

Pancreas ectopico nel diverticolo di Meckel: descrizione di un caso clinico



Ann. Ital. Chir., LXXIII, 6, 2002

G. Maggi, L. Navarra, G. Cianca,
V. Vittorini, O. Ciccarelli, R. Pietroletti*,
A. Ierace**, G. Sindici**

Divisione di Chirurgia Generale P.O. Popoli (PE)

*Dipartimento di Scienze Chirurgiche – Cattedra di
Chirurgia Generale II - Università di L'Aquila

**Servizio di Anatomia Patologica P.O. di Popoli (PE)

Introduzione

L'ectopia del pancreas è una condizione anatomica anomala e si caratterizza per la presenza di tessuto pancreatico in sede atipica, al di fuori dei limiti topografici del pancreas normale, senza rapporti di continuità né di vascolarizzazione con la ghiandola posta in sede normale (3, 8, 10, 12, 15, 16, 18).

Il pancreas accessorio, o aberrante, o ectopico, è relativamente frequente (2% dei riscontri autoptici) (8), si tratta di noduli con diametro compreso tra 3-4 mm sino a 3-4 cm con sede prevalentemente sottomucosa situati con frequenza decrescente nella parete gastrica (6), duodenale (2), digiunale e ileale (8) che si manifestano come ispessimenti circoscritti della parete o come masserelle sessili aggettanti nel lume.

In genere clinicamente silente il pancreas aberrante rappresenta un riscontro occasionale durante esami autoptici, endoscopici o in corso di interventi chirurgici addominali; tuttavia se di notevoli dimensioni o situati in sedi peculiari (piloro-ampolla di Vater) (7, 11, 13, 17) può dar luogo a complicazioni flogistiche, o a turbe della canalizzazione. Oltre alle localizzazioni già citate, tessuto pancreatico ectopico è stato documentato a livello del diverticolo di Meckel, fegato colecisti e vie biliari, ombelico, tube, ampolla di Vater, piloro, mediastino, polmone (1, 3-5). Descriviamo qui di seguito un raro caso di ectopia pancreatica riscontrata nel diverticolo di Meckel.

Abstract

ECTOPIC PANCREAS IN MECKEL'S DIVERTICULUM: CASE REPORT

Ectopic pancreas is a rare congenital abnormality probably due to a derangement of embryologic development of digestive tract.

Its frequency is reported in the literature between 0.5-14% predominantly distributed in the stomach, duodenum, jejunum. Such condition is extremely difficult to be diagnosed, in fact most of the case of ectopic pancreas are an accidental finding.

We describe a case of ectopic pancreas located in the Meckel's diverticulum, resected at laparotomy performed for colonic disease.

Although in retrospective review symptoms from ectopic pancreas are reported in up to 50% of the cases our patient was free of symptoms. In addition the finding of ectopic pancreas in Meckel's diverticulum has been described only seldom in the previous literature.

Treatment however should always be resection in order to prevent complications that may occur, although rarely.

Key words: Aberrant pancreas, ectopic pancreas, Meckel's diverticulum.

Caso clinico

Giunge alla nostra osservazione un paziente di sesso maschile con età di 72 anni ed una sintomatologia caratterizzata da disturbi dell'alvo, rettorragia, dolori addominali saltuari e localizzati a livello dei quadranti inferiori dell'addome. Tra le indagini diagnostiche effettuate: ecografia addome, clisma opaco, RX torace, e una colonscopia si evidenzia la presenza di una poliposi multipla del colon localizzata all'ascendente e al sigma. A tale livello è presente un polipo del sigma cancerizzato nel contesto di una diverticolosi. Il paziente era iperteso ed in trattamento per disturbi del ritmo cardiaco. Per tale complessa situazione clinica, si opta per un trattamento chirurgico. Si esegue quindi intervento chirurgico di colectomia subtotale con ileo-retto anastomosi meccanica latero-terminale. In corso di intervento si evidenzia la presenza di un lungo diverticolo di Meckel conformato a "dito di guanto" della lunghezza di 4 cm con

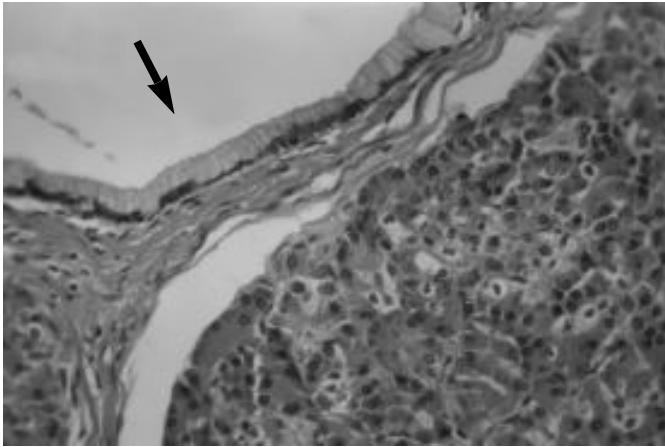


Fig. 1a) parete intestinale: pancreas esocrino osservabile nel contesto della sottomucosa (la freccia indica il versante mucoso).

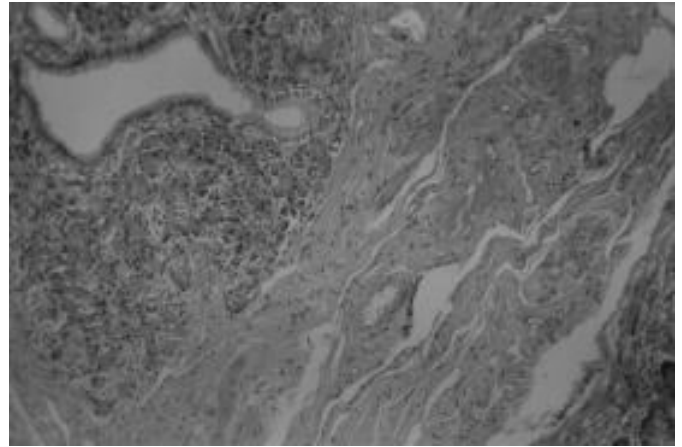


Fig. 1b) pancreas esocrino: componente acinare e parete di un dotto.

diametro di 2 cm che è asportato mediante suturatrice meccanica lineare.

Il paziente veniva dimesso in nona giornata dopo un decorso post-operatorio regolare. L'esame istologico definitivo conferma la diagnosi di adenomatosi diffusa del colon ascendente e la presenza di un cancro in situ del polipo del sigma. Inoltre, in relazione al diverticolo di Meckel, si evidenzia la presenza di tessuto pancreatico ectopico con localizzazione sottomucosa a componente esclusivamente esocrina (Figura 1a, b).

Discussione

Il primo caso di pancreas ectopico fu descritto nel 1729 da Jean Schultz e la prima diagnosi di certezza confermata istologicamente risale al 1859 (Klob) (8). Il pancreas ectopico pone problemi diagnostici di non facile risoluzione che coinvolgono principalmente il chirurgo, il radiologo e l'endoscopista. La diagnosi differenziale si pone con il leiomioma o con polipi adenomatosi o iperplastici (6).

Si presenta come una neoformazione nodulare dalle dimensioni di qualche millimetro fino a 4-5 cm con colorito roseo giallastro e frequente localizzazione sottomucosa (60-80% dei casi) o della muscolaris mucosae (20%). Spesso presenta una lieve depressione o ombelicatura centrale, talora ulcerato, in altre circostanze si presenta come lesione emorragica (6, 8, 10, 12, 16).

Istologicamente risulta rappresentato da tessuto pancreatico normale con le varie componenti che possono avere prevalenza a seconda dei casi.

Predilige la localizzazione gastrica (85%), ed in frequenza decrescente quella duodenale, digiunale e ileale. Può localizzarsi a livello del diverticolo di Meckel e comunque in qualsiasi dei restanti tratti dell'apparato gastroenterico (1, 4-7, 9, 11, 13, 17).

Diverse sono le ipotesi patogenetiche: Warren ritiene possibile un processo di separazione anomala della ghian-

dola nella fase di fusione dei foglietti ventrale e dorsale. Per altri Autori, l'ectopia pancreatica è l'espressione di pluripotenzialità delle cellule di origine ectodermica, o l'esito di frammentazioni dell'abbozzo dorsale per cui isole di tessuto pancreatico si localizzano in sedi anormale (1, 6, 8, 10, 12, 16-18).

Vari e diversi appaiono i possibili quadri clinici del pancreas aberrante. Di solito è diagnosticato incidentalmente su reperti autopsici o su pezzi operatori asportati per altre patologie (6%) (15). In più della metà dei casi il pancreas ectopico risulta silente senza provocare problemi per il paziente. Secondo la letteratura peraltro, fino al 50% dei casi, possiamo osservare delle manifestazioni cliniche caratterizzate da dolore addominale, nausea e vomito. Raramente si hanno vere pancreatiti acute con esordio tipo "addome acuto", degenerazione cistica, addirittura carcinomatosa (4, 5, 7, 9, 10, 14).

Tale patologia ha pertanto nella maggioranza dei casi sintomi vari e vaghi, di difficile inquadramento e oltre ai suddetti sintomi, sono stati osservati reperti di: perdita di peso, ipoglicemia, ematemesi, melena, ostruzione della via biliare per compressione sull'ampolla di Vater, invaginazione intestinale, ostruzione pilorica. Risulta quindi evidente che la diagnosi pre-operatoria e differenziale con altre patologie è estremamente difficile se non impossibile.

Solo istologicamente possiamo avere una diagnosi di certezza di pancreas ectopico. L'Rx digerente, l'EGDS, la CPRE esami diagnostici eseguiti in genere per altri quesiti clinici possono porre il sospetto di pancreas aberrante, sulla base di segni indiretti (6, 8).

Talvolta durante la laparotomia per addome acuto chirurgico, può sorgere il dubbio diagnostico di flogosi di pancreas ectopico e, conseguentemente si pone l'indicazione al trattamento terapeutico di exeresi chirurgica come riportato in letteratura (8, 9, 11-13).

Un dato caratteristico che emerge dalla disamina della letteratura, riguarda la controversia circa l'espressione clinica dell'ectopia pancreatica. In pratica la sintomatologia

riguarderebbe circa la metà dei casi. Di fatto la totale aspecificità dei sintomi chiamati in causa rende tale dato non utilizzabile sul piano clinico-pratico, facendo rientrare l'ectopia pancreatica solo nella diagnosi differenziale di altre più comuni patologie digestive. Si comprende quindi come tale diagnosi possa essere posta solo per esclusione (1, 3, 6, 10, 12, 14, 16, 18).

Il reperto di pancreas ectopico è comunque un evento raro, particolarmente la localizzazione nel diverticolo di Meckel, la cui incidenza è attualmente tra lo 0,5 e il 14% nella maggioranza dei casi osservati in letteratura. Come nel caso da noi descritto, l'intervento chirurgico è effettuato per la presenza di altra patologia concomitante. L'asportazione del pancreas ectopico è comunque sempre giustificata dalla possibilità che questo possa incorrere in complicanze prima fra tutte la pancreatite, secondariamente la degenerazione carcinomatosa (8, 14).

Riassunto

Il pancreas ectopico è una anomalia congenita di non frequente riscontro, dovuta ad una alterazione durante lo sviluppo embriologico dell'apparato gastroenterico ed è una condizione non facilmente diagnosticabile.

La sua frequenza varia tra lo 0,50 e il 14% delle casistiche note ed è localizzato prevalentemente a livello dello stomaco, duodeno, digiuno.

Riportiamo un caso clinico di pancreas aberrante situato nel diverticolo di Meckel asportato durante laparotomia per altra patologia intestinale.

Sebbene il pancreas ectopico risulti sintomatico fino al 50% dei casi, il nostro caso clinico è caratterizzato dalla totale asintomaticità. Inoltre il riscontro dell'ectopia pancreatica nel diverticolo di Meckel è estremamente raro. L'atteggiamento terapeutico rimane comunque l'asportazione per prevenire le eventuali seppur rare complicanze. Parole chiave: Pancreas aberrante, pancreas ectopico, diverticolo di Meckel.

Bibliografia

1) Barbosa J., Dockerty M., Waugh J.: *Pancreatic heterotopia: review of the literature and report of 41 authenticated surgical cases of whi-*

ch 25 were clinically significant. Surg Gynec Obst, 82:527, 1946.

2) Smorlesi L.: *Il significato degli pseudoadenomi intramurali duodenali di origine eterogenea.* Arch de Vecchi Anat Path, 15:1251, 1950.

3) Dolan R.V., Re Mine W.H., Dockerty M.B.: *The fate of heterotopic pancreatic tissue.* Arch Surg, 109:762-5, 1974.

4) Mobini J., Krouse T.B., Cooper D.R.: *Intrahepatic pancreatic heterotopia.* Am J Dig Dis, 19:64, 1974.

5) Mason E.T., Quagliarello J.R.: *Ectopic pancreas in the fallopian tube: report of first case.* Obstet Gynecol, 48:70-5, 1976.

6) Rose C., Kessaram R.A., Lind J.F.: *Ectopic gastric pancreas: a review en report of 4 cases.* Diagnostic Imaging, 49:214, 1980.

7) Anselme P., Grundfest S., Carey W., Weis R.: *Pancreatic heterotopia. A rare cause of bowel obstructions.* Surgery, 90:110-13, 1981.

8) Armstrong C.P., King P.M., Dixon J.M.: *The clinical significance of heterotopic pancreas in the gastrointestinal tract.* Br J Surg, 68:384-387, 1981.

9) Laughlin E.H., Keown M.E., Jackson J.E.: *Heterotopic pancreas obstructing the ampulla of Vater.* Arch Surg, 118(8):979-80, 1983.

10) Lai E.C., Tompkins R.K.: *Heterotopic pancreas. Review of a 26 year experience.* Am J Surg, 151:697-700, 1986.

11) Albonico C., Morzenti S., Giani L.: *Unusual finding of ectopic pancreatic tissue as cause of intermittent pyloric occlusion.* Minerva Chir, 30, 41(17-18):1449-53, 1986.

12) Rivett R., Quaranta M., Lavagna F., Cartia Q.: *Pancreas aberrante.* Minerva Chir, 41:1865-9, 1986.

13) D'Elia F., Spinelli C., Sartoni G.: *Il pancreas aberrante nello stomaco: una causa rara di stenosi pilorica.* Minerva Chir, 43, 23-24:2107-10, 1988.

14) Benbow E.W.: *Simultaneous acute inflammation in entopic and ectopic pancreas.* J Clin Pathol, 41(4):430-34, 1988.

15) Masi C., Benvenuti P., Freschi G. et al: *Frequency and clinical significance of ectopic pancreas.* Min Chir, 45(1-2):5-10, 1990.

16) Gulla N., Serafini S., Patriti A., Giannini P., Pucciarini L.G., Tristano B.: *Aberrant pancreas: description of a clinical case and review of the literature.* Ann Ital Chir, 65(1):135-7, 1994.

17) Lucandri G., Castaldo P., Meloni E., Riparo V.: *Ectopic pancreas with gastric localization: a clinical case and review of the literature.* J Chir, 15(4):162-6, 1994.

18) Camunas Mohinelo F.A., Estrada Caballero J.L., Trigueros Mateos M. et al: *Ectopic pancreas.* Rev Esp Enferm Dig, 88(10):672-6, 1996.

Autore corrispondente:

Dr. Renato PIETROLETTI
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
Cattedra di Chirurgia Generale II
Via Vetoio - Blocco 11
67100 L'AQUILA

