



■ Caso clínico

Páncreas ectópico gástrico de infrecuente localización en la muscularis de la mucosa

Salceda-Otero JC,¹ Duarte JE,² Sabbagh L.¹

¹ Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva Clínica Reina Sofía y Clínica Universitaria Colombia. Fundación Universitaria Sanitas, Instituto de Investigaciones. Bogotá, D.C-Colombia

² Departamento de Patología, Clínica Reina Sofía. Bogotá, D.C-Colombia

Recibido el 25 de junio de 2010; aceptado el 27 de septiembre de 2010.

■ Resumen

El páncreas ectópico gástrico es una lesión subepitelial poco frecuente, descubierta en forma incidental en la mayoría de los casos. Como en otras lesiones subepiteliales gástricas, el diagnóstico es difícil. Las biopsias endoscópicas convencionales de la mucosa no son útiles en estos casos. La endosonografía permite determinar características de la lesión, el origen en la pared gástrica pero no determina en forma absoluta el tipo de lesión y si ésta es benigna o maligna. La secuencia endosonografía-resección endoscópica de la mucosa asistida por capuchón, permite la resección de la pieza en bloque de

Palabras clave:
Páncreas ectópico; endosonografía; resección endoscópica de la mucosa; tejido aberrante; tejido heterotópico; Colombia.

■ Abstract

Heterotopic pancreatic tissue in the stomach is an uncommon gastric subepithelial lesion. Is usually an asymptomatic condition which is found incidentally. As with other gastric subepithelial lesions, diagnosis can be challenging. Endoscopic forceps biopsy specimens are of little value. Endoscopic ultrasound findings are helpful in characterize this lesions, but they cannot absolutely determine the type of lesion or whether a lesion is benign or malignant. The sequence endosonography-cap assisted endoscopic mucosal resection allows en bloc resection of small gastric subepithelial lesions with low complication rates. We report a

Keywords:
Ectopic pancreas; endosonography; endoscopic mucosal resection; aberrant tissue; ectopic tissue; Colombia.

lesiones subepiteliales pequeñas para estudio citopatológico con una tasa baja de complicaciones. Presentamos el caso de un sujeto con un páncreas ectópico en antro gástrico originado en la segunda capa de la pared gástrica (*muscularis* de la mucosa) determinado por endosonografía que fue resecado en bloque con la técnica de resección endoscópica de la mucosa asistida por capuchón en una sesión endoscópica sin complicaciones.

■ Introducción

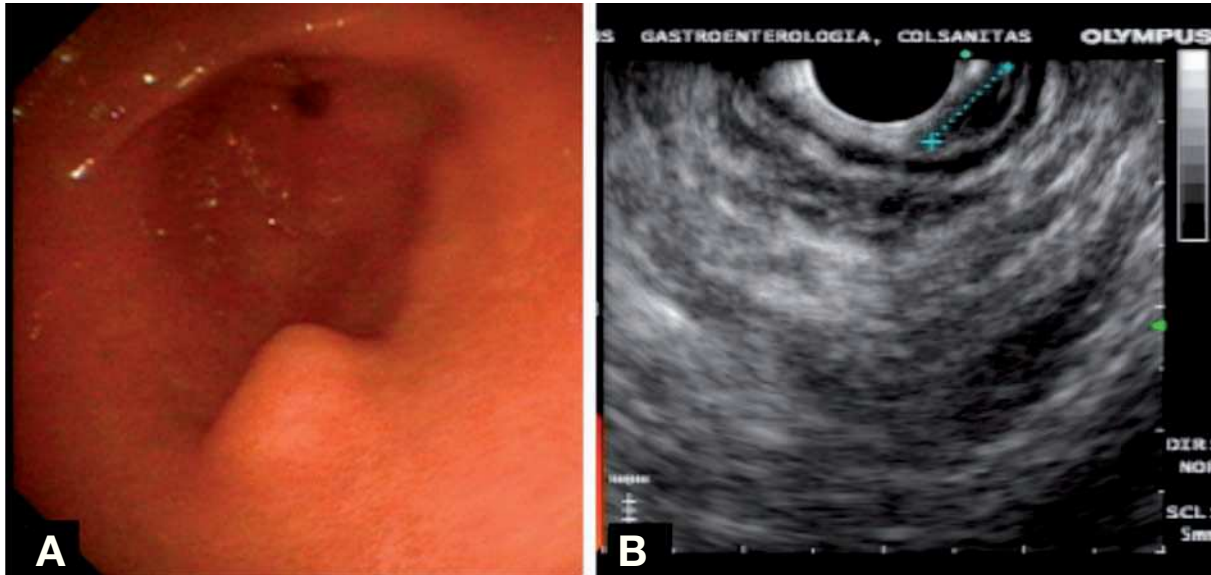
El páncreas ectópico se define como la presencia de tejido pancreático fuera de su localización anatómica normal, con ausencia de la continuidad vascular anatómica del páncreas. Esta anomalía congénita se encuentra con una frecuencia de 0.55% a 13% en autopsias, 70% se ubica en estómago, principalmente en la región prepilórica, sobre la curvatura mayor.¹ La mayoría de los sujetos se encuentran asintomáticos o presentan síntomas inespecíficos como dolor abdominal y distensión. Aunque pueden manifestar clínicamente enfermedades del páncreas, incluyendo pancreatitis, neoplasias como carcinoma, tumor de células de los islotes y quistes.² El páncreas ectópico gástrico, así como otros tumores subepiteliales, presentan un reto diagnóstico prequirúrgico. Habitualmente la biopsia endoscópica con fórceps no es útil para el diagnóstico por la profundidad de estas lesiones. Aunque la ecoendoscopia es útil para el diagnóstico y para determinar la capa de la pared gástrica en que se origina la lesión, no permite distinguir entre los diferentes tipos histológicos de lesiones subepiteliales particularmente el tumor del estroma gastrointestinal.³ Presentamos el caso de una lesión pancreática ectópica en el antro del estomago originada en la segunda capa de la pared gástrica (*muscularis* de la mucosa) que fue resecada con la técnica de resección endoscópica de la mucosa (REM) asistida por capuchón.

case of an ectopic pancreas of the antrum in the stomach that arises from the second layer of the gastric wall (muscularis mucosa) at endoscopic ultrasound that was removed en bloc with cap-assisted endoscopic mucosal resection technique in one endoscopic session without complications.

■ Reporte del caso

Hombre de 30 años de edad, sin antecedentes de importancia, referido para evaluación de lesión subepitelial, con sintomatología de dispepsia y distensión abdominal. A la exploración física con abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación sin otros hallazgos relevantes. Los estudios de sangre incluyendo amilasa y lipasa dentro de límites normales. La endoscopia de tubo digestivo alto mostró una lesión subepitelial sobre curvatura mayor del antro gástrico de aproximadamente 12 milímetros de diámetro con mucosa superficial normal. El estudio citopatológico informó mucosa gástrica normal. Se realizó una endosonografía con ecoendoscopio radial (Olympus GF-UE160), que mostró una lesión hipoeocóica, homogénea, de bordes bien delimitados, que se origina en la *muscularis* de la mucosa de 12 milímetros sin evidencia de adenopatías (**Figura 1**). Se realizó resección endoscópica de la mucosa con un equipo de REM (Olympus K-009), que incluye un capuchón que se coloca en la punta del endoscopio; el capuchón tiene un borde interno en el que se coloca una asa electroquirúrgica con forma de media luna. Posterior a la endosonografía se insertó un endoscopio terapéutico (Olympus GIF-H180) con el capuchón. Se inyectaron 5 mL de solución salina elevando la mucosa circundante, pero con mínima elevación de la lesión subepitelial y se aplicó una banda elástica en la base de la lesión. Se succionó la lesión dentro del capuchón con el asa colocada. El asa fue

■ **Figura 1.** A. Endoscopia. Lesión subepitelial en curvatura mayor del antro gástrico. B. Endosonografía. Lesión hipoeoica de la segunda capa (*muscularis* de la mucosa) de la pared de antro gástrico.



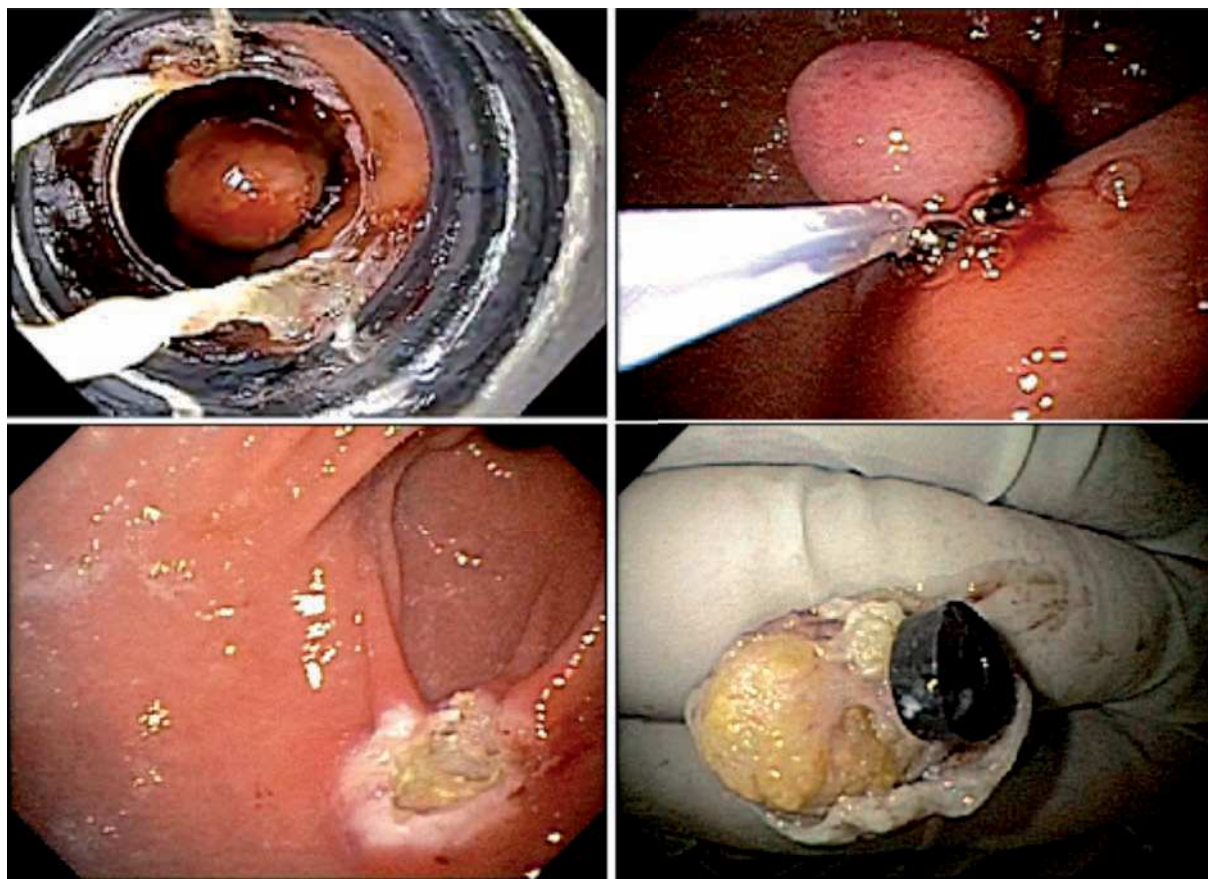
apretada y la lesión fue alejada del capuchón con visión directa para garantizar que no fuera capturada una cantidad excesiva de la pared gástrica. La lesión fue reseca utilizando corriente de corte y coagulación, extrayéndose con el endoscopio (**Figura 2**). No hubo complicaciones y el paciente fue egresado con la prescripción de un inhibidor de bomba de protones vía oral. La pieza de resección midió 11 milímetros. El examen histológico mostró mucosa gástrica antral normal suprayacente a estructuras ductales complejas en la *muscularis* de la mucosa y submucosa con proliferación de acinos pancreáticos e islotes de Langherhans con configuración lobular. El margen de profundidad estaba compuesto por submucosa sin tejido de la muscular propia (**Figura 3**).

■ Discusión

La diferenciación de las lesiones subepiteliales es crucial, ya que algunos estudios han mostrado que hasta una de cada cinco pueden ser neoplásicas.⁴ La endosonografía ha mostrado ser útil para caracterizar estas lesiones, identificar la capa de la pared gastrointestinal en que se origina la lesión,

establecer el patrón ecogénico y el tamaño de la lesión. Los hallazgos de una lesión subepitelial hipoeoica, homogénea que se origina en la tercera capa de la pared gástrica (submucosa) con una estructura ductal en su interior, es muy sugestivo de un páncreas ectópico.⁵ Sin embargo, en este caso la lesión subepitelial se origina en la segunda capa de la pared gástrica (*muscularis* de la mucosa) lo cual es un hallazgo poco frecuente que se presenta hasta en 17%⁶ y no se observa una estructura ductal en su interior. Aunque estos hallazgos son sugestivos de un páncreas ectópico, el diagnóstico diferencial incluye otras lesiones hipoeoicas subepiteliales entre las que se encuentran los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y el tumor carcinoide las cuales tienen un potencial maligno. La endosonografía como método diagnóstico único tiene una sensibilidad y especificidad de 64% y 80%, respectivamente, para diferenciar entre lesiones benignas y malignas mejorando notablemente la precisión diagnóstica con punción con aguja fina y obtención de citoaspirado.⁷ Actualmente la histología es el patrón de oro (*gold standard*) para diferenciar los diferentes tipos de lesiones subepiteliales. Desafortunadamente, la biopsia endoscópica mucosa

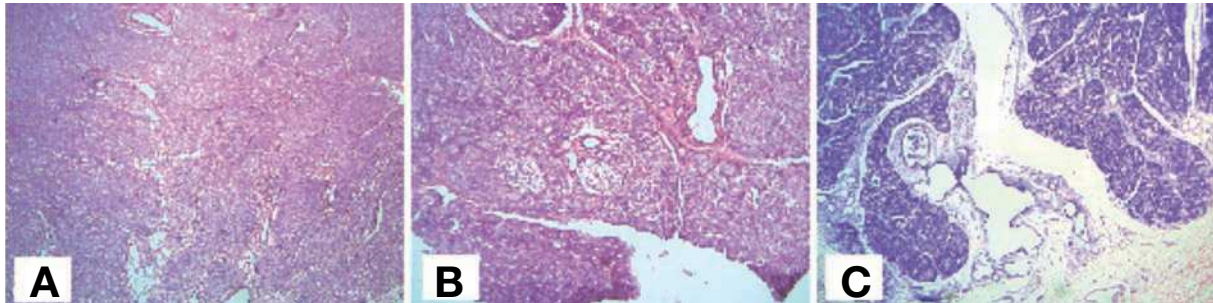
■ Figura 2. Resección endoscópica de la mucosa asistida con capuchón.



convencional no es útil por superficial. Como resultado sólo se puede obtener una buena pieza de resección para examen histológico a través de técnicas invasivas como REM, biopsia por aspiración con aguja fina guiada por endosonografía o resección quirúrgica.⁸ La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) guiada por endosonografía permite la evaluación citológica de las lesiones subepiteliales con una precisión diagnóstica de 81% a 90%, particularmente para GIST, pero la técnica tiene algunas limitaciones. Particularmente por la naturaleza firme de las lesiones subepiteliales, rendimiento citológico pobre y la excesiva cantidad de fuerza que se requiere para penetrar la lesión con la aguja.⁹ La introducción de la endosonografía y resección endoscópica de la mucosa ha cambiado

el manejo de las lesiones subepiteliales menores de tres centímetros, permitiendo que la mayoría de estas lesiones sean resecadas en bloque en una sesión endoscópica.¹⁰ Cuando se considera a un sujeto con una lesión subepitelial para resección endoscópica de la mucosa asistida por capuchón, debe realizarse una endosonografía para asegurar que la lesión se encuentra dentro de las tres primeras capas de la pared gástrica que representan la mucosa y la submucosa. Esta técnica no debe realizarse en lesiones que se originan en la cuarta capa de la pared gástrica (muscular propia) por el riesgo de perforación y sangrado. Otra limitación es en lesiones mayores de 15 mm ya que no pueden ser succionadas dentro del capuchón. Esta técnica ha mostrado tener un riesgo bajo de complicaciones

■ **Figura 3. A, B.** Tinción con hematoxilina-eosina. Acinos pancreáticos con presencia de conductos y ocasionales islotes de Langerhans con configuración lobular. **C.** Tinción de ácido peryódico de Schiff (PAS).



siendo el principal de ellos el sangrado reportado hasta en 5% de los sujetos.¹⁰ Actualmente, la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) recomienda en lesiones subepiteliales gástricas asintomáticas, individualizar cada caso para el tratamiento óptimo, incluyendo la vigilancia periódica endoscópica o endosonográfica, resección endoscópica o quirúrgica, sugiriendo no dar seguimiento al páncreas ectópico gástrico asintomático.¹¹ Aunque este caso confirma la posibilidad de realizar resección endoscópica de la mucosa, se requieren más estudios para determinar la seguridad y eficacia de esta técnica en lesiones subepiteliales gástricas.

Referencias

1. Jeong HY, Yang HW, Seo SW, et al. Adenocarcinoma arising from an ectopic pancreas in the stomach. *Endoscopy* 2002;34:1014-1017
2. Rimal D, Thapa SR, Munasinghe N, et al. Symptomatic gastric heterotopic pancreas: clinical presentation and review of the literature. *Int J Surg* 2008;6:e52-e54.
3. Galloro G, Napolitano V, Magno L, et al. Diagnosis and therapeutic management of cystic dystrophy of the duodenal wall in heterotopic pancreas. A case report and revision of the literature. *JOP* 2008;9:725-732
4. Zakai D, Snady H, Paradiso H, et al. Accurate diagnosis of gastrointestinal (GI) submucosal (SM) lesions with endoscopic ultrasound (EUS) and histology. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2644.
5. Chak A. EUS in submucosal tumors. *Gastroint Endosc* 2002;56 (suppl4):S43-S48.
6. DeBord JR, Majarakis JD, Nyhus LM. An unusual case of heterotopic pancreas of the stomach. *Am J Surg* 1981;141:269-273.
7. Rösch T, Kapfer B, Will U, et al. Accuracy of endoscopic ultrasonography in upper gastrointestinal submucosal lesions: a prospective multicenter study. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:856-62.
8. Eckardt A, Wassef, W. Diagnosis of subepithelial tumors in the GI tract. Endoscopy, EUS, and histology: bronze, silver, and gold standard? *Gastrointest Endosc* 2005;62:209-212.
9. Sepe PS, Moparty B, Pitman MB, et al. EUS-guided FNA for the diagnosis of GI stromal cell tumors: sensitivity and cytologic yield. *Gastrointest Endosc* 2009;70:254-61.
10. Karaca C, Turner B, Cizginer S, et al. Accuracy of EUS in the evaluation of small gastric subepithelial lesions. *Gastrointest Endosc* 2010; 71: 722-727.
11. Hwang J, Kimmery M. American Gastroenterological Association Institute Medical Position Statement on the Management of Gastric Subepithelial Masses. *Gastroenterology* 2006;130:2215-2216.