

Páncreas heterotópico como hallazgo endoscópico incidental

V. Fernández Ventureira, R. García Romero, I. Ros Arnal, E. Ubalde Sainz

Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Miguel Servet de Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2020; 50: 103-105]

Paciente de 10 años remitida a consultas de gastroenterología pediátrica por sospecha de enfermedad celíaca al apreciar positividad para anticuerpos antipéptidos de gliadina IgG en estudio por epigastralgia crónica. Durante la realización de una endoscopia digestiva alta para la toma de muestras de biopsia se objetiva, adicionalmente a una mucosa aplanada en la segunda porción duodenal (con histopatología compatible con Marsh tipo II), un nódulo submucoso con umbilicación central cubierta de mucosa de aspecto normal en la región prepilórica, asociando en la región duodenal una ampolla de Vater normosituada. Se solicita, para completar el estudio, una colangiografía magnética que visualiza una estructura biliar y pancreática de morfología y desembocadura normales.

Se denomina páncreas heterotópico (ectópico, aberrante o accesorio) a una anomalía congénita en la que se observa tejido pancreático anatómicamente independiente de la glándula pancreática principal, sin continuidad vascular ni ductal con la misma. Su prevalencia real es difícil de detallar, ya que la ausencia de clínica predominante implica que su diagnóstico más frecuente sea como hallazgo incidental, aunque se estima una prevalencia del 0,5-13,7%⁽¹⁾. Pese a que su etiopatogenia es desconocida, se sabe que dicha heterotopía es secundaria a una anomalía en la migración durante el estadio embriológico o a un proceso de metaplasia⁽²⁾. Se localiza mayoritariamente a lo largo del tracto gastrointestinal alto⁽³⁾, y se observa predominantemente en el estómago (25-38%), el duodeno (17-21%) o el yeyuno proximal (15-21%). Su tejido es, macroscópica e histológicamente, similar al pancreático ortotópico. No precisa tratamiento si no existe clínica asociada. Sin embargo, su tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rezvani M, Menias C, Sandrasegaran K, Olpin JD, Elsayes KM, Shaaban AM. Heterotopic pancreas: histopathologic features, imaging findings, and complications. *Radiographics*. 2017; 37(2): 484-99.
2. Kim DU, Lubner MG, Mellnick VM, Joshi G, Pickhardt PJ. Heterotopic pancreatic rests: imaging features, complications, and unifying concepts. *Abdom Radiol (NY)*. 2017; 42(1): 216-25.
3. Lee NJ, Hruban RH, Fishman EK. Gastric heterotopic pancreas: computed tomography with clinicopathologic correlation. *J Comput Assist Tomogr*. 2017; 41(5): 675-8.

Correspondencia: Víctor Fernández Ventureira
Paseo Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza
Teléfono de contacto: 699 81 30 18.
vfernandezventureira@gmail.com
Recibido: mayo de 2020. Aceptado: mayo de 2020.

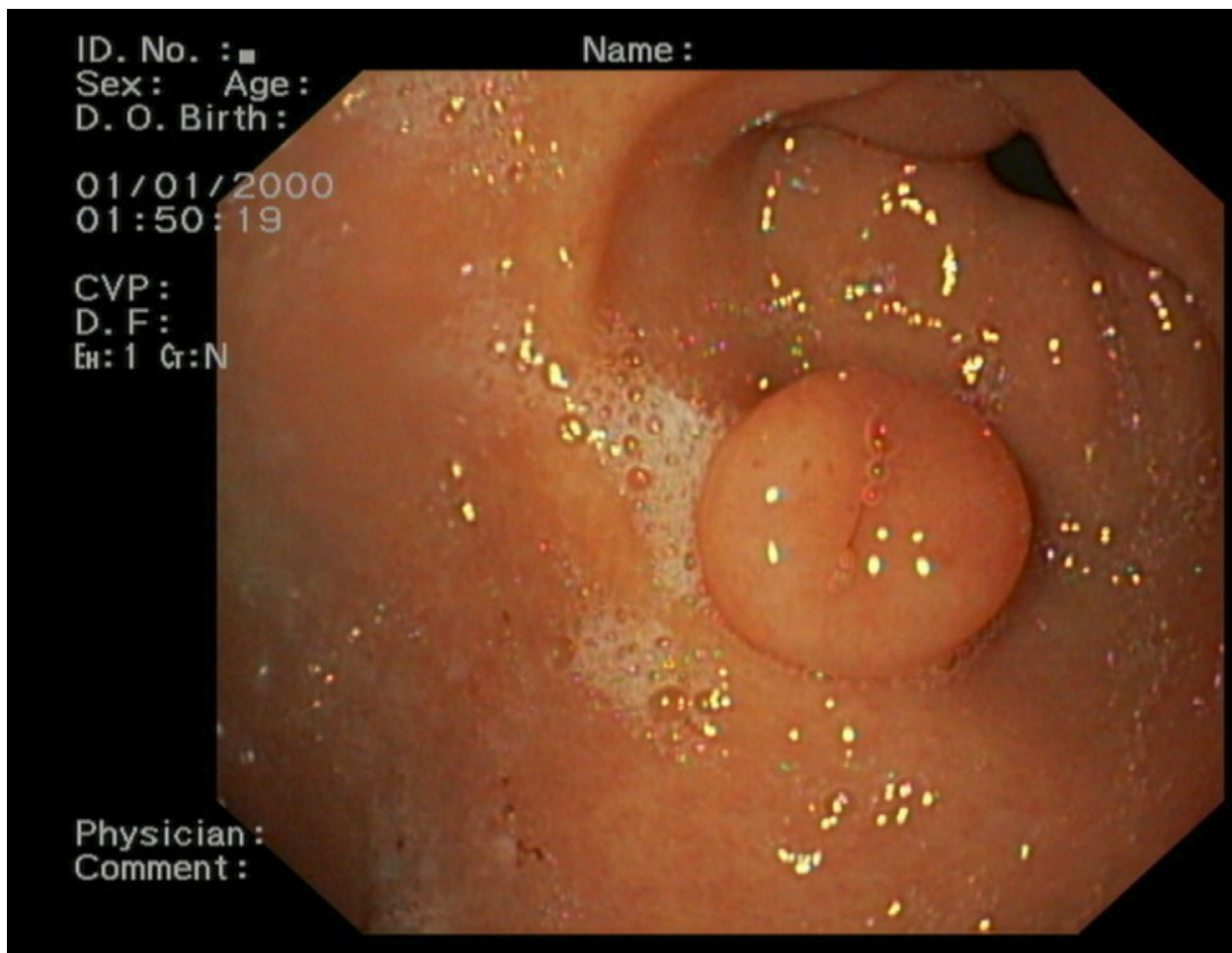


Figura 1. Desembocadura de páncreas heterotópico en región antral prepilórica.

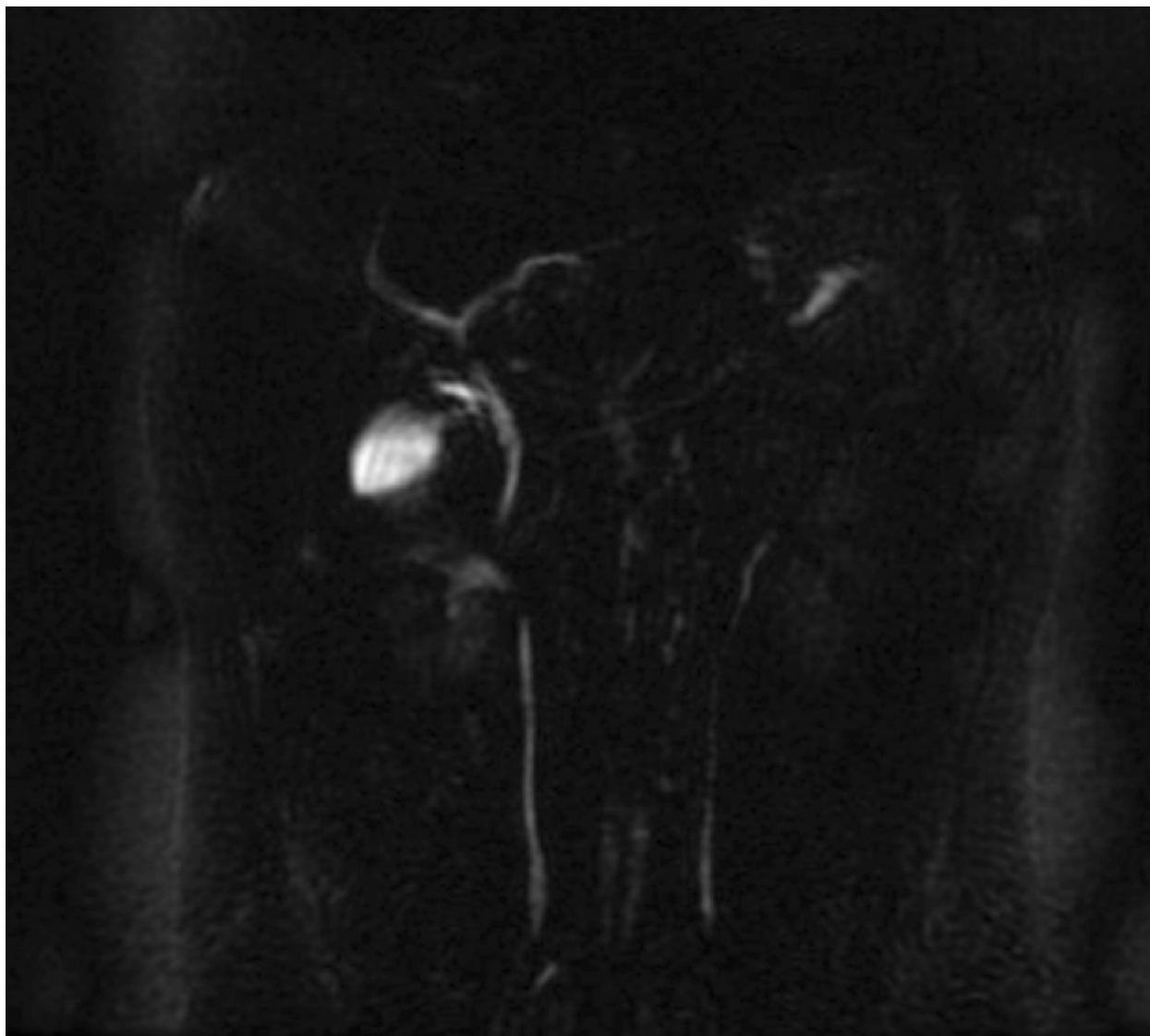


Figura 2. Colangio-RM que muestra vías biliares intra y extrahepáticas de calibre normal, conducto cístico de morfología y desembocadura normales en colédoco junto a páncreas ortotópico con conducto pancreático visible sin alteraciones.
