https://doi.org/10.22516/25007440.1143

Reporte de caso

Páncreas heterotópico como causa de intususcepción y sangrado gastrointestinal, reporte de caso

Heterotopic Pancreas as a Cause of Intussusception and Gastrointestinal Bleeding: A Case Report

Valentina Patiño-Pérez,[1*] Hanier Agudelo.[2]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Patiño-Pérez V, Agudelo H. Páncreas heterotópico como causa de intususcepción y sangrado gastrointestinal, reporte de caso. Revista. colomb. Gastroenterol. 2024;39(4):477-482.
https://doi.org/10.22516/25007440.1143

[1] Médica y cirujana, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.
[2] Médico y cirujano, especialista en Cirugía General, especialista en Gerencia Integral de Servicios de Salud, Hospital Universitario San José de Popayán. Docente, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

***Correspondencia:** Valentina Patiño-Pérez.
valentinapp@unicauca.edu.co

Fecha recibido: 26/09/2023
Fecha aceptado: 13/02/2024

Resumen

Introducción: la intususcepción es el deslizamiento de un segmento intestinal hacia dentro de uno adyacente, lo que provoca obstrucción, inflamación e isquemia. En adultos, representa el 5% de los casos de invaginación, lo que supone entre el 1% y el 5% de las obstrucciones intestinales, y usualmente son secundarias a la presencia de lesiones intraluminales (benignas o malignas) o iatrogénicas. **Reporte de caso:** es un paciente masculino de 39 años con antecedente de gastritis crónica, que presentó tres meses de dolor en el epigastrio y en el hipocondrio izquierdo, intermitente, que aumentó en intensidad, y se asoció a melenas y rectorragia. En el examen físico se encontró estable hemodinámicamente, con leve dolor a la palpación en el cuadrante superior izquierdo, sin irritación peritoneal y con un tacto rectal positivo para melenas. Los paraclínicos de ingreso resultaron sin respuesta inflamatoria, con hemoglobina normal, y la endoscopia de vías digestivas altas y colonoscopia no tuvieron hallazgos anormales. Por la persistencia del dolor abdominal se solicitó una ecografía hepatobiliar que evidenció un "signo de diana" compatible con intususcepción, que fue confirmado con una tomografía abdominal. El paciente fue llevado a una laparoscopia, en la cual se encontró en el íleon proximal una invaginación intestinal con sensación de masa intraluminal, por lo que se realizó una resección del segmento y una anastomosis laterolateral. La biopsia reportó un lipoma submucoso con foco de páncreas ectópico. **Conclusión:** las invaginaciones intestinales en adultos son infrecuentes y menos probables con tejido pancreático ectópico.

Palabras clave

Coristoma, páncreas, intususcepción, hemorragia gastrointestinal, laparoscopia, cirugía general, estudio de caso.

Abstract

Introduction: Intussusception is the telescoping of one segment of the intestine into an adjacent segment, leading to obstruction, inflammation, and ischemia. In adults, it accounts for 5% of intussusception cases, representing 1%–5% of intestinal obstructions. It is typically secondary to intraluminal lesions (benign or malignant) or iatrogenic factors. **Case Report:** A 39-year-old male patient with a history of chronic gastritis presented with a three-month history of intermittent epigastric and left hypochondrial pain, which progressively increased in intensity and was associated with melena and rectal bleeding. On physical examination, he was hemodynamically stable, with mild tenderness in the left upper quadrant, no signs of peritoneal irritation, and positive findings for melena on digital rectal examination. Initial laboratory tests revealed no inflammatory response and normal hemoglobin levels. Upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy showed no abnormalities. Due to persistent abdominal pain, hepatobiliary ultrasound was performed, revealing a "target sign" suggestive of intussusception, which was confirmed with abdominal computed tomography. The patient underwent laparoscopic surgery, which identified an intestinal intussusception in the proximal ileum with a palpable intraluminal mass. Segmental resection and side-to-side anastomosis were performed. Histopathological analysis revealed a submucosal lipoma with ectopic pancreatic tissue. **Conclusion:** Intestinal intussusception in adults is rare and even less frequently associated with ectopic pancreatic tissue.

Keywords

Choristoma, pancreas, intussusception, gastrointestinal bleeding, laparoscopy, general surgery, case study.

© 2024 Asociación Colombiana de Gastroenterología

INTRODUCCIÓN

La intususcepción es el deslizamiento de un segmento intestinal hacia uno adyacente, lo que puede generar obstrucción, inflamación o isquemia. En adultos representa el 5% de todos los casos de invaginación y supone del 1% al 5% de las obstrucciones intestinales; la edad media de los individuos afectados es de 50 años y la proporción hombre/mujer es de 1:5[1]. Usualmente es secundaria a la presencia de lesiones intraluminales, la mayoría de ellas relacionadas con neoplasias, seguidas de las lesiones benignas como pólipos, lipomas, fibromas y, en pocos casos, las causas son iatrogénicas[2].

La asociación con el tejido pancreático ectópico es extremadamente rara y su presentación clínica es variable: puede presentarse con dolor abdominal crónico e intermitente asociado a signos inespecíficos de obstrucción intestinal o también a náuseas, vómitos, hemorragia gastrointestinal, estreñimiento o distensión abdominal[1,3]. Además, la variabilidad en la presentación clínica y las características de las imágenes hacen que el diagnóstico preoperatorio sea una tarea difícil; sin embargo, es importante realizar un diagnóstico oportuno, pues en la mayoría de los casos el tratamiento definitivo es quirúrgico[3]. En la búsqueda de literatura se encontraron pocos casos descritos de heterotopia pancreática en Latinoamérica[4-6] y solo uno en Colombia, localizado en un pólipo gástrico[4]. Aquí se reporta el caso de un paciente con tejido pancreático ectópico como causa de invaginación intestinal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 39 años de edad con antecedente de gastritis crónica, sin otros antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia. Ingresó a un hospital de tercer nivel con un cuadro clínico de tres meses de evolución consistente en dolor en el epigastrio e hipocondrio izquierdo intermitente que un día previo a su ingreso aumentó en intensidad, se clasificó en la escala análoga del dolor en un puntaje de 8/10 y se asoció a dos episodios de melenas y uno de rectorragia. Negó la automedicación e ingesta de aguas herbales. Ingresó normotenso, taquicárdico, con saturación del 98% al aire ambiente, y en el examen físico tenía escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación en el epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal, no se palpaban masas ni visceromegalias, y el tacto rectal fue positivo para melenas. Los paraclínicos de ingreso reportaron un hemograma normal, sin anemia, creatinina y nitrógeno ureico sanguíneo (BUN) dentro de los límites de normalidad.

Fue valorado por cirugía general, donde se hizo el diagnóstico de hemorragia de vías digestivas, y se inició el manejo con omeprazol, líquidos endovenosos y analgesia. Adicionalmente, por la sintomatología se ordenó una esofagogastroduodenoscopia y una colonoscopia, las cuales fueron normales; no obstante, por persistencia del dolor abdominal al nivel del epigastrio e hipocondrio izquierdo se solicitó una ecografía hepatobiliar, la cual evidenció el "signo de diana", compatible con intususcepción, que posteriormente se confirmó por una tomografía abdominal (**Figura 1**). Con los resultados imagenológicos, el paciente fue llevado a cirugía laparoscópica abdominal con hallazgos de invaginación intestinal en el asa del íleon proximal y sensación de masa intraluminal, sin compromiso del mesenterio o de la serosa intestinal macroscópicamente. Se realizó una resección de un segmento intestinal de 10 cm y anastomosis con técnica de Barcelona (**Figura 2**). El paciente tuvo una adecuada evolución clínica y se dio de alta ocho días después del ingreso. Acudió a control cuatro semanas después con una evolución satisfactoria, y el reporte de patología describió una invaginación intestinal con lipoma submucoso y foco de páncreas ectópico histológicamente normal (**Figura 3**).

DISCUSIÓN

El tejido pancreático ectópico es aquel que no tiene comunicación vascular o anatómica con el propio páncreas, también denominado *páncreas heterotópico*[7]. Tiene una incidencia del 0,2% en series de laparotomías y del 0,5% al 3,7% en autopsias[8], con predominio en hombres entre la quinta y sexta décadas de la vida. Se encuentra más frecuentemente en el estómago (25%-38%), seguido del duodeno (17%-36%) y del yeyuno (15%-21%); sin embargo, también puede encontrarse en otros sitios como la vía biliar, el mesenterio y el omento[9,10]. Su etiología se desconoce, aunque se han planteado diferentes teorías sobre su origen embriológico[7,10,11]. Este caso corresponde a un tejido pancreático ectópico causante de intususcepción en el asa del íleon proximal, ubicación con mayor frecuencia en niños y poco descrita en la literatura[12,13], como lo demuestran Geoffray y colaboradores, quienes encontraron tejido pancreático ectópico de ubicación ileal en el 0,2% de los casos[14,15].

La mayoría de los tejidos pancreáticos heterotópicos son asintomáticos y suelen ser un hallazgo incidental durante autopsias, laparotomías o estudios imagenológicos abdominales[9,11,16]. Cuando son sintomáticos, suelen manifestarse de forma inespecífica, con síntomas como dolor abdominal, dolor epigástrico, náuseas, vómito y sangrado gastrointestinal. Aunque cualquier afección intestinal que

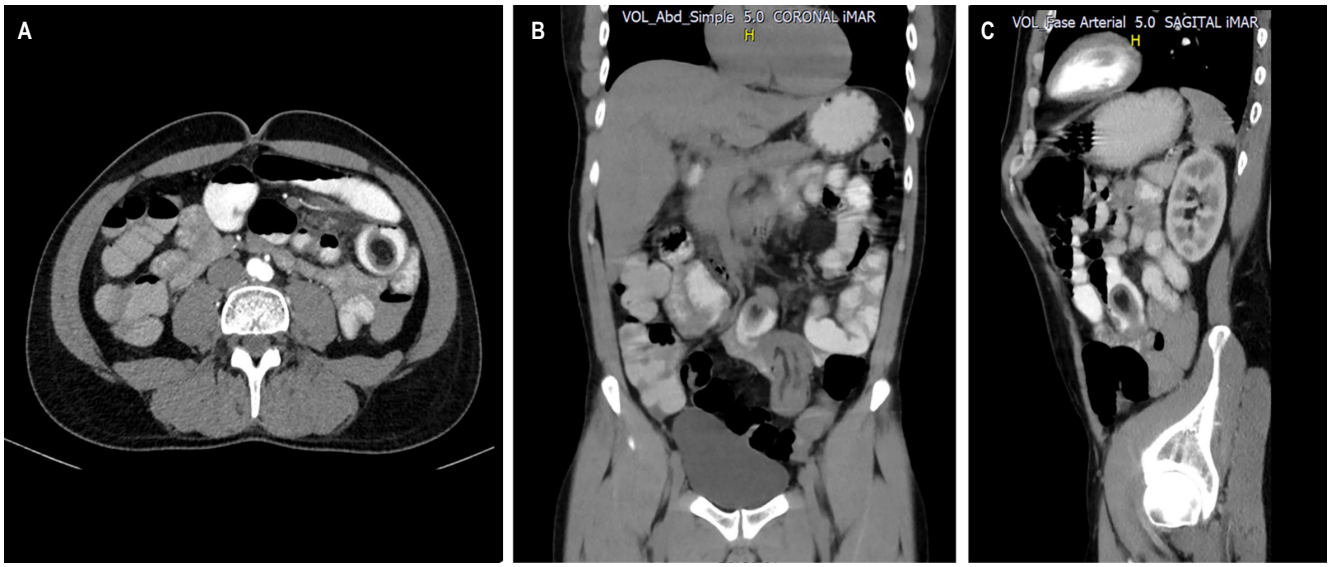


Figura 1. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso en corte axial (**A**), coronal (**B**) y sagital (**C**). En la topografía de las asas delgadas del íleon se observa el signo de "diana" o "dona", sugestivo de intususcepción. Imágenes del Sistema Ubiquo, Hospital Universitario San José, Popayán, Colombia.

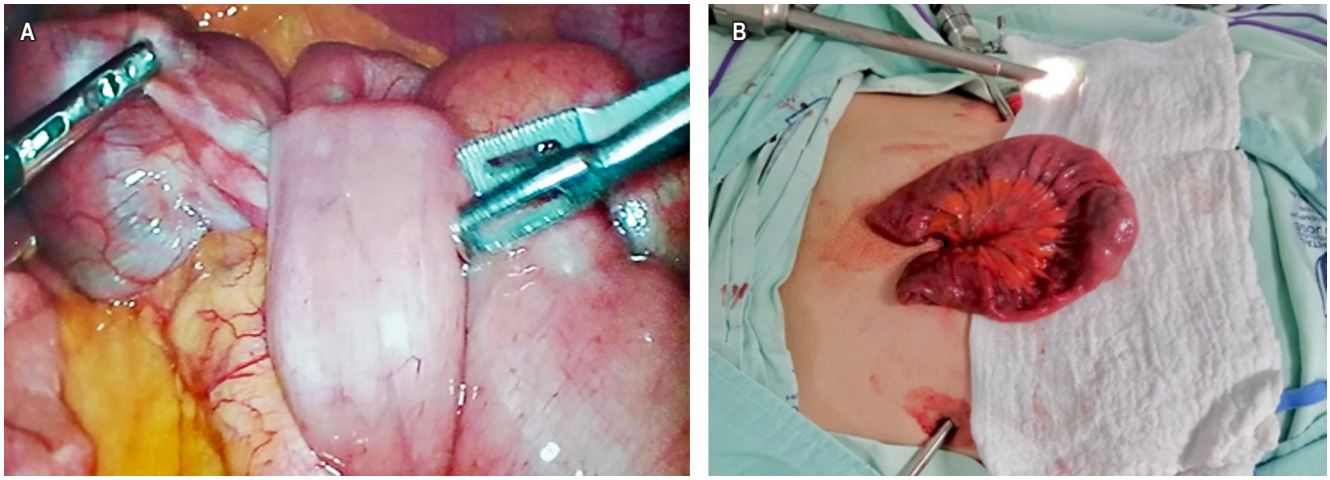


Figura 2. Fotografías intraoperatorias que corresponden al abordaje laparoscópico. **A.** Asa del íleon proximal con hallazgos de intususcepción. **B.** Resección intestinal del íleon proximal (pieza quirúrgica). Imágenes propiedad de los autores.

modifique el patrón normal del peristaltismo aumenta el riesgo de invaginación intestinal[1], es inusual que la heterotopia pancreática provoque obstrucción o invaginación intestinal[7,10,17]. En este caso, el paciente presentó como síntomas principales el dolor abdominal y el sangrado gastrointestinal. Según la serie de casos y revisión sistemática de LeCompte y colaboradores, solo el 20% de los pacientes con esta patología son sintomáticos, y de estos, el 67% se presentan con dolor abdominal y el 9% con hemorragia digestiva[18].

Por otro lado, solo el 5% de las invaginaciones intestinales se presentan en adultos, de las cuales entre el 1% y el 5% debutan con obstrucción intestinal y presencia de lesión orgánica (masa) en más del 90% de los casos[19,20]. Sus manifestaciones clínicas también son inespecíficas y el diagnóstico suele realizarse con imágenes radiológicas o de forma intraoperato-

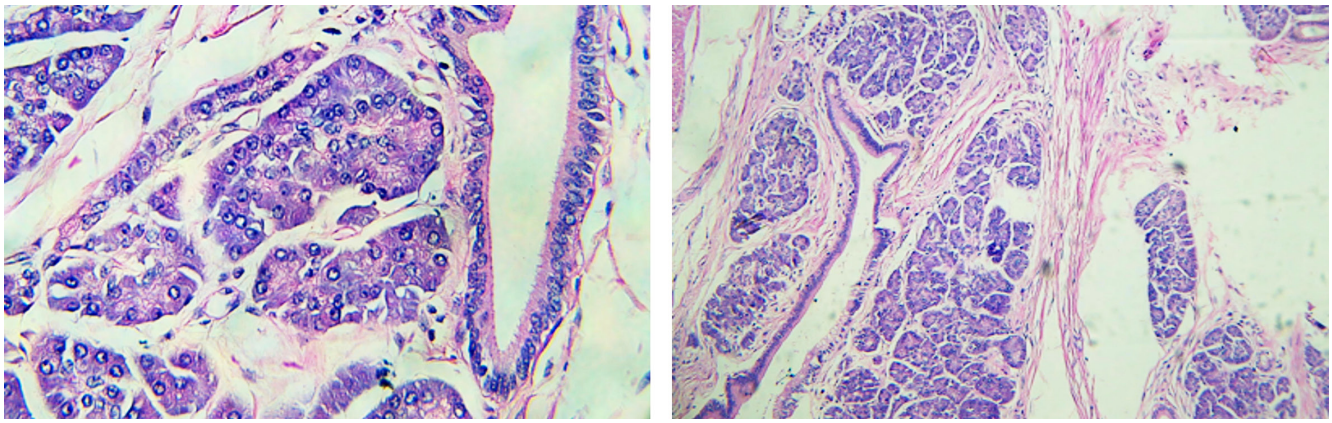


Figura 3. Se identifican focos de tejido pancreático compuesto por ácinos serosos sin atipia epitelial, ductos glandulares de aspecto histológico normal e islotes de Langerhans histológicamente normales. No hay evidencia de lesión infiltrativa tumoral. Fuente: laboratorio de patología, Hospital Universitario San José, Popayán, Colombia.

ria[2,3]. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal se considera actualmente el método radiológico más sensible para confirmar la intususcepción, con una precisión diagnóstica del 58% al 100%[1,3]. Esta permite identificar la imagen en "diana", que corresponde a una estructura de tres capas que incluye la pared intestinal, el mesenterio y el intestino envolvente[21,22]. Adicionalmente, la TAC puede definir la ubicación, la posible etiología y su relación con estructuras adyacentes[2]. Para este caso, el diagnóstico se realizó con una ecografía abdominal y se confirmó mediante tomografía abdominal, en la que se evidenció la clásica imagen reportada. Aunque la ecografía abdominal no es la técnica de elección, representa un procedimiento rápido, fácil de realizar y sin necesidad de preparación, útil en la detección de la intususcepción, como lo demuestra Honjo y colaboradores, quienes describen una precisión de aproximadamente el 50%[1].

El diagnóstico definitivo se logra con el estudio histopatológico, en el cual se evidencia macroscópicamente un área de pequeños nódulos amarillentos entre 1 mm y 5 cm[10]; suele ubicarse sobre la mucosa y en ocasiones en la serosa. Microscópicamente se observan pocos lóbulos de ácinos pancreáticos que contienen células polarizadas con núcleos orientados basalmente y citoplasma granular anfófilo o basófilo; los islotes pancreáticos se observan en un tercio de los casos y las lesiones compuestas enteramente por células endocrinas son infrecuentes[17,23], tal como se evidencia en la **Figura 3**.

La intususcepción en adultos requiere un tratamiento definitivo entre el 70% y el 90% de los casos, y es de elección la resección quirúrgica debido a la frecuente relación con malignidad[3]. El enfoque clásico para la invaginación intestinal es la laparotomía[20]; sin embargo, la laparoscopia ha demostrado ser útil y segura para el abordaje de esta patología, además de otras ventajas como el aspecto estético, la reducción del estrés quirúrgico, mejores procesos de cicatrización del tracto gastrointestinal, menor estancia hospitalaria y menor riesgo de hernia incisional[24]. Lo anterior se demuestra en el estudio de Zhao y colaboradores, cuando compararon el abordaje laparoscópico con la técnica abierta en 162 niños, de los cuales 62 fueron intervenidos por vía laparoscópica y 100 por vía abierta, y se evidenció que los pacientes en el grupo de laparoscopia tenían tiempos más cortos en el inicio de la vía oral y menor estancia hospitalaria en comparación con el grupo de cirugía abierta[25]. Por su parte, en la literatura no se encontraron estudios comparativos en adultos. Este es un raro caso de páncreas ectópico en un paciente adulto con resección intestinal y manejo por laparoscopia con evolución satisfactoria.

Cumplimiento de aspectos éticos

Esta investigación se diseñó de acuerdo con las normas bioéticas internacionales vigentes, y los datos presentados respetan la confidencialidad del paciente.

Se obtuvo autorización del comité de ética del Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés.

Fuentes de financiación

El reporte de caso no estuvo financiado por la industria farmacéutica o la academia.

REFERENCIAS

1. Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult intussusception:A retrospective review. World J Surg. 2015;39(1):134-8. https://doi.org/10.1007/s00268-014-2759-9
2. Lu T, Chng Y. Adult intussusception. Perm J. 2015;19(1):79-81. https://doi.org/10.7812/TPP/14-125
3. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. World J Gastroenterol. 2009;15(4):407-11. https://doi.org/10.3748/wjg.15.407
4. Salceda-Otero JC, Duarte JE, Sabbagh L. Páncreas ectópico gástrico de infrecuente localización en la muscularis de la mucosa. Rev Gastroenterol México. 2010;76(1):73-8.
5. Beltrán MA, Barría C, Naquira C, Almonacid J, Cruces KS. Pancreatic choristoma in the gallbladder: Report of two cases. Rev Méd Chile. 2007;135(10):1318-1322. https://doi.org/10.4067/S0034-98872007001000013
6. Bazán Zender C, Reyes Coloma L, León Cueto JL, Revoredo Palacios G, Arias Stella Castillo J, Pezo A. Heterotopic pancreas as a cause of intussusception: first case reported in Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(3):598-602. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1698
7. Falckenheiner SJ, Bernal Moreno D, Flores Rivera J, Todo Guillen M, Lorida Vaca J. Páncreas heterotópico. Obstrucción intestinal por invaginación del yeyuno. Cirugía Esp. 2018;96(4):237-9. https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.09.001
8. Daniel NE, Rampersad FS, Naraynsingh V, Barrow S, David S. Jejunal Intussusception Due to Heterotopic Pancreas: A Case Report. Cureus. 2021;13(4):e14586. https://doi.org/10.7759/cureus.14586
9. Zhang Y, Sun X, Gold JS, Sun Q, Lv Y, Li Q, et al. Heterotopic pancreas: A clinicopathological study of 184 cases from a single high-volume medical center in China. Hum Pathol. 2016;55:135-42. https://doi.org/10.1016/j.humpath.2016.05.004
10. Giordano A, Alemanno G, Bergamini C, Prosperi P, Bruscino A, Valeri A. The Role of Laparoscopy in the Management of a Diagnostic Dilemma: Jejunal Ectopic Pancreas Developing into Jejunojejunal Intussusception. Case Rep Surg. 2017;2017:8452947. https://doi.org/10.1155/2017/8452947
11. Distler M, Rückert F, Aust D, Saeger HD, Grützmann R. Pancreatic Heterotopia of the Duodenum: Anatomic Anomaly or Clinical Challenge? J Gastrointest Surg. 2011;15(4):631-6. https://doi.org/10.1007/s11605-011-1420-2
12. Seifarth FG, Ryan ML, Triana J, Knight CG. Diagnosis and laparoscopic treatment of ileoileal intussusception secondary to heterotopic pancreas in an infant: Case report and review of the literature. J Pediatr Surg. 2011;46(2):e33-6. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2010.10.025
13. Sciannamea A, Vaccari S, Marasco G, Dalla Via B, Lauro A, Marino IR, et al. Concomitant Heterotopic Pancreas and Endometriosis as a Rare Cause of Ileo-Ileal Intussusception in a Young Woman with Spina Bifida: Case Report and Literature Review. Dig Dis Sci. 2020;65(10):2800-2804. https://doi.org/10.1007/s10620-020-06410-3
14. Bruneton JN. Aberrant pancreas. En: Bruneton JN (editor). Imaging of gastrointestinal tract tumors. Heidelberg: Springer-Verlag; 1990. p. 68-72. https://doi.org/10.1007/978-3-642-83825-5_8
15. Sundaram J, Menon P, Kumar V, Rao KLN, Vaiphei K, Kakkar N. Isolated Ileal Pancreatic Heterotopia Causing Intussusception with Gangrene. Fetal Pediatr Pathol. 2015;34(4):252-6. https://doi.org/10.3109/15513815.2015.1051251
16. Jiang L-X, Xu J, Wang XW, Zhou FR, Gao W, Yu GH, et al. Gastric outlet obstruction caused by heterotopic pancreas: A case report and a quick review. World J Gastroenterol. 2008;14(43):6757-9. https://doi.org/10.3748/wjg.14.6757
17. Kok V-K, Wang T-K, Lin NH, Bei JJ, Huang PH, Chen YC. Adult intussusception caused by heterotopic pancreas. J Formos Med Assoc. 2007;106(5):418-21. https://doi.org/10.1016/S0929-6646(09)60329-6
18. LeCompte MT, Mason B, Robbins KJ, Yano M, Chatterjee D, Fields RC, et al. Clinical classification of symptomatic heterotopic pancreas of the stomach and duodenum: A case series and systematic literature review. World J Gastroenterol. 2022;28(14):1455-78. https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i14.1455
19. Cakir M, Tekin A, Kucukkartallar T, Belviranli M, Gundes E, Paksoy Y. Intussusception: as the cause of mechanical bowel obstruction in adults. Korean J Gastroenterol. 2013;61(1):17-21. https://doi.org/10.4166/kjg.2013.61.1.17
20. Erkan N, Haciyanli M, Yildirim M, Sayhan H, Vardar E, Polat AF. Intussusception in adults: An unusual and challenging condition for surgeons. Int J Colorectal Dis. 2005;20(5):452-6. https://doi.org/10.1007/s00384-004-0713-2
21. Cerro P, Macrini L, Porcari P, De Angelis O. Sonographic diagnosis of intussusceptions in adults. Abdom Imaging. 2000;25(1):45-7. https://doi.org/10.1007/s002619910008
22. Iko BO, Teal JS, Siriam SM, Chinwuba CE, Roux VJ, Scott VF. Computed Tomography Adult Colonic lntussusception. Am Roentgen Ray Soc. 1984;143(4):769-72. https://doi.org/10.2214/ajr.143.4.769
23. Johncilla M, Yantiss RK. Malformations, choristomas, and hamartomas of the gastrointestinal tract and pancreas. Semin Diagn Pathol. 2019;36(1):24-38. https://doi.org/10.1053/j.semdp.2018.11.004

24. Khaitan L, Holzman MD. Laparoscopic advances in general surgery. JAMA. 2002;287(12):1502-5. https://doi.org/10.1001/jama.287.12.1502
25. Zhao J, Sun J, Li D, Xu WJ. Laparoscopic versus open reduction of idiopathic intussusception in children: an updated institutional experience. BMC Pediatr. 2022;22(44):1-7. https://doi.org/10.1186/s12887-022-03112-9