

Páncreas ectópico en el remanente de un bypass gástrico

Ectopic pancreas in the remnant of a gastric bypass

10.53435/funj.00888

Páncreas ectópico en el remanente de un bypass gástrico

Pérez-Domene MT, Castellón C, Paz BA, García-Muñoz A, Ferrigni C, Torres A, Sanchez S, Durán M.

Servicio Cirugía General y del AP. Digestivo. Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles, Madrid)



bmi journal
seco-seedo

Páncreas ectópico en el remanente de un bypass gástrico

Resumen

La incidencia de tumores gástricos en pacientes obesos que precisan cirugía bariátrica es muy baja, siendo excepcional la presencia de páncreas ectópico en el remanente gástrico después de un bypass gástrico. La localización más frecuente del páncreas ectópico es el estómago. Habitualmente cursan de forma asintomática. El diagnóstico suele ser incidental por la ausencia de síntomas y difícil detección mediante las pruebas preoperatorias protocolizadas al ser generalmente lesiones submucosas. El diagnóstico preoperatorio de las lesiones en el remanente gástrico es más infrecuente por la imposibilidad de acceso endoscópico, por lo que suelen ser hallazgos intraoperatorios o histológicos en los excepcionales casos que no se identifican durante la cirugía y requieren la extirpación del remanente. El tratamiento de elección del páncreas ectópico es la exéresis local. Presentamos el hallazgo causal de una lesión en el remanente gástrico en una paciente con el antecedente de un bypass gástrico, que no fue visualizado en las pruebas previas al bypass gástrico ni antes de una reintervención para la realización de una gastrostomía de alimentación. El estudio anatomopatológico de la pieza de resección local confirmó el diagnóstico de páncreas ectópico.

Palabras clave: obesidad, cirugía bariátrica, remanente gástrico, páncreas ectópico

Ectopic pancreas in the remnant of a gastric bypass

Abstract

The incidence of gastric tumors in obese patients who require bariatric surgery is very low, the presence of ectopic pancreas in the gastric remnant after gastric bypass being exceptional. The most common location of the ectopic pancreas is the stomach. They usually run asymptotically. Diagnosis is usually incidental due to the absence of symptoms and difficult detection through protocolized preoperative tests, as they are generally submucosal lesions. Preoperative diagnosis of gastric remnant lesions is more infrequent due to the impossibility of endoscopic access, so they are usually intraoperative or histological findings in the exceptional cases that are not identified during surgery and require removal of the remnant. The treatment of choice for ectopic pancreas is local excision. We present the causal finding of a gastric remnant lesion in a patient with a history of gastric bypass, which was not seen in the tests prior to gastric bypass or before a reoperation to perform a feeding gastrostomy. The anatomopathological study of the local resection piece confirmed the diagnosis of ectopic pancreas.

Key words; obesity. bariatric surgery, gastric remnant, ectopic pancreas

Introducción

La presencia de tumores gástricos en pacientes obesos sometidos a una cirugía bariátrica es muy infrecuente, siendo excepcional el diagnóstico de un páncreas ectópico. Este se define como la presencia de tejido pancreático fuera de su localización habitual, sin relación anatómica ni vascular de continuidad con el páncreas normal ⁽¹⁾. El páncreas heterotópico es una entidad congénita rara con una incidencia de 0,5-15% en la población general, se observa en el 0,9% de las gastrectomías y en el 0,5% de las intervenciones bariátricas ⁽²⁾. La mayoría son lesiones submucosas y la localización más frecuente es el estómago (antro y región prepilórica) (28%), duodeno (28%) y la porción proximal del yeyuno (16%). El tamaño medio es de 1,5 cm. Es más común en varones entre 50 y 60 años.

El diagnóstico preoperatorio antes de una cirugía bariátrica es complicado porque los pacientes suelen estar asintomáticos y es difícil la detección de lesiones submucosas en la gastroscopia. Más complejo es el diagnóstico de estas lesiones en el remanente después de un bypass gástrico por la imposibilidad de acceso endoscópico. Debido a esto, el páncreas ectópico suele diagnosticarse de manera incidental como: hallazgos intraoperatorios; en el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica en una gastrectomía vertical o, en aquellos casos excepcionales que, por algún motivo, requieran la extracción del remanente gástrico ⁽³⁾.

Material y métodos

Presentamos el caso de una paciente con un bypass gástrico laparoscópico (BPGL) previo, en el que durante la realización de una gastrostomía de alimentación se identificó una lesión en el remanente gástrico que fue resecada. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de páncreas ectópico.

Caso clínico

Mujer de 32 años intervenida en otro centro por obesidad grado II, realizándose un BPGL. En el estudio preoperatorio bariátrico se realizó una gastroscopia apreciando una hernia de hiato, gastritis crónica erosiva y un divertículo en antro gástrico. Posteriormente presenta una adecuada pérdida ponderal. Doce años después sufre una hemorragia subaracnoidea por un aneurisma de la arteria comunicante anterior, precisando nutrición enteral por un grave deterioro neurológico residual, por lo que se indica una gastrostomía de alimentación en el remanente gástrico. Se realiza una laparotomía media supraumbilical y durante la disección del remanente gástrico, se identifica una masa de consistencia dura, bien delimitada, blanquecina-amarillenta, de 2 cm aproximadamente, a nivel de la cara anterior de la curvatura mayor del cuerpo-antro. Se realiza exéresis local de la lesión con márgenes libres con endograpadora. Se completa la cirugía con una gastrostomía de alimentación. En el análisis anatomopatológico de la pieza resecada se describe una tumoración de 1.7 x 1 centímetros, compatible con páncreas ectópico tipo I sobre tejido gástrico (figuras 1 y 2).

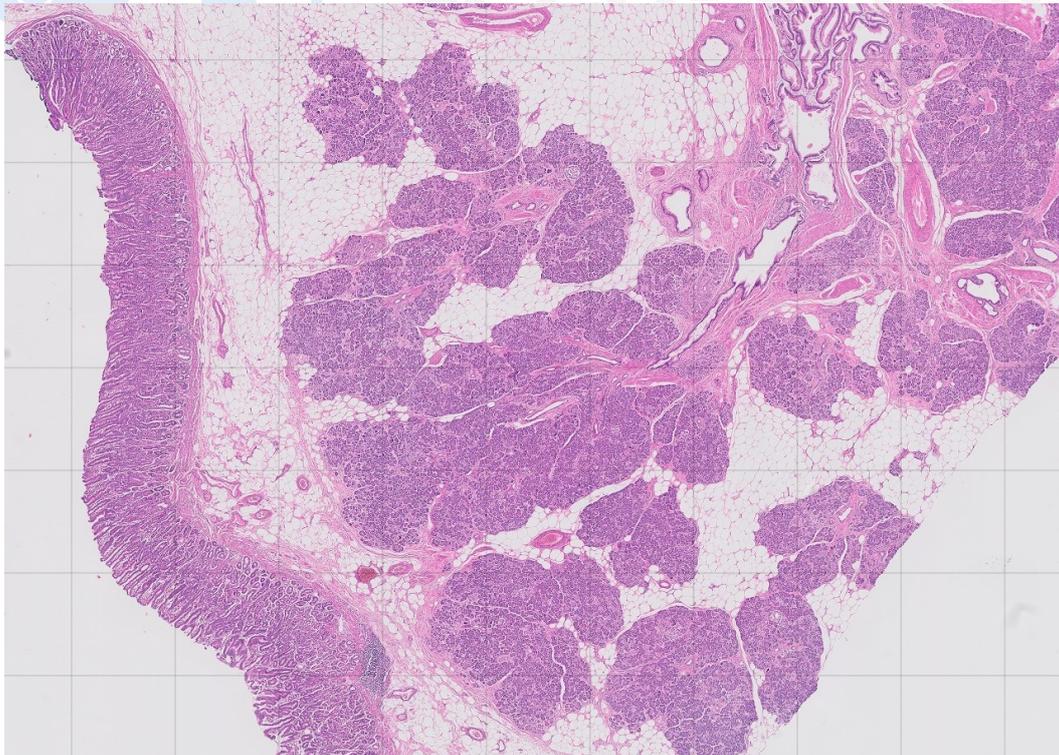


FIGURA 1. Visión histológica de un tumor del estroma gastrointestinal en fundus gástrico diagnosticado intraoperatoriamente durante un bypass gástrico. Tinción específica CD117.

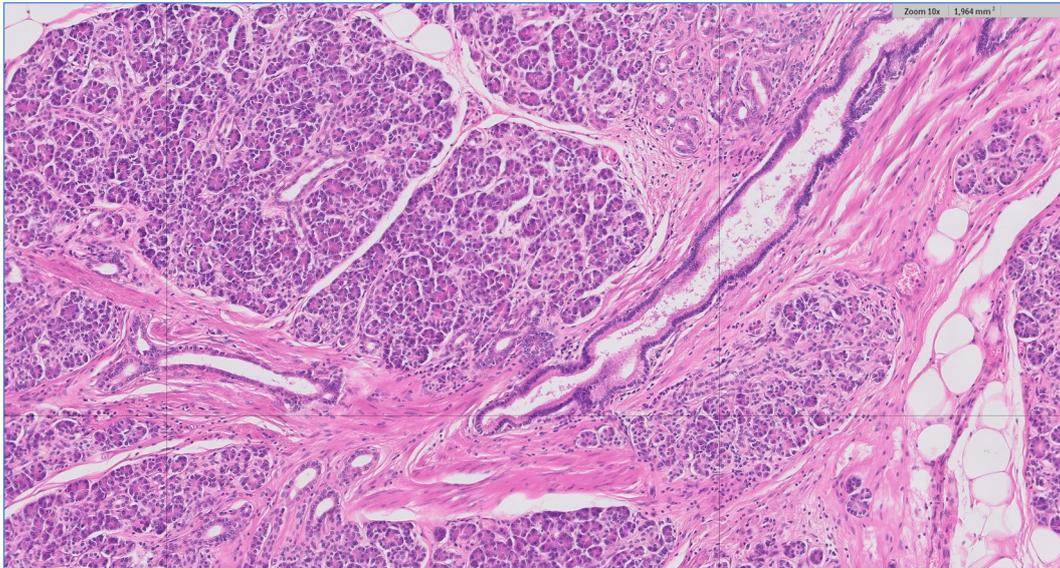


FIGURA 2. Visión histológica de una tumoración de páncreas ectópico en tejido gástrico tras resección del remanente de un bypass gástrico. Tinción hematoxilina-eosina.

Discusión

El diagnóstico de tumores gástricos en pacientes bariátricos es muy infrecuente (<1 %). La mayoría de los casos son tumores del estroma gastrointestinal (GIST), siendo muy excepcional el hallazgo de un páncreas ectópico.

Histológicamente se diferencian tres tipos según la clasificación de Heinrich: tipo I (más frecuente) en el que se observan ductos, acinos e islotes de Langerhans; tipo II compuesto por ductos y tipo III solo con acinos.

Generalmente son lesiones de localización submucosa ⁽⁴⁾. Suelen presentarse de forma asintomática a cualquier edad, siendo más frecuentes en varones entre la quinta y sexta década de la vida ⁽⁵⁾.

Según la localización y el tamaño pueden dar síntomas como epigastralgia, dispepsia y náuseas. Se han descrito complicaciones como sangrado, estenosis pilórica y, excepcionalmente, riesgo de transformación maligna (adenocarcinoma). Además, si presentan acinos funcionantes y bloqueos de

los conductos pueden desarrollar quistes, liberación de enzimas proteolíticas e inflamación, desarrollando pancreatitis ectópica ⁽⁶⁾.

El diagnóstico definitivo siempre es histológico en el estudio anatomopatológico de una lesión resecada o en la pieza quirúrgica de una gastrectomía vertical o del remanente gástrico. Es infrecuente el diagnóstico preoperatorio mediante las pruebas habituales de los protocolos bariátricos. En el estudio gastroduodenal baritado se puede apreciar un defecto de replección redondeado. La tomografía computarizada (TC) con contraste puede mostrar una lesión exofítica o engrosamiento de la pared gástrica, aunque es una técnica diagnóstica que no se realiza habitualmente en los protocolos de pacientes bariátricos. La gastroscopia no siempre es diagnóstica en el caso de lesiones profundas, ya que están cubiertas de mucosa normal lo que dificulta su identificación y biopsia ⁽⁷⁾. En cambio, la ecoendoscopia (EUS) es de utilidad para su localización, sin embargo, pero no es una técnica realizada rutinariamente en candidatos a cirugía bariátrica primaria ni revisional ⁽⁸⁾.

En caso de una reintervención abdominal de cualquier causa, el diagnóstico preoperatorio de las lesiones en el remanente gástrico es más complicado porque suelen cursar de forma asintomática, no hay posibilidad de acceso endoscópico y no siempre se realiza una TC abdominal preoperatoria que sería de ayuda diagnóstica. Por todo ello, suele ser un hallazgo incidental intraoperatorio difícil de diferenciar de un GIST o leiomioma gástrico. Más excepcional es el diagnóstico histológico de la pieza quirúrgica en aquellos casos que no se identifican durante la cirugía y requieren la extirpación del remanente gástrico ⁽⁹⁾.

El tratamiento de elección de estas lesiones es la exéresis local. Excepcionalmente se pueden reseca endoscópicamente (tumores pequeños y superficiales diagnosticados preoperatoriamente). Habitualmente se realiza resección quirúrgica si no es posible la resección endoscópica

preoperatoria o si se diagnostican incidentalmente intraoperatoriamente para la confirmación histológica y evitar posibles síntomas o complicaciones ^(1,10).

Conclusión

El páncreas heterotópico es una entidad rara, encontrada en la mayoría de los casos de forma incidental. El diagnóstico en pacientes bariátricos es excepcional y suele ser intraoperatorio o en el estudio histológico de la pieza quirúrgica de una gastrectomía vertical o de un remanente gástrico. El tratamiento es la exéresis local mediante endoscopia o cirugía.



bmi journal
seco-seedo

Bibliografia

- 1) Alqahtani A, Aljohani E, Almadi F, Billa S, Alqahtani M, Alkhaldi H. Heterotopic pancreatic tissue in the gastric antrum an incidental finding during bariatric surgery: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep* 2020; 67 (9): 39-41.
- 2) Bezerra BG, Veras A, Almeida de Sousa M, Gláucio de Sousa A, Marcos P, Feitosa JW, et al. Management of gastric ectopic pancreas identified in preoperative evaluation of bariatric surgery-A case report. *Int Surg Case Rep* 2020; 77 (2): 353-356.
- 3) Ahmad HH, Saliba C, Nicolas G, Ghandour MA, Zeaiter NM, Alzein H, et al Unexpected Gastric Ectopic Pancreas During Sleeve Gastrectomy: A Case Report. *Am J Case Rep* 2019; 30 (20): 1966-1968.
- 4) Park SH, Kim GH, Park DY, Shin NR, Cheong JH, Moon JY et al. Endosonographic findings of gastric ectopic pancreas: A single center experience. *J Gastroenterol Hepatol* 2011; 26 (9): 1441-1446.
- 5) Trifan A, Târcoveanu E, Danciu M, Huțanașu, Cojocariu C, Stanciu C. Gastric Heteropic Pancreas: an Unusual Case and Review of the Literature. *J Gastrointestin Liver Dis* 2012; 21 (2): 209-212.
- 6) Offner FA, Langner C. Ektopes Gewebe des Gastrointestinaltraktes. *Pathologe* 2018; 39 (5): 402-408.
- 7) Bussolati G. Heterotopic Pancreas. *Am J Surg Pathol* 1996; 20 (11): 1427-1428.

- 8) Rimal D, Thapa SR, Munasinghe N, Chitre VV. Symptomatic gastric heteropic pancreas: Clinical presentation and review of the literature. *Int J Surg* 2008; 6 (6): 52-54.
- 9) Rodriguez-Infante A, Fernández-Martínez D, García-Iglesias E. Páncreas ectópico: una masa intestinal muy infrecuente. *Rev Esp Enferm Dig* 2018; 110 (2): 127-128.
- 10) Hasia CY, Wu CW, Lui WY. Heterotopic Pancreas: a difficult diagnosis. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28 (2): 144-147.



bmi journal
seco-seedo