

Páncreas ectópico en vesícula biliar: reporte de un caso y revisión de la literatura

Fernanda Alicia Baldeón Figueroa¹  · Jean Zamora Medina²  · Omar Santos Moreno³ 
Laura Gabriela Soriano Tochimani⁴  · Georgina Loyola Rodríguez⁵  · Jorge Antonio Rojas González⁶  · Federica Riccio Cuomo⁴ 

¹ Patóloga pediatra.

² Residente de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica.

³ Jefe del Departamento de Radiología.

⁴ Universidad Anáhuac Puebla, Escuela de Medicina, San Andrés Cholula, Puebla, México.

⁵ Jefa del Departamento de Anatomía Patológica.

⁶ Radiólogo oncólogo.

Hospital ISSSTEP, Avenida Ejido, Puebla, 72550 Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla, México.

Acta Gastroenterol Latinoam 2024;54(1):92-97

Recibido: 16/12/2024 / Aceptado: 14/02/2024 / Publicado online: 25/03/2024 / <https://doi.org/10.52787/agl.v54i1.378>

Resumen

El páncreas heterotópico en la vesícula biliar es una lesión rara, asintomática, que se ha identificado en pacientes que cursan con colelitiasis u otras enfermedades de la vía biliar, siendo un diagnóstico incidental hasta el momento en que se reporta mediante el diagnóstico histopatológico. Descripto por primera vez en 1916 por Otschkin, desde entonces se han reportado en la literatura mundial 41 casos; este sería

el caso 42, cuarto a nivel nacional y el primero en reportarse a nivel estatal.

Se presenta el caso de una paciente femenina en la cuarta década de la vida, cuya manifestación clínica fue la de un cólico biliar secundario a una colecistitis crónica agudizada diagnosticada en base a la clínica y el ultrasonido. Una vez realizada la colecistectomía, el diagnóstico histopatológico fue páncreas ectópico en la pared de la vesícula biliar, colecistitis crónica agudizada y litos puros de colesterol.

Palabras claves. Páncreas, colelitiasis, colecistitis.

Ectopic Pancreas in Gallbladder: A Case Report and Review of the Literature

Summary

Heterotopic pancreas in the gallbladder is a rare and asymptomatic lesion, which has been identified in patients with cholelithiasis or other diseases of the biliary tract, being an incidental diagnosis so far reported by histopathological diagnosis. Forty-one cases have been reported in the world literature, so it would correspond to the number 42; described for the first time since 1916 by Otschkin the fourth at a national level and the first reported at the state level.

Correspondencia: Federica Riccio Cuomo
Correo electrónico: fede.riccio00@gmail.com

We present a female patient in the fourth decade of life. With biliary colic secondary to acute chronic cholecystitis by clinical and ultrasound, the histopathological diagnosis was ectopic pancreas in the gallbladder wall, acute chronic cholecystitis, and pure cholesterol lithiasis.

Keywords. Pancreas, cholelithiasis, cholecystitis.

Introducción

El tejido pancreático ectópico se considera una anomalía embriológica, el cual se define por la presencia de tejido pancreático normal en una localización atípica.¹⁻³ Los sitios más frecuentes según la literatura internacional son el estómago, el duodeno y el intestino delgado y, con muy poca frecuencia, la vesícula biliar, el bazo, el pulmón, el mediastino, el hígado e incluso la trompa de Falopio.^{4, 5, 6}

Histológicamente, es similar al páncreas normal. Puede contener glándulas exocrinas, ductos e incluso se han reportado algunas piezas con islotes de Langerhans y se ha clasificado dependiendo de la diferenciación histológica.

El páncreas se desarrolla por dos esbozos: uno ventral y otro dorsal. La yema pancreática ventral se desarrolla unida al conducto que formará el colédoco y la vesícula biliar. A medida que el duodeno rota hacia la

derecha y adquiere su característica configuración en “C”, la yema pancreática ventral se desplaza dorsalmente junto con el colédoco,^{7,8} siendo probable que parte del páncreas primitivo quede integrado y desplazado en el colédoco o la vesícula biliar, originándose de esta manera la ectopia.

El páncreas heterotópico fue descripto por primera vez por Jean Schultz en 1729, y definido como tejido pancreático en una localización anatómica que no tiene relación con la glándula pancreática.⁶

Actualmente, se conocen dos hipótesis respecto de su etiología: la primera es la implantación de tejido pancreático embrionario al momento de la rotación intestinal hacia la sexta semana de gestación, y la segunda es la metaplasia pancreática inapropiada de tejido endodérmico durante la embriogénesis.⁹

El páncreas ectópico que se presenta en la vesícula biliar es poco frecuente y raro. Hasta el año en curso se han reportado 41 casos en la literatura internacional.^{5,6} Su prevalencia del 0,5% es marcadamente más baja, en comparación con aquellos casos localizados en el sitio más frecuente (estómago), cuya prevalencia es de hasta un 25% - 38%.^{10, 11} La primera clasificación de páncreas ectópico fue descripta por Von Heinrich y luego modificada por Gaspar Fuentes. Allí se describe 4 tipos (Tabla 1).^{12, 13}

Tabla 1. Clasificación de páncreas ectópico modificada por Gaspar Fuentes

Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Tejido pancreático con acinos, ductos e islotes como en la glándula pancreática.	Variante canalicular, con ductos pancreáticos.	Páncreas exocrino, con tejido acinar.	Páncreas endocrino, con islotes celulares.

Caso clínico

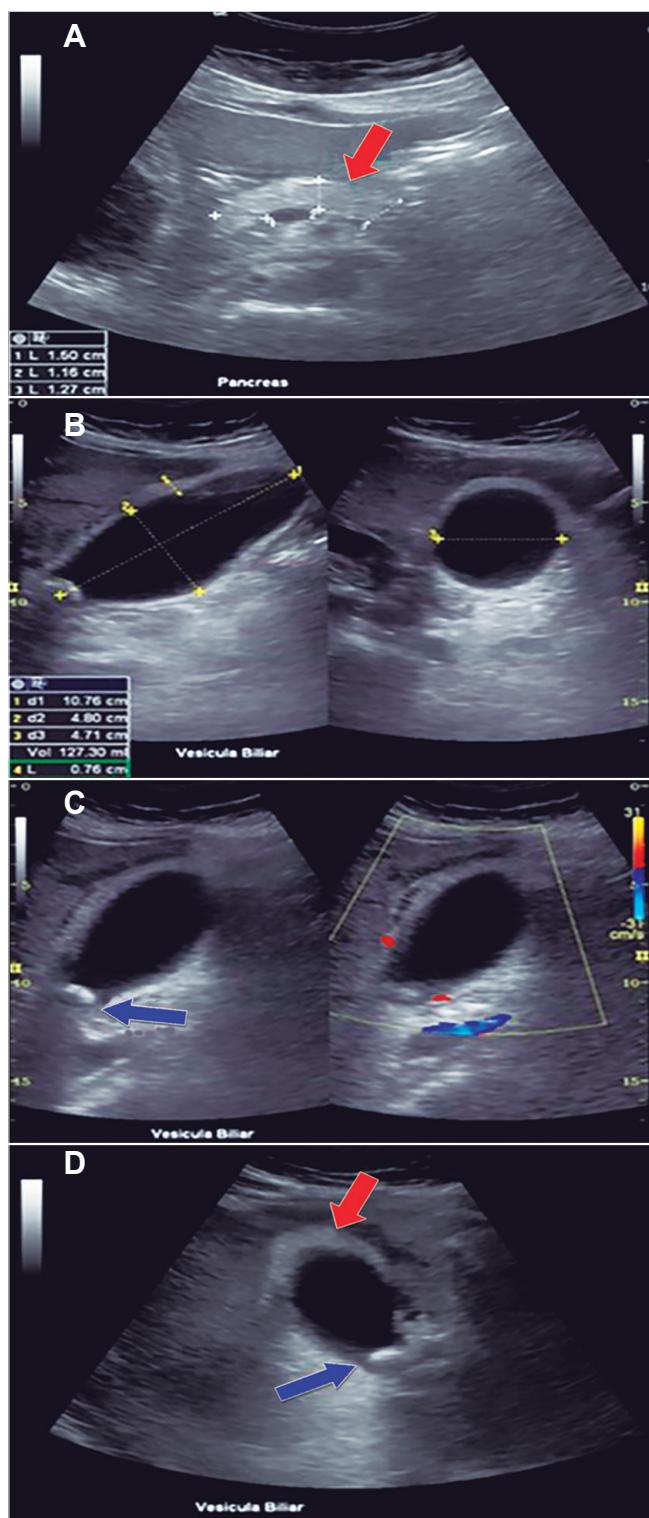
Paciente femenina de 39 años, residente del estado de Puebla, que acudió al servicio de urgencias del hospital ISSSTEP, refiriendo dolor en hipocondrio derecho de 4 días de evolución, con escala de evaluación a la algesia 10/10. Además, presentó náuseas y vómitos. A la exploración, la paciente presentaba sobrepeso, con un índice de masa corporal de 27.7, frecuencia cardíaca de 118 latidos por minuto, temperatura de 38.5°, signo de Murphy positivo sugestivo de colecistitis, si bien la paciente mencionó antecedente de litiasis vesicular de 10 años de evolución, los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis de

16,23 x10³ mm³ a expensas de neutrófilos.

Se solicitó un ultrasonido de hígado, vesícula biliar y páncreas, el cual evidenció una imagen hiperecoica en fondo de la vesícula biliar compatible con lito, engrosamiento de la pared y signo de Murphy ecográfico positivo, compatible con colecistitis crónica agudizada más hidrocolecolecisto por volumen vesicular de 127,30 cc (Figura 1).

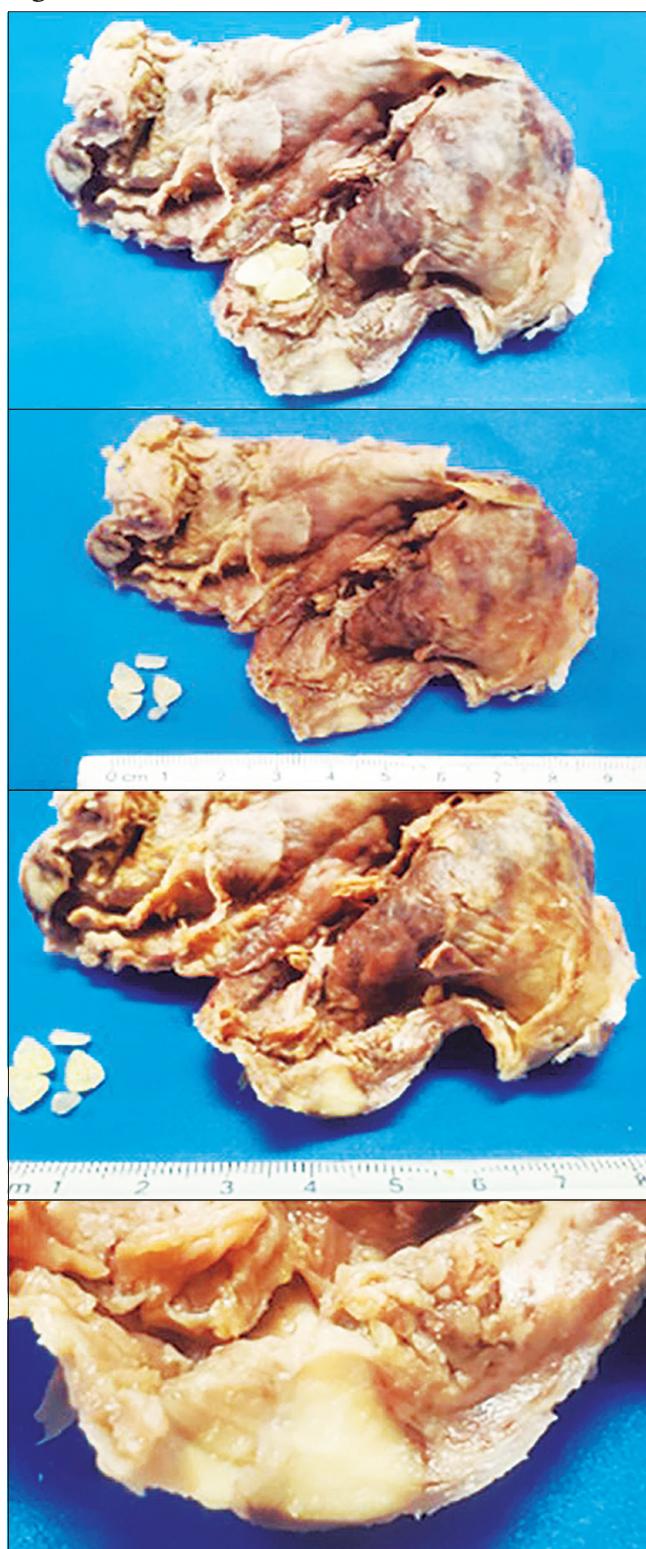
El servicio de cirugía general realizó colecistectomía laparoscópica sin incidentes reportados, con diagnóstico posoperatorio de colecistitis crónica litiásica más piocolécolecisto. Se envió la pieza quirúrgica para estudio histopatológico (Figuras 2 y 3).

Figura 1. Ultrasonido en escala de grises, con transductor convexo

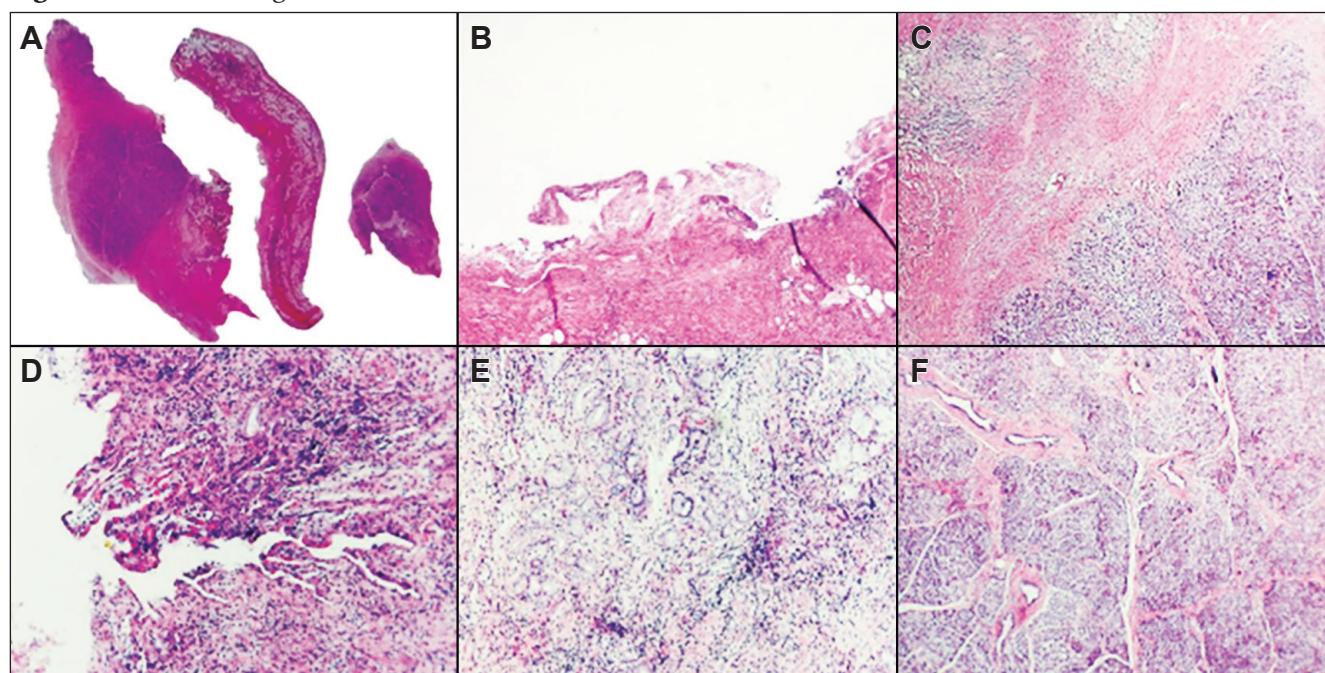


A. Páncreas de características ecográficas normales (flecha roja). B. Vesícula biliar en corte sagital y transversal, diámetros máximos y volumen 127.30 ml. Pared de 0.76 cm. C. Imagen hiperdensa localizada en cuello vesicular que proyecta sombra acústica posterior (flecha azul), compatible con lito. Al uso de Doppler color, se muestra escaso realce de la pared vesicular. D. Paciente en decúbito lateral izquierdo. Sin movilización de lito (flecha azul). Pared vesicular engrosada, aspecto isocogénica en comparación a la ecogenicidad del páncreas (flechas rojas).

Figura 2. Producto de colecistectomía



Vesícula biliar que mide 6 x 5 x 2 cm, no se identifica cuello vesical ni ganglio cístico, la serosa es café clara, anfractuosa, congestiva, al corte el espesor de la pared es variable entre 0.2 a 1.4 cm, la mucosa es anfractuosa, se observan escasos litos cristalinos, refringentes, friables. Al corte se identifica en la pared de la vesícula un nódulo bien delimitado de 1 x 0.8 x 0.7 cm, blanquecino, que macroscópicamente está a 0.1 cm de la serosa y no parece ser dependiente de la mucosa.

Figura 3. Cortes histológicos

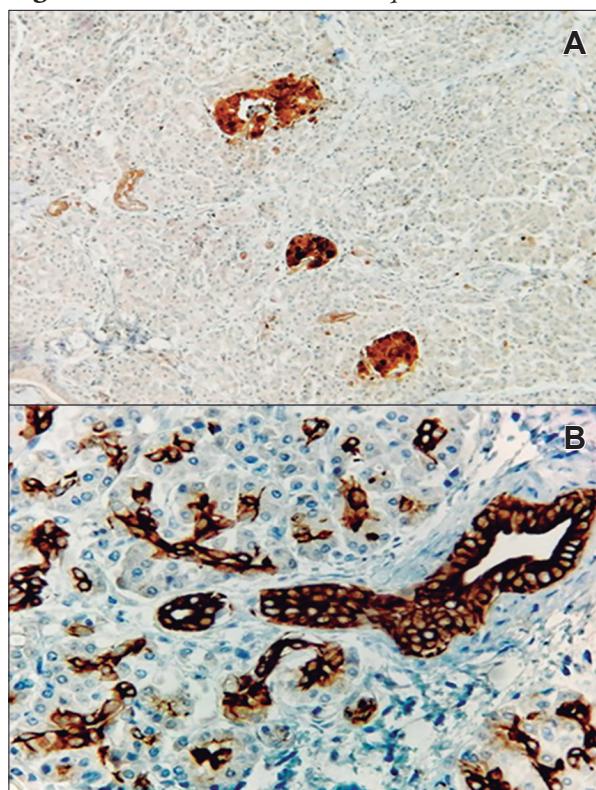
A. Pared de vesícula biliar. B y D. No se observa epitelio de superficie, con datos de necrosis isquémica e hipoxia tisular. C y F. Entre la mucosa y la muscular se identifica el nódulo descrito en el estudio macroscópico que se encuentra conformado por múltiples formaciones acinares organizadas, entre ellas se identifican islas de células con un citoplasma ligeramente más claro, entre estas formaciones se identifican conductos los cuales tienen un epitelio cúbico simple sin atipia. La muscular presenta ligero aumento del espesor, con edema e hipoxia tisular, infiltrado inflamatorio agudo a expensas de neutrófilos y ocasionales linfocitos maduros. E. De manera focal algunos senos de Ashoff Rokitansky.

Se realizó el estudio de inmunohistoquímica, que presentó un inmunoperfil CK 7 positivo en epitelio de los ductos, enolasa neuronal específica, cromogranina y CD56 positivo en los islotes de células de Langerhans, lo cual demostró la diferenciación del parénquima pancreático ectópico correspondiente a una categoría tipo I de la Clasificación para páncreas ectópico (Tabla 2) (Figura 4).

Se determinó el diagnóstico histopatológico de: colecistitis crónica agudizada, necrosis isquémica, hipoxia tisular sostenida, páncreas ectópico de 1 cm de diámetro mayor, colelitiasis (cálculos puros de colesterol).

Table 2. Estudio de inmunohistoquímica

Anticuerpo	Resultado
CK7	Positivo en ductos
Enolasa neuronal específica	Positivo en islotes
Cromogranina	de células
CD56	de Langerhans

Figura 4. Estudio de inmunohistoquímica

Se demuestra la diferenciación del tejido pancreático ectópico A. Enolasa neuronal específica, B. Conductos biliares.

Discusión

Este caso es interesante por la rareza de su naturaleza, por lo que cada vez que se presenta debe ser reportado. En nuestro caso, se identificó tejido pancreático ectópico en la pared de la vesícula biliar, que es un sitio poco frecuente y raro: hasta el año en curso se han reportado 41 casos en la literatura internacional.^{5,6}

Epidemiológicamente, se puede encontrar a cualquier edad, pero es más frecuente entre la cuarta y la quinta década de la vida, como ocurre en nuestro caso. Se ha descripto que el páncreas ectópico en la vesícula biliar es más común en hombres,¹ sin embargo, se diagnostica con más frecuencia en mujeres, debido a que estadísticamente la patología vesicular quirúrgica es más frecuente en el sexo femenino, como ocurre en nuestro caso, que se presentó con manifestaciones clínicas de cólico biliar.^{1,10}

En este caso, el tejido ectópico pancreático fue un hallazgo incidental mediante la examinación anatomo-patológica, como en todos los casos descriptos en la literatura, ya que hasta el momento es el patrón de oro para el diagnóstico.

En retrospectiva, analizando las imágenes del ultrasonido, se piensa que pudo haber una relación entre la ecogenicidad de la pared vesicular y la ecogenicidad en el páncreas, ya que notamos que ambos segmentos tenían similitudes ecográficas, coincidiendo con el nódulo descripto por patología; sin embargo, al ser una entidad poco frecuente, aun en manos experimentadas puede pasar desapercibido en el área de imagen.

Conclusión

Considerando el diagnóstico de este caso, creemos conveniente reportarlo para facilitar la identificación y el diagnóstico oportuno en casos futuros, además de contribuir y enriquecer el conocimiento médico.

Consentimiento para la publicación. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente o su parente, tutor o familiar, para la publicación de los datos y/o imágenes clínicas en beneficio de la ciencia. La copia del formulario de consentimiento se encuentra disponible para los editores de esta revista.

Propiedad intelectual. Los autores declaran que los datos, las figuras y las tablas presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en sus instituciones pertenecientes.

Financiamiento. Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor



© 2024 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Baldeón Figueroa F A, Zamora Medina J, Santos Moreno O, Soriano Tochimán L G. Páncreas ectópico en vesícula biliar: reporte de un caso y revisión de la literatura. Acta Gastroenterol Latinoam. 2024;54(1):92-97. <https://doi.org/10.52787/agl.v54i1.378>

Referencias

- Sharma SP, Sohail SK, Makkawi S, Abdalla E. Heterotopic pancreatic tissue in the gallbladder. Saudi Med J. 2018;39(8):834-7. DOI: [10.15537/smj.2018.8.22602](https://doi.org/10.15537/smj.2018.8.22602)
- Mutschmann PN. Aberrant pancreatic tissue in the gallbladder wall. American Journal of Surgery. 1946 Aug;72:282-3. DOI: [10.1016/0002-9610\(46\)90432-1](https://doi.org/10.1016/0002-9610(46)90432-1). PMID: 20993657
- Vera Velasco C, Cruz Ortiz H, Pérez Espinosa J, Ortega Maldonado P. Tejido pancreático heterotópico en la vesícula biliar. Presentación de un caso. Revista médica del Hospital General de México. 2007;70(2):82-4.
- Koukourakis IM, Perente Memet MS, Kouroupi M, Simopoulos K. Ectopic Pancreatic Tissue Adherent to the External Gallbladder Wall. Case Rep Gastroenterol. 2018;12(1):170-5. <https://doi.org/10.1159/000488445>
- Zamora GP, Yagui UC, Somocurcio PJ, Goicochea AR. Páncreas ectópico incidental en vesícula biliar: reporte de caso. 2022;22(2):414-7. DOI: [10.25176/RFMH.v22i2.4397](https://doi.org/10.25176/RFMH.v22i2.4397)
- Al-Shraim M, Rabie ME, Elhakeem H, Kandeel A, Shah MT, Jamil S. Pancreatic heterotopia in the gallbladder associated with chronic cholecystitis: a rare combination. JOP. 2010;11(5):464-6. PMID: 20818117.
- Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. (Eds.). (2020). Embriología Clínica. 9a edición. Elsevier. Pp. 223-5.
- Ylgovsky Weintraub L, Kleinfinger Marcuschamer S, De León Bojorge B. Páncreas ectópico en vesícula biliar. Hallazgo incidental. An Med Asoc Med Hosp ABC. 1998;43(3):118-20.
- Lai EC, Tompkins RK. Heterotopic pancreas. Review of a 26-year experience. Am J Surg. 1986;151(6):697-700.

10. Hernández Amador JF, Arredondo Ortiz MA, Villanueva Sáenz E, Romo Aguirre C, González Sánchez CB. Páncreas ectópico en antro gástrico. Acta médica grupo Ángeles (2017);15(2):127-129.
11. Motta-Ramírez GA, Ruiz Artega JD, Cabanillas Segura A, Melgoza Montañez D, Barinagarrenteria Aldatz R. Hallazgos por imagen seccional de variantes congénitas pancreáticas y su correlación clínica. Anales de la Radiología México. 2011; 2:75-83.
12. Sathyaranayana SA, Deutsch GB, Bajaj J, *et al.* Ectopic pancreas: A diagnostic dilemma. Int Journal Angiol. 2012; 21:177-80. DOI: [10.1055/s0032-1325119](https://doi.org/10.1055/s0032-1325119)
13. Gaspar Fuentes A, Campos Tarrech JM, Fernández Burgui JL, Castells Tejón E, Ruiz Rossello J, Gómez Pérez J, *et al.* [Ectopias pancreáticas]. Rev Esp Enferm Apar Dig. 1973;39(3):255-68.