

Cartas al Director

Extirpación laparoscópica de tejido pancreático heterotópico en antro gástrico

Palabras clave: Páncreas heterotópico. Cirugía laparoscópica. Estómago.

Key words: Heterotopic pancreas. Laparoscopic surgery. Stomach.

Sr. Director:

El páncreas heterotópico o ectópico, es la presencia de tejido pancreático normal en una estructura o sitio anatómico distinto, sin continuidad vascular, neuronal ni anatómica con la glándula pancreática (1). Presentamos un caso de extirpación laparoscópica de tejido pancreático heterotópico localizado en antro gástrico.

Caso clínico

Mujer de 46 años con dispepsia de varios años de evolución que no mejora con tratamiento médico-dietético. La endoscopia revela una lesión submucosa de 1 cm de diámetro, localizada en cara posterior de antro gástrico sin signos de ulceración (Fig. 1). La biopsia es sugestiva de congestión moderada y edema focal de lámina propia. A nivel antral, en el tránsito gastrointestinal (TGI) y en la tomografía computerizada (TAC), se objetiva un defecto de repleción con pérdida de pliegues mucosos compatibles con tumoración previamente descrita (Fig. 2). Durante el seguimiento, se realizan diversas eco-endoscopias (EE), visualizándose una lesión hipoeoica, homogénea, de bordes regulares, que parece depender de la capa muscular propia, de

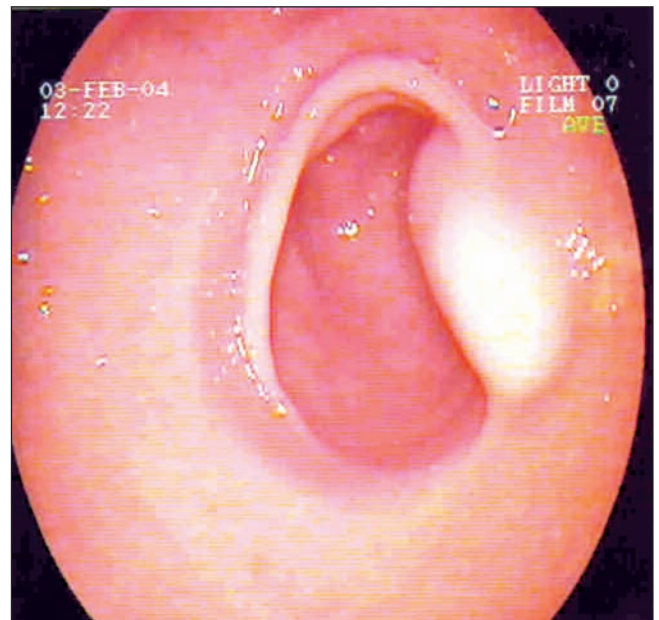


Fig. 1.

2 x 1,6 cm de consistencia blanda, compatible con tumor del estroma tipo leiomioma, sin signos ecográficos que sugieran malignidad. No adenopatías significativas. PAAF: celulariad epitelial sin malignidad.

El aumento de tamaño de la lesión, la persistencia de los síntomas, la ausencia de un diagnóstico definitivo y la imposibilidad para descartar malignidad nos hizo plantearnos su extirpación quirúrgica.

La extirpación se realiza por vía laparoscópica, identificando la lesión gracias a una endoscopia intraoperatoria y a la tinción con tinta china previa a la cirugía. Se efectúa una gastrotomía anterior y se realiza la resección con una endograpadora lineal de 45 mm (Ethicon Endo-surgery). Posteriormente se cierra la gastrotomía mediante una sutura continua de seda.

Desde el punto de vista macroscópico, la lesión presenta una consistencia sólida y la superficie externa es de color amarillo-



Fig. 2.

blanquecino. El estudio microscópico identificó tejido pancreático heterotópico con predominio de ductos irregularmente dilatados.

El postoperatorio transcurre sin incidencias, reiniciando la ingesta oral al 4º día y siendo dada de alta al 7º día. En el momento actual la paciente se encuentra asintomática.

Discusión

La incidencia de esta patología es variable, con cifras en autopsias que oscilan entre un 1-14% (2-4), siendo más común en varones entre los 30-50 años (2). Su localización anatómica más frecuente es el estómago (25-38%), duodeno (17-36%) y yeyuno (15-21,7%) (2-6), si bien se han descrito casos menos frecuentes en esófago, vesícula, vía biliar, bazo, mesenterio, mediastino y trompa de Falopio (4,5). Dentro del estómago, se localiza a nivel submucoso (60-75%) y mayoritariamente en la curvatura mayor del antro (85-95%) (2-6).

La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, siendo su hallazgo incidental (2-6). Sin embargo, hasta un 30-40% de los mismos pueden presentar síntomas gastrointestinales inespecíficos (dolor abdominal, náuseas, pérdida de peso,...) o similares a los de la úlcera péptica (3,5). En otras ocasiones debuta con complicaciones similares a las que ocurren en un páncreas normal (pancreatitis, formación de pseudoquistes y degeneración maligna), obstrucción al vaciamiento gástrico, ictericia obstructiva, hemorragia, perforación,... (2,3,7).

El diagnóstico preoperatorio puede ser difícil en la mayor parte de los casos dada la inespecificidad de los hallazgos (4). Este incluye TGI, endoscopia, EE y TAC. En la mayoría de los casos, el papel de las biopsias endoscópicas resulta cuestionable, dado que estas son superficiales y llegan a un diagnóstico únicamente en un 50% de los casos (7). Sin embargo, la combinación de EE y PAAF, permite un estudio citológico de la submucosa con sensibilidades en el diagnóstico que oscilan entre un 80-100% (2,5,6).

En ocasiones el diagnóstico definitivo sólo se puede efectuar tras el tratamiento quirúrgico. El diagnóstico diferencial debe efectuarse con tumores del estroma gastrointestinal, linfomas, tumores carcinoides, cáncer gástrico, etc. (2,4,7).

El abordaje laparoscópico es una vía factible para el tratamiento de estas lesiones, ya que la recuperación es más rápida y la morbilidad menor (3,5-7). Es suficiente con una resección con márgenes de la lesión, que puede efectuarse fácilmente con una endograpadora lineal. En el caso del abordaje laparoscópico, consideramos de gran utilidad la tinción de la lesión con tinta china y la realización de una endoscopia intraoperatoria para facilitarnos la localización de la lesión (7).

P. Priego, I. Rivadulla, J. Daroca, J. Escrig y
J. L. Salvador Sanchos

*Servicio de Cirugía General y Digestivo.
Hospital General de Castellón.*

Bibliografía

1. Gaspar A, Campos JM, Fernandez JL, et al. Pancreatic ectopias. *Rev Esp Enferm Dig* 1973; 39: 255-68.
2. Christodoulidis G, Zacharoulis D, Barbanis S, et al. Heterotopic pancreas in the stomach: a case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2007; 13(45): 6098-100.
3. Hackett TR, Memon MA, Fitzgibbons RJ, et al. Laparoscopic resection of heterotopic gastric pancreatic tissue. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1997; 7(5): 307-12.
4. De Vogelaere K, Buydens P, Reynaert H, et al. Laparoscopic wedge resection for gastric ectopic pancreas. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2005; 15: 166-8.
5. Harold KL, Sturdevant M, Matthews BD, et al. Ectopic pancreatic tissue presenting as submucosal gastric mass. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2002; 12: 333-8.
6. Hsu SD, Wu HS, Kuo CL, et al. Robotic-assisted laparoscopic resection of ectopic pancreas in the posterior wall of gastric high body: case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2005; 11(48): 7694-6.
7. Paolucci P, Brascesco OE, Rosin D, et al. Laparoscopic resection of ectopic pancreas in the gastric antrum: case report and literature review. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2002; 12(2): 139-41.