



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile  
Chile

TAPIA E., ÓSCAR

Coristoma pancreático en la vesícula biliar

Revista Chilena de Cirugía, vol. 62, núm. 6, diciembre-, 2010, pp. 614-617

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531945012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Coristoma pancreático en la vesícula biliar\*

Drs. ÓSCAR TAPIA E.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera.

<sup>2</sup> Scientific and Technological Bioresource Nucleus (BIOREN).  
Temuco, Chile.

### Abstract

#### Heterotopic pancreas found in the gallbladder. Report of one case

We report a 54 years old woman presenting with pain in the right upper abdominal quadrant. An abdominal ultrasound showed multiple gallbladder stones. The patient was operated with the diagnosis of cholelithiasis. During the pathological study of the excised gallbladder a 0.9 cm diameter yellowish nodule was found, that corresponded to heterotopic pancreatic tissue.

**Key words:** Choristoma<sup>1</sup>[MeSH], gallbladder[MeSH], heterotopic pancreas[MeSH].

### Resumen

La heterotopía pancreática corresponde a la presencia de tejido pancreático fuera de su localización habitual, que carece de continuidad anatómica y vascular con el páncreas normal; el 85% a 90% de los casos reportados comprometen estómago, duodeno o yeyuno, mientras que la localización en vesícula biliar es infrecuente y corresponde tan sólo al 1% de ellas. Esta entidad es generalmente asintomática y en la mayoría de los casos su diagnóstico constituye un hallazgo incidental durante el examen anatómo-patológico de la pieza quirúrgica. Se presenta el caso de una mujer de 54 años sometida a colecistectomía abierta electiva con el diagnóstico de colecistolitiasis. El examen anatómo-patológico de la pieza operatoria, junto con diagnosticar la colecistitis crónica litiasica, describe la presencia de tejido pancreático heterotópico en el espesor de la pared y a nivel del cuello de la vesícula biliar compuesto por acinos y conductos pancreáticos.

**Palabras clave:** Coristoma, vesícula biliar, páncreas heterotópico.

### Introducción

La heterotopía o coristoma pancreático (CP) corresponde a la presencia de tejido pancreático fuera de su localización habitual, que carece de continuidad anatómica y vascular con el páncreas normal, siendo su incidencia reportada en estudios de autopsia de hasta 13% y en el 0,2% de las laparotomías. Las heterotopías pancreáticas en estómago, duodeno y yeyuno representan el 85% a 90% de los casos

reportados mientras que la localización en vesícula biliar es infrecuente y corresponde tan sólo al 1%. En 1727, Schultz realiza la primera descripción de tejido pancreático heterotópico, sin embargo, sólo en 1946 Mutschmann reporta el primer caso de CP en la vesícula biliar<sup>1-8</sup>.

Los CP son generalmente asintomáticos y en la mayoría de los casos su diagnóstico constituye un hallazgo incidental durante el examen anatómo-patológico de la pieza quirúrgica<sup>2, 9-12</sup>.

\*Recibido el 13 de Abril de 2010 y aceptado para publicación el 27 de Mayo de 2010.

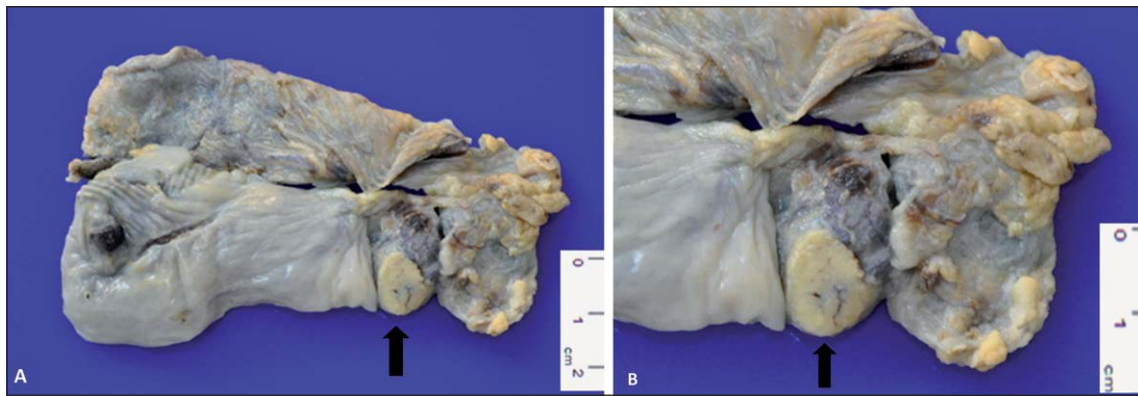
Correspondencia: Dr. Óscar Tapia E.  
Manuel Montt 112. Código Postal 478-1176. Temuco, Chile.  
E-mail: otescalona@gmail.com

### Caso clínico

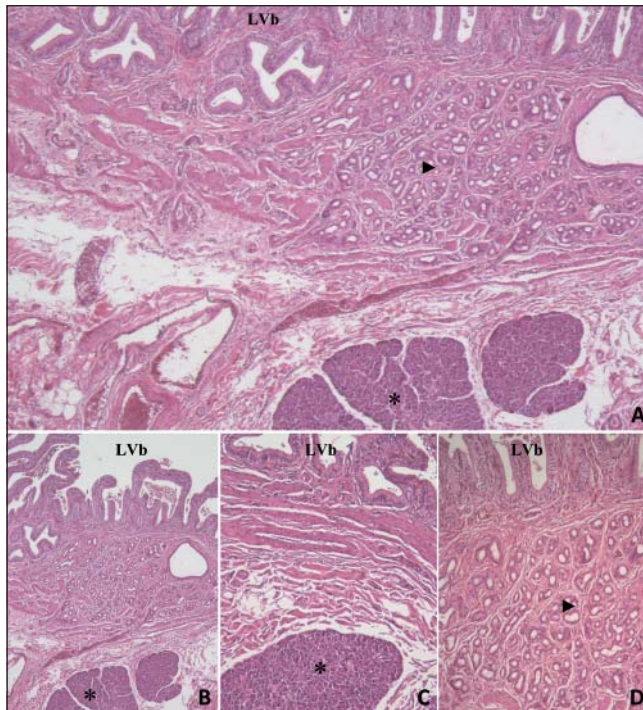
Paciente mujer de 54 años con varios episodios de dolor en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos en relación a ingesta de comidas abundantes. El estudio con ecotomografía abdominal objetiva una vesícula biliar con múltiples cálculos en su interior, con vía biliar intra y extrahepática de estructura conservada. Con el diagnóstico de colecistolitiasis se programa cirugía electiva realizándose una colecistectomía abierta, sin inconvenientes.

Para estudio anatómo-patológico se recibe una vesícula biliar de 10 cm de longitud, 5 cm de perí-

metro y 0,5 cm de espesor, con varios cálculos en su interior. En la superficie serosa del tercio proximal se reconoce nódulo amarillento de consistencia firme de 0,9 cm (Figura 1). El examen microscópico demuestra 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 (Figura 2).



**Figura 1.** En relación con la serosa de la vesícula biliar se aprecia nódulo amarillento de 0,9 cm ubicado a nivel del 1/3 proximal.



**Figura 2.** A: 100x, B: 40x, C y D: 400x (H-E). Se reconoce tejido pancreático heterotópico compuesto predominantemente por acinos (\*) y conductos (▶) dispuestos en el espesor de la pared de la vesícula biliar la cual presenta un epitelio de revestimiento cilíndrico normotípico. (LVb: lumen vesícula biliar).

## Discusión

La heterotopía pancreática representa la segunda anomalía más frecuente del páncreas, con una incidencia reportada de 0,5-13% en estudios de necropsia y en el 0,2% de las laparotomías; el 85-90% de los CP se localiza en estómago, duodeno o yeyuno<sup>1-8</sup>.

El CP en vesícula biliar es infrecuente, con escasos reportes en la literatura, representando tan sólo el 1% de todos los casos de heterotopías pancreáticas<sup>3,4</sup>.

Esta entidad se reporta con una mayor frecuencia en pacientes mujeres de entre 40-50 años, generalmente asintomáticas e intervenidas quirúrgicamente en forma electiva por patología inflamatoria aguda o crónica, litiasis o alitiásica de la vesícula; el diagnóstico constituye un hallazgo incidental durante el estudio anatómico-patológico de la pieza quirúrgica, demostrándose su presencia en el 1/3 proximal de la vesícula biliar en el 50% de los casos, pudiendo de esta forma obstruir el normal flujo de la bilis<sup>2,11</sup>. En forma excepcional el CP puede ser sintomático, ya sea por inflamación del tejido pancreático ectópico o perforación de la vesícula biliar con peritonitis biliar secundaria<sup>4,6,13,14</sup>. En la mayoría de los casos el diagnóstico pre-operatorio no es sospechado, sobre todo si se trata de lesiones pequeñas y dispuestas en el espesor de la pared de la vesícula biliar, siendo en ocasiones posible apreciarlo ecográficamente cuando el tejido heterotópico protruye hacia el lumen simulando un pólipo, sin embargo, los hallazgos de imagen son inespecíficos y no permiten diferenciarlo de otras lesiones vesiculares tales como pólipo de colesterol, adenoma y cáncer<sup>2,10,15</sup>.

La patogenia de la heterotopía pancreática es controversial, mencionándose dos teorías que la intentan explicar: una sugiere que el tejido pancreático se separa del resto del páncreas durante su desarrollo embriológico en el proceso de rotación, mientras la segunda plantea que fragmentos de páncreas son arrastrados durante el período de crecimiento vertical del intestino a partir del brote pancreático ventral<sup>6,13,16</sup>.

En el examen macroscópico de la pieza quirúrgica se reconocen como nódulos intramurales irregulares generalmente pardo amarillentos y de consistencia firme a la palpación. El examen microscópico permite reconocer tejido pancreático dispuesto en el espesor de la pared de la vesícula biliar. Histológicamente el CP está compuesto en una proporción variable por acinos, conductos e islotes de Langerhans, reconociéndose estructuras acinares y ductales en la totalidad de los casos reportados, mientras que islotes de Langerhans se observan en sólo un tercio de los casos; el CP reportado solo presentó elementos ductales y acinares. Teniendo

en consideración estos hallazgos, Heinrich en 1909, propuso la existencia de tres tipos histológicos de CP siendo posteriormente modificada por Gaspar-Fuentes en 1973 quien describe cuatro tipos: Tipo 1 donde el páncreas ectópico consta de tejido pancreático con características similares al páncreas normal, Tipo 2 o canalicular compuesto sólo por conductos pancreáticos, Tipo 3 o exocrino compuesto sólo por acinos y Tipo 4 o endocrino compuesto sólo de islotes de Langerhans<sup>5,10,17,18</sup>.

## Referencias

1. Jaffe R. The pancreas. In: Wigglesworth JS, Singer DB, eds. Textbook of fetal and perinatal pathology. Boston: Blackwell Scientific 1991: 1021-1055.
2. Kondi-Paphiti A, Antoniou AG, Kotsis T, Polimeneas G. Aberrant pancreas in the gallbladder wall. *Eur Radiol* 1997; 7: 1064-1066.
3. Barbosa J, Dockerty M, Waugh J. Aberrant pancreas in the gallbladder wall. *Surgery Gynecology and Obstetrics* 1946; 82: 527-542.
4. Ben-Baruch D, Sandbank Y, Wolloch Y. Heterotopic pancreatic tissue in the gallbladder. *Acta Chir Scand* 1986; 152: 557-558.
5. Dolan RV, ReMine WH, Dockerty MB. The fate of heterotopic pancreatic tissue. A study of 212 cases. *Arch Surg* 1974; 109: 762-765.
6. Inceoglu R, Dosluoglu HH, Kullu S, Ahiskali R, Doslu FA. An unusual cause of hydropic gallbladder and biliary colic heterotopic pancreatic tissue in the cystic duct: report of a case and review of the literature. *Surg Today* 1993; 23: 532-534.
7. Jiang LX, 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: 6757-6759.
8. Mutschmann PN. Aberrant pancreatic tissue in the gallbladder wall. *Am J Surg* 1946; 72: 282-283.
9. Jan GM, Shah P. Pancreatic heterotopia in gallbladder. *Indian J. Pathol Microbiol* 1995; 38: 203-204.
10. Weppner JL, Wilson MR, Ricca R, Lucha PA Jr. Heterotopic pancreatic tissue obstructing the gallbladder neck: a case report. *JOP* 2009; 10: 532-534.
11. Elpek GO, Bozova S, Küpesiz GY, Oğuş M. An unusual cause of cholecystitis: heterotopic pancreatic tissue in the gallbladder. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 313-315.
12. Mboti F, Maassarani F, De Keuleneer R. Colecistitis associated with heterotopic pancreas. *Acta Chir Belg* 2003; 103: 110-112.
13. Bhana BD, Chetty R. Heterotopic pancreas-an unusual cause of cholecystitis. *S Afr J Surg* 1999; 37: 105-107.
14. Shiwani MH, Gosling J. Heterotopic pancreas of the gallbladder associated with chronic cholecystitis. *JOP*

- 2008; 9: 30-32.
15. Monig SP, Selzner M, Raab M, Eidt S. Heterotopic pancreas. A difficult diagnosis. Dig Dis Sci 1996; 41: 1238-1240.
  16. Pang LC. Pancreatic heterotopia: a reappraisal and clinicopathologic analysis of 32 cases. South Med J 1988; 81: 1264-1275.
  17. Heinrich H. Ein Beitrag zur Histologie des sogen. Akzessorischen Pankreas. Virchows Arch Pathol Anat 1909; 198: 392-401.
  18. Gaspar Fuentes A, Campos Tarrech JM, Fernández Burgui JL, Castells Tejon E, Ruiz Rossello J, Gómez Pérez J, et al. Pancreatic ectopias. Rev Esp Enferm Apar Dig 1973; 39: 255-268.