



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-129 - ESTÓMAGO DE RETENCIÓN POR PÁNCREAS ECTÓPICO EN ANTRO GÁSTRICO

Cerrato Delgado, Sergio; Bengoechea Trujillo, Ander; Fierro Aguilar, Alberto; Varela Recio, Javier; Maestu Fonseca, Ainhoa; Ortiz Sánchez, Ángela; Mayo Ossorio, Marian; Pacheco García, Jose Manuel

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: El páncreas ectópico es una patología congénita rara que se define con la presencia de tejido pancreático que no tiene comunicación vascular ni anatómica con el cuerpo pancreático. La localización más frecuente es el estómago pero rara vez producen clínica. Suelen constituir diagnósticos incidentales. Presentamos el caso de un paciente con clínica de estómago de retención por páncreas ectópico en antro gástrico.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 68 años, dislipémico, en seguimiento en consultas de digestivo por dispepsia y enfermedad por reflujo gastroesofágico en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Refiere epigastria, intensificación del reflujo y varios episodios de vómitos en los últimos meses. Asociado a pérdida de 4-5 kg de pesos que lo atribuye a la escasa ingesta limitada a triturados y comida de fácil masticación. Analíticamente sin alteraciones significativas. Se realiza TAC abdominal donde se evidencia un engrosamiento difuso de antro-píloro de hasta 11 mm. Se realiza endoscopia digestiva alta con hallazgos compatibles estenosis pilórica de posible origen péptico. Se toma biopsia donde se observa infiltrado inflamatorio agudo y crónico inespecífico así como metaplasia intestinal extensa sin displasia epitelial. Ante la persistencia de la clínica se decide realizar gastrectomía parcial 1/3 distal con anastomosis tipo Y de Roux. El posoperatorio cursa sin incidencias y el paciente es dado de alta al 6º día sin complicaciones. En el análisis anatomopatológico de la muestra se observa en la cara anterior del estómago y a 2 cm del borde quirúrgico distal una placa en la superficie serosa de coloración pardo-violácea. Tras apertura la mucosa presenta una coloración parduzca clara con ligero aplanamiento de pliegues y sin observarse lesiones de aspecto tumoral. Las secciones histológicas de la placa descrita macroscópicamente muestran ductos dilatados tapizados por un epitelio cilíndrico simple sin atipias y pequeños grupos de acinos con células de citoplasma amplio eosinófilo y sin atipias. Las células de los ductos muestran inmunotinción positiva para CK7, y negativa para CK20, CK5/6, D2-40 y calretinina. Todo ello compatible con páncreas ectópico.

Discusión: El páncreas ectópico es una lesión poco frecuente. Su situación submucosa ocasiona dificultad para obtener una biopsia adecuada por vía endoscópica resultando en diagnósticos no concluyentes como sucede en caso clínico que presentamos. Los síntomas más frecuentes son epigastria, dispepsia, plenitud y pirosis. La hemorragia, la inflamación aguda o crónica y la formación de pseudoquistes son poco frecuentes. El índice de malignización de estas lesiones es bajo (1,8%). En lesiones sintomáticas, como nuestro caso, está indicado el tratamiento quirúrgico. No existe consenso con respecto a las indicaciones del manejo quirúrgico en lesiones pequeñas y asintomáticas. Muchos autores recomiendan la resección submucosa en

lesiones pequeñas (menores de 2 cm). Reservándose, de este modo, la cirugía para pacientes sintomáticos, en lesiones mayores de 3 cm ($> 1,5$ cm en tumores prepilóricos por el riesgo de obstrucción del tracto de salida gástrico), para confirmación diagnóstica en caso de biopsias endoscópicas inadecuadas o ante la sospecha de malignidad.