

CÁNCER SOBRE PÁNCREAS ECTÓPICO. INFORME DE UN CASO

Dr. Julio Talaván-Serna¹ / Dra. Sandra Rodríguez-Martínez²

¹ Hospital General Obispo Polanco. Teruel

² Medico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

En el presente artículo se describe un caso de cáncer sobre páncreas ectópico a nivel gástrico. La presencia del cáncer pancreático sobre un páncreas ectópico es una entidad raramente descrita en la literatura y merece ser considerada como diagnóstico diferencial ante otras patologías.

PALABRAS CLAVE

páncreas, ectópico, heterotópico, gástrico, cáncer

ABSTRACT

In the present note, an ectopic gastric pancreas with cancer is described in a young woman. Cancer on ectopic pancreas is an identity rarely reported and it has to be considered as a differential diagnosis with other diseases.

KEY WORDS

Pancreas, ectopic, heterotopic, gastric, cancer

INTRODUCCIÓN

La primera caracterización del páncreas ectópico la realizó Schultz en 1729¹, habiéndose descrito dicha ectopia en torno al 0,1-0,2 % de las autopsias, con una incidencia hombre/mujer de 3:1². En más del 90 % de los casos asienta en el tracto gastrointestinal alto (estómago, duodeno o yeyuno). Con frecuencia cursa de forma asintomática aunque ocasionalmente se presenta con episodios de dolor y distensión abdominal, náuseas e incluso con síndrome carcinoide o pancreatitis^{2,3}. En el presente artículo describimos brevemente un caso de cáncer de páncreas asentado sobre un páncreas ectópico situado en cavidad gástrica, siendo un hallazgo escasamente reflejado en la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años de edad sin alergias conocidas ni antecedentes médicos de interés. Refiere un parto vaginal complicado con una hemorragia puerperal que requirió realizar un legrado uterino. Consulta por molestias epigástricas de semanas de evolución asociadas a odinofagia, pirosis y plenitud postprandial con pérdida de peso, sensación nauseosa y eructos frecuentes. No asocia fiebre. Niega clínica intestinal o alteraciones en el ritmo defecatorio y en las heces.

A la exploración se aprecia un abdomen blando y depresible, doloroso en epigastrio y con abundantes ruidos hidroaéreos. La analítica sanguínea muestra una discreta anemia ferropénica y un ligero aumento de la proteína C reactiva. La ecografía abdominal denota una abundante distensión gástrica sin otras lesiones. La gastroscopia y la tomografía computerizada abdominal con contraste muestran una cámara gástrica repleta de restos alimentarios y signos sugestivos de estenosis pilórica severa. Ante la existencia del severo cuadro oclusivo se realiza una gastroyeyunostomía, ampliada posteriormente con una gastrectomía subtotal y resección de la primera porción duodenal y reconstrucción en Y de Roux. El análisis de las muestras quirúrgicas determinó la presencia de un adenocarcinoma ductal de páncreas sobre glándula pancreática ectópica tipo I de Heinrich, moderadamente diferenciado, con infiltración in-

Notas Clínicas

travascular y de la grasa adyacente y micrometástasis ganglionares (T3 N1 MO). Tras el diagnóstico se remitió a la paciente para valoración por parte de oncología, siendo tratada mediante quimioterapia adyuvante. Las cifras de CEA y de CA 19.9 se han mantenido estables durante los primeros dos años tras la intervención, situándose actualmente en ascenso por recidiva metastásica de la enfermedad.

DISCUSIÓN

La primera caracterización del páncreas ectópico la realizó Schultz en 1729¹, habiéndose descrito dicha ectopia en torno al 0,1-0,2 % de las autopsias, con una incidencia hombre/mujer de 3:1². En más del 90 % de los casos asienta en el tracto gastrointestinal alto (estómago, en especial a nivel submucoso en la región prepilórica, sobre la curvatura mayor del antro distal; duodeno o yeyuno). Con frecuencia cursa de forma asintomática, aunque ocasionalmente se presenta con episodios de dolor y distensión abdominal, náuseas e incluso con síndrome carcinoide o pancreatitis^{2,3}. La clasificación del páncreas ectópico más aceptada sigue los criterios descritos por Heinrich y posteriormente modificados por Gaspar y Fuentes, existiendo 4 tipos):

TIPO I	Tejido pancreático típico (acinos, ductos e islotes) heterotópicos.
TIPO II	Solo ductos pancreáticos.
TIPO III	Tejido acinar unicamente
TIPO IV	Solo islotes pancreáticos (páncreas endocrino)

El origen ectópico del páncreas parece deberse a alteraciones en el desarrollo embrionario y posterior fusión de los gérmenes pancreáticos³. Suele manifestarse como un nódulo de pequeño tamaño, con frecuencia menor a 1 centímetro³ aunque en ocasiones puede ser

múltiple. El diagnóstico, muy dificultoso, requiere del concurso de una clínica sugestiva que justifique la realización de esofagogastropia o tomografía computerizada, aunque en ocasiones, como en nuestro caso, no se alcanzó el diagnóstico definitivo hasta el análisis de la muestra quirúrgica². La ecoendoscopia permite clarificar la capa de la pared en que se origina la lesión y sus características ecográficas, además de permitir la obtención de material directamente de la lesión para el estudio histológico con una mayor seguridad diagnóstica, siendo actualmente la técnica de elección en el estudio de estas lesiones⁵.

El índice de malignización del páncreas ectópico se estima en torno al 1,8%⁶, con apenas una veintena de casos descritos⁴. El pronóstico de dicho cáncer no ha sido bien determinado debido a los escasos casos referidos en la literatura, variando entre los 6 meses y los 11 años de supervivencia; podría ser algo mejor que el cáncer pancreático ordinario por su presentación clínica menos silente⁴. El diagnóstico diferencial debe plantearse con los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), el adenocarcinoma gástrico, leiomioma o los linfomas². No existe consenso respecto al tratamiento de lesiones asintomáticas de pequeño tamaño. La disección submucosa por vía endoscópica se recomienda en lesiones pequeñas (<2 cm), ya que no deforma la anatomía, permite un diagnóstico histopatológico preciso y resulta poco lesiva. Los riesgos de este procedimiento incluyen el sangrado, la perforación y la infección intraabdominal. No debe realizarse en lesiones adheridas a la capa muscular. La cirugía se indica en pacientes sintomáticos o con lesiones mayores de 3 cm o mayores de 1.5 cm en tumores prepilóricos por el riesgo de obstrucción del tracto de salida gástrico⁵. También para confirmación diagnóstica en caso de biopsias endoscópicas no concluyentes o ante la sospecha manifiesta de malignidad^{5,6}.

ÉTICA

Se preserva la integridad de los datos consignados, acorde a los criterios de la declaración de Helsinki. No existe conflicto de intereses.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee MS, Cho BS, Park JS et al. Premalignant Lesion of Heterotopic Pancreas Combined with Gastritis Cystica Profunda in Gastric Fundus. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2013; 22 (3): 337-40.
2. Yuan Z, Chen J, Zheng Q et al. *World J Gastroenterol.* 2009; 15 (29): 3701-3.
3. Inoue Y, Hayashi M, Arisaka Y et al. Adenocarcinoma arising in a heterotopic páncreas (Heinrich type III): a case report. *J Med Case Rep.* 2010; 4 (1): 39.
4. Okamoto H, Kawaoi A, Ogawara T et al. Invasive ductal carcinoma arising from an ectopic páncreas in the gastric Wall: a long-term survival case. *Case Rep Oncol.* 2012; 5(1): 69-73.
5. Laguna del Estal P, García Madero R, Dragolici Mihailescu D, García Montero P. Pancreatitis aguda sobre páncreas ectópico en antro gástrico. *J Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32(9): 665-6.
6. Hernández Amador JF, Arredondo Ortiz MA, Villanueva Sáenz E, Romo Aguirre C, González Sánchez CB. Páncreas ectópico en antro gástrico. *Acta méd. Grupo Ángeles.* (2017); 15(2): 127-9.