



Figure 2 Resection specimen showing the presence of the ectopic pancreatic tissue in contact with the bowel lumen.

the most common (25–38%).⁴ There are also cases in the duodenum (9–36%) and jejunum (0.5–27%), as well as other extraintestinal locations. It often arises in within the submucosa (75%) but sporadically also in the muscularis propria and serosa.⁵ Heinrich described four types of pancreatic heterotopia initially in 1909. In 1973 Gaspar–Fuentes included some modifications to this classification.⁶ This classification is based upon the structures observed in the ectopic tissue (pancreatic ducts, acinar tissue and islet cells).

In previous case series only 73 out of 212 patients with ectopic pancreatic tissue were symptomatic. Bleeding from an ectopic pancreas was observed only in 3 of them.⁷ Another retrospective study reported 3 cases of ectopic pancreas causing bleeding in the small bowel among 76 cases of obscure gastrointestinal bleeding.⁸ These data reflect the low incidence of symptoms in this relative rare entity. Nevertheless this type of lesions should be suspected when evaluating an obscure gastrointestinal bleeding, although it requires a high index of suspicion. Hyperamylasemia has been described in complicated ectopic pancreas but neither of them in a case of bleeding. This is the first report describing this relationship. Probably if diagnostic techniques continue to improve we can expect an increase in the incidence of these disorders.

References

1. Cullen JJ, Weydert C, Hinkhouse MM, Ritchie J, Domann FE, Spitz D, et al. The role of manganese superoxide dismutase in the growth of pancreatic adenocarcinoma. *Cancer Res.* 2003;63:1297–303.
2. Hsu SD, Chan DC, Hsieh HF, Chen TW, Yu JC, Chou SJ. Ectopic pancreas presenting as ampulla of Vater tumor. *Am J Surg.* 2008;195:498–500.
3. Ozcan C, Celik A, Guclu C, Balik E. A rare cause of gastric outlet obstruction in the newborn: pyloric ectopic pancreas. *J Pediatr Surg.* 2002;37:119–20.
4. Chandan VS, Wang W. Pancreatic heterotopia in the gastric antrum. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128:111–2.
5. Owen DA. The stomach. Sternberg's diagnostic surgical pathology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 1436–7.
6. Gaspar Fuentes A, Campos Tarrech JM, Fernandez Burgui JL, Castells Tejon E, Ruiz Rossello J, Gomez Perez J, et al. [Pancreatic ectopias]. *Rev Esp Enferm Apar Dig.* 1973;39:255–68.
7. Dolan RV, ReMine WH, Dockerty MB. The fate of heterotopic pancreatic tissue. A study of 212 cases. *Arch Surg.* 1974;109:762–5.
8. Ba MC, Qing SH, Huang XC, Wen Y, Li GX, Yu J. Diagnosis and treatment of small intestinal bleeding: retrospective analysis of 76 cases. *World J Gastroenterol.* 2006;12:7371–4.

Iago Rodríguez-Lago^{a,*}, María Navajas^a, Margarita Durán^a, Amaia Martínez^b, Soraya Torres^a, Marta Aduna^c, Leire Etxegarai^d, José Luis Cabriada^a

^a Gastroenterology Department, Hospital de Galdakao, Galdakao, Vizcaya, Spain

^b General Surgery Department, Hospital de Galdakao, Galdakao, Vizcaya, Spain

^c Osatek, Galdakao, Vizcaya, Spain

^d Pathology Department, Hospital de Galdakao, Galdakao, Vizcaya, Spain

* Corresponding author.

E-mail addresses: iago.r.lago@gmail.com, iago.rodriguezlago@osakidetza.eus (I. Rodríguez-Lago).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.12.004>
0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. All rights reserved.

Dolor abdominal crónico originado en la pared abdominal



Chronic abdominal pain originating in the abdominal wall

El dolor de la pared abdominal constituye una causa de dolor abdominal crónico infradiagnosticada. La baja sospecha por parte del clínico hace que los pacientes sean sometidos a diversas pruebas diagnósticas, diferentes tratamientos y que sean catalogados de cuadros funcionales o inespecíficos llegando al diagnóstico adecuado a veces años después del inicio de los síntomas¹.

Paciente varón de 34 años remitido a la consulta de digestivo por cuadro de 3 meses de evolución de dolor abdominal localizado en flanco izquierdo, fluctuante pero diario que interfiere con su actividad habitual, mejora en decúbito y empeora con la hiperextensión y flexión del tronco. Refiere dispepsia con digestiones lentas y síntomas de reflujo de años de evolución que no han empeorado recientemente. No ha presentado cambios del ritmo intestinal ni pérdida de peso. A la exploración física el paciente presenta dolor a la palpación en flanco izquierdo, con zona gatillo que reproduce el dolor y se acompaña de cortejo vegetativo empeorando con la extensión de la musculatura abdominal, no se palpan masas. El paciente es valorado de manera sucesiva durante 4 meses en la consulta con

evidencia objetiva de dolor por lo que se solicitan las siguientes pruebas: analítica completa, calprotectina fecal, ecografía abdominal, TC abdominal, gastroscopia con test de ureasa y biopsias duodenales, ileocolonoscopia, enterorRM y ecografía de partes blandas. Todos los resultados son normales o con alteraciones no significativas que no justifican los síntomas del paciente. No presenta mejoría tras tratamiento con analgésicos habituales, antiinflamatorios, espasmolíticos ni antidepressivos a dosis bajas. Además, es valorado por cirugía general que se plantea la realización de laparoscopia exploradora, aunque con bajas posibilidades de encontrar etiología y por la unidad del dolor que descarta en un primer momento enfermedad susceptible de tratamiento. Ante la persistencia de la sintomatología y la sospecha clínica de dolor a nivel de la pared abdominal se realiza de nuevo consulta a la unidad del dolor que realiza una primera infiltración con anestésico tópico fallida y una segunda entre ambos músculos oblicuos del abdomen con remisión completa del cuadro. Después de 6 meses de este tratamiento el paciente continúa asintomático.

El dolor abdominal es una enfermedad frecuente tanto en las consultas de atención primaria como en especializada. Se estima que del 10 al 30% de los dolores abdominales crónicos no filiados se pueden atribuir a dolor de la pared abdominal, aunque actualmente continúa siendo una enfermedad infra-diagnosticada debido a la baja sospecha clínica². Antes del diagnóstico es frecuente que el paciente haya sido sometido a numerosas exploraciones diagnósticas e intentos de tratamiento sin éxito y que hayan sido catalogados de cuadros funcionales o inespecíficos¹.

El dolor de la pared abdominal comprende el proveniente de las estructuras anatómicas de la pared abdominal (piel, tejido celular subcutáneo, peritoneo, músculos, terminaciones nerviosas) y es más frecuente en mujeres de 30 a 50 años. La etiología más frecuente es por hernias de la pared, otras causas pueden ser el atrapamiento nervioso cutáneo, cicatrices quirúrgicas, hematomas, endometriosis, herpes zóster, dolor abdominal referido desde terminaciones nerviosas en los niveles torácicos o la obesidad al aumentar la presión intraabdominal³.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y la exploración abdominal⁴. El dolor se presenta de manera diaria y crónica, localizado habitualmente en un punto sin asociarse a otros síntomas digestivos acompañantes. El test de Carnett permite realizar el diagnóstico de esta entidad⁵. Se realiza con el paciente en decúbito supino y se ejerce presión sobre el punto doloroso mientras el paciente flexiona la cabeza y el tronco para contraer la musculatura abdominal. Si el dolor aumenta o se mantiene (test de Carnett positivo) se considera que el dolor está originado en la pared abdominal. Sin embargo, si disminuye (test de Carnett negativo),

la causa es visceral puesto que la tensión de la musculatura protege las vísceras⁶.

Cuando el dolor es tolerable y no empeora la calidad de vida del paciente, el empleo de medidas locales y la educación postural pueden ser suficientes. La efectividad de los analgésicos y de los antidepressivos es limitada. Cuando el dolor es más intenso, la inyección local de anestésicos tópicos sobre la zona dolorosa es eficaz y además permite confirmar el diagnóstico⁷. Se pueden asociar corticoides para prologar el efecto y a veces son necesarias varias sesiones porque es frecuente la recidiva de los síntomas. En casos excepcionales, es necesaria la cirugía para liberar los nervios atrapados o extirpar las lesiones de la pared⁸.

Bibliografía

1. Rivero Fernández M, Moreira Vicente V, Riesco López JM, Rodríguez Gandía MA, Garrido Gómez E, Milicua Salameo JM. Dolor originado en la pared abdominal: una alternativa diagnóstica olvidada. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:244–50.
2. Srinivasan R, Greenbaum DS. Chronic abdominal wall pain: A frequently overlooked problem. Practical approach to diagnosis and management. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:824–30.
3. Lindsetmo RO, Stulberg J. Chronic abdominal wall pain, a diagnostic challenge for the surgeon. *Am J Surg.* 2009;198:129–34.
4. Greenbaum DS, Greenbaum RB, Joseph JG, Natale JE. Chronic abdominal wall pain. Diagnostic validity and costs. *Dig Dis Sci.* 1994;39:1935–41.
5. Carnett JB. Intercostal neuralgia as a cause of abdominal pain and tenderness. *Surg Gynecol Obstet.* 1926;42:625–32.
6. Koop H, Koprđova S, Schürmann C. Chronic abdominal wall pain. *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113:51–7.
7. Glissen Brown JR, Bernstein GR, FriedenberG FK, Ehrlich AC. Chronic abdominal wall pain: An under recognized diagnosis leading to unnecessary testing. *J Clin Gastroenterol.* 2016;50:828–35.
8. Weum S, de Weerd L. Perforator-guided drug injection in the treatment of abdominal wall pain. *Pain Med.* 2016;17:1229–32.

Noelia Alcaide^{a,*}, Sara Lorenzo Pelayo^a
y Enrique Ortega Ladrón de Cegama^b

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

^b Servicio de Anestesiología, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: noelialcaide@hotmail.com (N. Alcaide).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.12.001>
0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.