

Caso Clínico: Coristoma Pancreático en vesícula biliar

Clinical case: Pancreatic Choristoma in the gallbladder

Juan Carlos Maturana Arancibia¹, Elizabeth Rojas Ramirez²,
Bárbara Soto², Belén Saffie², Darly Yaguana Valarezo²

MATURANA ARANCIBIA, J.C.; ROJAS RAMIREZ, E.; SOTO, B.; SAFFIE, B.; YAGUANA VALAREZO, D. Caso Clínico: Coristoma Pancreático en vesícula biliar. *J. health med. sci.*, 9(*clinical cases*):17-20, 2023.

RESUMEN: Coristoma pancreático, también conocido como páncreas heterotópico o páncreas ectópico es una afección congénita que se describe como la presencia de tejido pancreático en una localización distinta anatómicamente, siendo la vesícula biliar uno de los lugares menos frecuentes y la gran mayoría encontrados de forma incidental al momento del examen histológico de la vesícula cuando esta es intervenida de forma electiva o de urgencias por cuadro de colecistitis.

Palabras Clave: Coristoma pancreático en vesícula biliar.

INTRODUCCIÓN

Coristoma pancreático es una anomalía infrecuente descrita por primera vez en 1729 por Jean Schultz, definiéndose como presencia de tejido pancreático que carece de comunicación anatómica o vascular con el cuerpo principal del páncreas (Paramythiotis *et al.*, 2022). De prevalencia incierta, pero gracias a estudios de autopsia con predominio del sexo masculino alrededor de la quinta y sexta década de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 33 años sin antecedentes mórbidos conocidos, acude a servicio de urgencia en 3 oportunidades durante un periodo de 7 días. A la primera consulta, paciente con signos vitales en rango refiere dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio junto a vómitos, al examen físico se evidencia Murphy positivo, a lo cual se da el diagnóstico de cólico biliar tratado con analgesia endovenosa. La segunda consulta se realiza 5 días después, paciente llega taquicárdico, con presión arterial 150/115 mmHg, con resto de signos vitales en rangos normales. En esta segunda oportunidad nuevamente refiere dolor abdominal en hipocondrio derecho de forma recurrente asociado a náuseas

y vómitos, al examen físico se evidencia un abdomen doloroso a la palpación con Blumberg negativo, nuevamente se da diagnóstico de cólico biliar y tratamiento analgésico endovenoso. Finalmente a los 2 días de su última consulta paciente regresa a servicio de urgencia taquicárdico con presión arterial 145/101 mmHg, y resto de signos vitales en rangos normales con mantenimiento de cuadro de dolor abdominal asociado a epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho y dorso que se exacerba posterior a la ingesta de alimentos colecistoquinéticos, al examen físico abdomen se encuentra blando, depresible, doloroso a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho, Blumberg negativo, Murphy positivo y Aaron negativo. En esta nueva consulta se da el diagnóstico de cólico biliar a repetición, se le realizan exámenes de laboratorio donde destaca hemograma con leucocitosis de 15.95 con segmentados 9682, linfocitos 5104 y monocitos de 798, lactato de 2.0, PCR 30 con resto de exámenes en rangos normales. Debido a todo lo anterior, se decide realizar una colecistectomía laparoscópica.

Durante el procedimiento quirúrgico se evidencia una vesícula muy congestiva de paredes engrosadas y acartonadas con adherencias firmes de epiplón con resto de estructuras sin lesiones. Disección de vesícula muy laboriosa, pared posterior abscedada, Vesícula es llevada a biopsia, el informe

¹ Cirujano General. Salubrista. Docente carrera de Medicina, Universidad de Tarapacá.

² Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá.

anatomopatológico indica: colecistitis crónica reagudizada, necrotizante, supurada, metaplasia intestinal fiscal, pericolecistitis aguda fibrinoleucocitaria, coristoma pancreático.

Debido a la falta de imágenes propias del caso, se adjuntan imágenes de referencia, **Figura 1** corresponde a una pieza de vesícula biliar con presencia de colecistitis crónica y tejido pancreático ectópico en la pared (Sanchiz *et al.*, 2015). **Figura 2** estudio anatomopatológico de una vesícula biliar con cambios crónicos secundarios (hipertrofia leve de la túnica muscular, esclerosis vascular moderada, formación de senos de Rokitansky-Aschoff, fibrosis moderada de la subserosa e infiltrado inflamatorio predominantemente linfo-plasmocitario); en el espesor de la serosa y subserosa tejido pancreático normotípico compuesto predominantemente por acinos y conductos (Tapia, 2010).

DISCUSIÓN

Coristoma pancreático vesicular es la segunda anomalía congénita pancreática (Paramythiotis *et al.*, 2022), sin embargo, también puede ser una anomalía adquirida (Pilloni *et al.*, 2006), sin sintomatología característica y que generalmente su diagnóstico es incidental como hallazgo histológico de colecistitis aguda o crónica litiásica y alitiásica (Beltrán *et al.*, 2007). Se define como la presencia de tejido pancreático aberrante en un área del tracto gastrointestinal sin continuidad vascular o anatomía con el órgano propio, esto debido a una embriogénesis propia del tejido en esa zona sin causa específica (Hernández *et al.*, 2017). En otras palabras, corresponde a una masa aislada de tejido pancreático separada completamente del órgano principal (Hernández *et al.*, 2017)

Según la histopatología, existe una clasificación para su diagnóstico creada por Heinrich en 1909, pero modificada más tarde en 1973 por Gaspar Fuentes: tipo I incluye acino, conductos y células de islotes similares al páncreas normal, tipo II contiene sólo conductos y se conoce como variedad canalicular, tipo III comprende solo tejido acinar (Hirsch *et al.*, 2022).

Como se mencionó anteriormente la patogénesis de Coristoma no se sabe a ciencia cierta, se habla de dos teorías sobre su desarrollo, en una primera instancia tenemos la teoría del extravío que corresponde a que, durante la rotación embriológica del

intestino anterior, los fragmentos que nacen en esta zona en vez de desarrollar el páncreas permanecen en la pared desarrollando el páncreas heterotópico. Por otro lado, la segunda teoría que se maneja es la teoría de la metaplasia que corresponde a la migración del tejido endodermo a la submucosa durante la embriogénesis produciendo así una metaplasia que termina convirtiéndose en tejido pancreático.

A nivel global son pocos los reportes que existen al respecto, sin embargo, las publicaciones ya existentes indican que los lugares más frecuentes de localización son estómago, duodeno, ampolla de Vater, yeyuno, divertículo de Meckel, ileon, apéndice, cicatriz umbilical, mediastino, bazo y omento mayor (Neyra *et al.*, 2021). La prevalencia en autopsias fluctúa entre 0.6% y 33% y se encuentra en 1 de cada 500 operaciones quirúrgicas que implican la parte superior del abdomen (Hirsch *et al.*, 2022).

Sobre la clínica, se habla que la sintomatología aparece generalmente en la adultez entre la quinta y sexta década de vida con predominio en el sexo masculino (Paramythiotis *et al.*, 2022) y dependerá no solo del órgano afectado sino también del tamaño de la lesión ya que la sintomatología es producto de la irritación responsable de las hormonas y/o enzimas pancreáticas secretadas. Varias investigaciones han descrito que la sintomatología más prevalente es dolor abdominal principalmente asociado a epigástrico, náuseas, vómitos, ulceraciones, pérdida de peso, dispepsia. Esto debido principalmente a que son producto de irritación responsable de hormonas o enzimas pancreáticas secretadas.

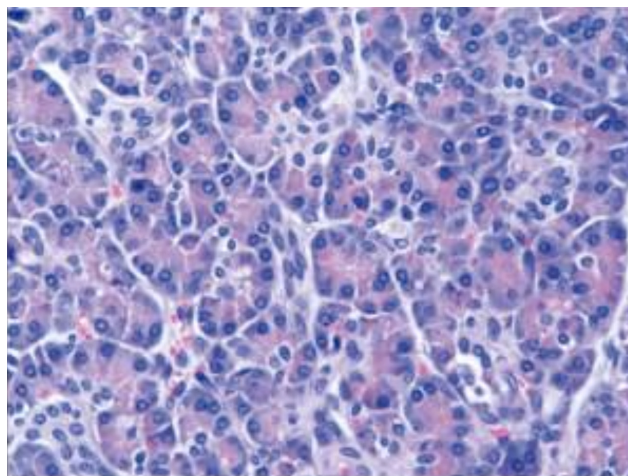


Figura 1. Detalle a gran aumento de acinos pancreatitis en pared de vesícula biliar.

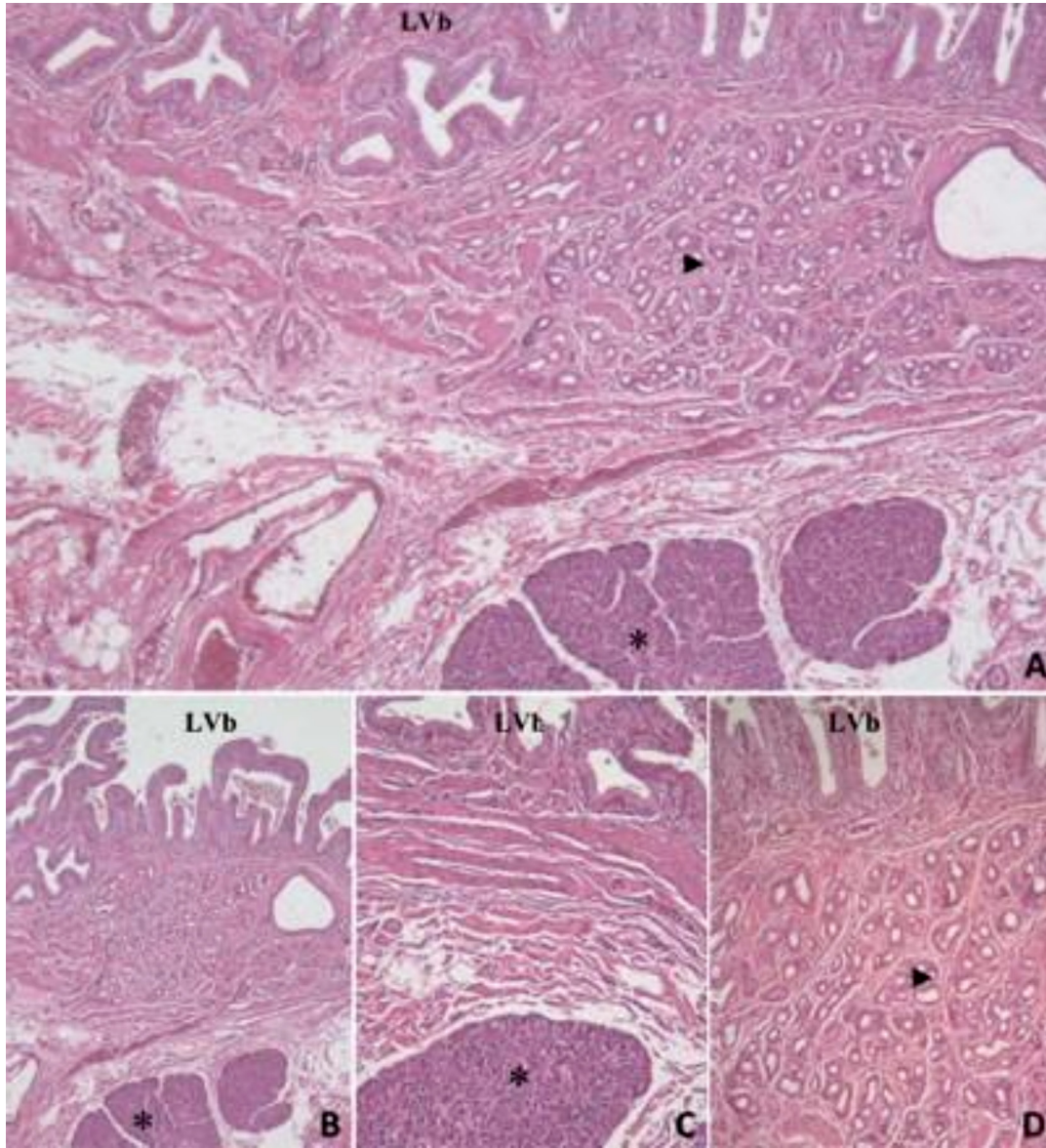


Figura 2. A:100x, B:40x, C y D: 400X (H-E). Observación de tejido pancreático heterotópico compuesto predominantemente por acinos (*) y conductos (▶).

En relación al tratamiento, la elección es la resección quirúrgica del tejido ya sea de forma laparoscópica o endoscópica, esto debido a que el páncreas ectópico puede imitar otras masas subepiteliales, como el adenocarcinoma (Hirsch *et al.*, 2022).

CONCLUSIÓN

En forma de resumen, se entiende que la patología Coristoma pancreático, páncreas heterotópico o páncreas ectópico es una patología infre-

cuenta, aún más si su ubicación es en vesícula biliar como en el caso presentado, en el cual muchas veces su diagnóstico se realiza de forma incidental principalmente debido a la escasa sintomatología o sintomatología poco específica que provoca, sin embargo, siempre tiene que estar presente en nuestros diagnósticos diferenciales por riesgo de metaplasia.

ABSTRACT: Pancreatic choristoma, also known as heterotopic pancreas or ectopic pancreas, is a congenital condition that is described as the presence of pancreatic

tissue in a different anatomical location, with the gallbladder being one of the least frequent places and the vast majority found incidentally at the time of the histological examination of the gallbladder when it is intervened electively or in the emergency room due to cholecystitis.

Keywords: Pancreatic choristoma in the gallbladder.

BIBLIOGRAFÍA

- Beltrán, M.A.; Barría, C.; Naquira, C.; Almonacid, J.; Cruces KS. Coristoma pancreático en la vesícula biliar: Reporte de dos casos. *Rev Med Chil., 135(10): 1318-22, 2007.* <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872007001000013>.
- Hernández, A.J.F.; Arredondo, O.M.A.; Villanueva, S.E.; Romo, A.C.; González, S.C.B. Páncreas ectópico en antro gástrico. *Acta Med. 15(2): 127-129, 2017.* <https://doi.org/10.35366/72345>.
- Hirsch, M.; Suárez, P.; Antonio, L. Páncreas ectópico yeyunal, revisión a propósito de un caso. *Rev Chil Radiol., 28(2), 2022.* <http://dx.doi.org/10.24875/rchrad.22000001>.
- Neyra-León, J.; Salcedo-Palomino, J.L.; Diaz-Monge, J.C.; León-Alegría, O. Coristoma pancreático dentro de un divertículo duodenal: a propósito de un caso. *Redalyc.org. 2021.* <https://www.redalyc.org/journal/434/43470664006/html>.
- Paramythiotis, D.; Kollatou, A.S.; Simou, T.; Karlafti, E.; Abba, I.; Petrakis, G.; *et al.* Ectopic pancreatic tissue in stomach: A case report. *Ann Med Surg., 79(104005), 2022.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104005>.
- Pilloni, L.; Cois, A.; Uccheddu, A.; Ambu, R.; Coni, P.; Faa, G. Complete pancreatic heterotopia of gallbladder with hypertrophic duct simulating an adenomyoma. *World J Gastroenterol., 12: 1786-7, 2006.*
- Sanchiz-Cárdenas, E.M.; Soler-Humanes, R.; Lavado-Fernández, A.I.; Díaz-Nieto, R.; Suárez-Muñoz, M.A. Páncreas ectópico en vesícula biliar: significado clínico e implicaciones diagnósticas y terapéuticas. *Rev Esp Enferm Dig., 107(11): 701-3, 2015.*
- Tapia, E.Ó. Coristoma pancreático en la vesícula biliar. *Rev Chil Cir., 62(6): 614-7, 2010.*

Autor Correspondiente:

Juan Carlos Maturana Arancibia
Académico Departamento de Clínica
Facultad de Medicina
Universidad de Tarapacá.
Email: doctor_maturana@hotmail.com

Recibido: 9 de Octubre, 2023.
Aceptado: de Diciembre, 2023.