



P-488 - PÁNCREAS ECTÓPICO GÁSTRICO

G.A. Díaz García, D. Alias Jiménez, J. González González, A. Martínez Pozuelo, A. Moreno Posadas, C. Nevado García, E. Rodríguez Cuellar, M. Jiménez Fuertes y M. Duran Poveda

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Introducción: El páncreas ectópico es una anomalía congénita definida como la presencia de tejido pancreático fuera de su localización anatómica normal sin continuidad vascular ni anatómica con el páncreas. Constituye un hallazgo en 0,55% a 13% de autopsias. La localización más frecuente es a nivel gástrico (70%) presentándose como una lesión subepitelial principalmente en curvatura mayor prepilórica, aunque puede aparecer en cualquier parte del tracto gastrointestinal. En ocasiones, el tejido pancreático heterotópico está presente dentro de quistes de duplicación intestinal.

Caso clínico: Mujer de 53 años que consulta por epigastralgia continua con exacerbaciones y empeoramiento con la ingesta. Gastroscopia: sobreelevación submucosa de 3 cm. en curvatura mayor antral con mucosa normal. TAC abdominal: lesión quística en antro con pared bien definida sugestivo de quiste de duplicación gástrico. Ecoendoscopia: lesión subepitelial de 3 cm. anecoica que mantiene estructuras de capas sugerente de quiste de duplicación presentando algún tabique y detritus. Ante la progresión de síntomas se decide tratamiento quirúrgico mediante abordaje laparoscópico con localización y marcaje de la lesión con gastroscopia intraoperatoria realizándose resección atípica gástrica mecánica invaginando línea de grapas con sutura barbada. Anatomía Patológica: engrosamiento irregular de muscular propia a expensas de tejido pancreático constituido por acinos y ductos dilatados. Reingreso a las 2 semanas por vómitos posprandiales hallando en tránsito gastroduodenal baritado paso filiforme antropilórico de contraste y gastroscopia con cambios postquirúrgicos en antro prepilórico con disminución elástica de la luz que permite paso de endoscopio no susceptible de dilatación. Ausencia de mejoría con medidas conservadoras decidiéndose reintervención hallando engrosamiento inflamatorio parietal en lecho de resección que ocasiona estenosis de salida gástrica y proceso inflamatorio de la grasa adyacente con placas aisladas de esteatonecrosis. Se realiza gastrectomía subtotal con gastroyeyunostomía en Y de Roux.. Evolución posterior favorable. Anatomía Patológica: presencia de necrosis grasa, inflamación y fibrosis con dilatación vascular y congestión compatible con estenosis inflamatoria.

Discusión: El páncreas ectópico gástrico es asintomático en la mayoría de los casos. Puede ocasionar síntomas inespecíficos como dolor, distensión abdominal o sintomatología específica de enfermedades pancreáticas por complicación del mismo (pancreatitis, hemorragia, degeneración maligna, pseudoquiste). El diagnóstico preoperatorio es difícil. En la gastroscopia se presenta como una lesión submucosa con frecuente umbilicación central. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras lesiones submucosas como el GIST, tumor carcinoide, quiste de duplicación, lipoma, leiomioma o tumor neural. En la ecoendoscopia se caracteriza como una lesión hipoecoica a nivel de submucosa.. El diagnóstico definitivo es histológico. La indicación quirúrgica se establece ante la presencia de sintomatología. El abordaje laparoscópico es factible

siendo importante el control endoscópico intraoperatorio. Recordar la prudencia en la resección de lesiones subcardiales o antrales que pueden ocasionar estenosis. Apreciamos interés de este caso, en primer lugar, por la dificultad diagnóstica con la posible existencia de tejido pancreático heterotópico dentro de un quiste de duplicación aunque el estudio histopatológico no lo aclara. En segundo lugar, la localización inusual sobre la muscular propia. Y por último, la complicación ocurrida posiblemente en relación con pancreatitis con obstrucción antropilórica por resección incompleta.