lee SW, Yun SP, Seo HI. Heterotopic pancreas of the gallbladder associated with segmental adenomyomatosis of the gallbladder. *J Korean Surg Soc*. 2013 May;84(5):309-11. Doi: [10.4174/jkss.2013.84.5.309](https://doi.org/10.4174/jkss.2013.84.5.309)
3. Koukourakis IM, Perente Memet MS, Kouroupi M, Simopoulos K. Ectopic Pancreatic Tissue Adherent to the External Gallbladder Wall. *Case Rep Gastroenterol*. 2018 Apr 24;12(1):170-175. Doi: <https://doi.org/10.1159/000488445>
4. Li J, Huang H, Huo S, Liu Y, Xu G, Gao H, Zhang K, Liu T. Ectopic pancreatic tissue in the wall of the small intestine: Two rare case reports. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Sep;96(35):e7986. Doi: [10.1097/MD.0000000000007986](https://doi.org/10.1097/MD.0000000000007986)
5. Xiang S, Zhang F, Xu G. Ectopic pancreas in the ileum: An unusual condition and our experience. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Nov;98(44):e17691. Doi: [10.1097/MD.00000000000017691](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017691)
6. Attwell, A., Sams, S., & Fukami, N. (2014). Induction of acute ectopic pancreatitis by endoscopic ultrasound with fine-needle aspiration. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 12(7), 1196-1198. Doi: [10.3748/wjg.v21.i8.2367](https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i8.2367)

