

seram

Sociedad Española de Radiología Médica

34

Congreso Nacional

**PAMPLONA 24 MAYO
27 2018**

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

HALLAZGOS DE IMAGEN EN LA PANCREATITIS PARADUODENAL

M^a Victoria Torres Isidro, Paulino García Benedito,
Clara Romero Martín, José Antonio Herrera Feria.

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Objetivos Docentes

- Describir los hallazgos de imagen más característicos de la pancreatitis paraduodenal y que permiten realizar un diagnóstico de presunción de la misma al diferenciar esta entidad del carcinoma de páncreas.

Revisión del tema

- La pancreatitis paraduodenal (PPD) es una forma rara de pancreatitis crónica, que afecta a la pared duodenal en la vecindad de la papila menor, al parénquima pancreático adyacente y al espacio entre ambos.
- Es un término relativamente reciente acuñado por Adsay y Zamboni en el año 2004 que engloba entidades con características clinicopatológicas similares; pancreatitis del surco pancreatoduodenal, distrofia quística de páncreas heterotópico, hamartoma pancreático del duodeno o mioadenomatosis entre otras [1]
- Es importante conocer su existencia porque con frecuencia se confunde con el carcinoma pancreático (CP), lo que lleva la realización de duodenopancreatectomías, en algunos casos, innecesarias.

- Ambas entidades presentan rasgos comunes tanto en su presentación clínica como en su manifestación radiológica.
- La PPD es más frecuente en varones en la cuarta y quinta décadas, con una historia de alcoholismo moderada o severa y con síntomas de dolor crónico postprandial, náuseas, vómitos y pérdida de peso.
- La ictericia puede estar presente con un curso fluctuante a diferencia del CP donde se produce un empeoramiento progresivo [2]
- Los marcadores tumorales (Ca 19.9 y CEA) suelen estar dentro de límites normales [1], aunque en la serie de Zaheer describen algunos casos de elevación del Ca19.9 que atribuyen a la presencia de ictericia obstructiva en esos pacientes [3].

- Se distinguen dos formas de presentación con distintas características de imagen.
- Forma pura, que sólo afecta al surco pancreato-duodenal (SPD) que no suele asociarse a dilatación de la vía biliar.
- Forma segmentaria, en la que la afectación se extiende a la cabeza pancreática y se asocia con más frecuencia a dilatación de la vía biliar [2]. Es la forma más frecuente.
- En varios estudio describen además un distinto patrón de afectación de la vía biliar, con una estenosis abrupta en el CP y una más progresiva en la PPD.
- Otro hallazgo característico de la PPD es el aumento de distancia entre la papila y la luz duodenal evidente en Colangio-RM [4]

- Las técnicas de imagen más empleadas para el diagnóstico de ambas entidades son la TC y la RM.
- En la **TC** el hallazgo más característico es el de una lesión hipodensa en el SPD con aumento de la distancia entre el páncreas y el duodeno (figuras 1 y 2).
- Hipodensa en fases arterial tardía y fase venosa portal.
- Lesión limitada al SPD (forma pura) o con extensión a la cabeza pancreática (forma segmentaria)
- Forma pura muy rara (alrededor del 2% de resecciones quirúrgicas por pancreatitis crónica).
- Realce heterogéneo en la cabeza pancreática muy frecuente. No en CP [3].

- Los hallazgos más útiles para el diagnóstico de PPD en TC son:
 - ▣ Engrosamiento de la pared medial de la segunda porción duodenal.
 - ▣ Presencia de quistes en la pared del duodeno.
 - ▣ Dilatación de la vía biliar de aspecto benigno.

- Otros hallazgos que pueden orientar al diagnóstico de PPD pero con menor especificidad son:
 - ▣ Quistes en el surco pancreático
 - ▣ Calcificaciones pancreáticas
 - ▣ Desplazamiento arteria gastroduodenal
 - ▣ Realce heterogéneo de la cabeza del páncreas [1,3-8]

- En **RM** el hallazgo más característico es una masa en el SPD hipointensa respecto al parénquima pancreático en secuencias con potenciación T1 y señal variable desde hipointensa a ligeramente hiperintensa en secuencias con potenciación T2, dependiendo del grado de edema o fibrosis [9] .
- Tras la administración de gadolinio realce tardío y progresivo a menudo heterogéneo.
- Quistes. En el SPD y en la pared duodenal. En secuencias T2 y en Colangio-RM. Mayor sensibilidad que TC.
- Cambios inflamatorios en la pared duodenal con engrosamiento mural. Principal distinción con el CP. Leve dilatación del colédoco y del conducto pancreático principal con disminución progresiva de su calibre.
- Vesícula biliar con morfología en banana.

- Los **hallazgos ecográficos** dependen del estadio.
- Fase aguda: Area hipoecogénica en forma de banda en el SPD y moderado engrosamiento del duodeno y heterogeneidad de la cabeza pancreática, si afectación segmentaria (figura 4).
- En fase crónica predomina la fibrosis y se observa un engrosamiento hiperecogénico de la pared duodenal e hiperecogenicidad en la cabeza del páncreas con estructuras ductales anecoicas.
- Leve-moderada dilatación del colédoco y del conducto pancreático, con disminución progresiva de su calibre [10].
- La ecoendoscopia parece presentar mayor sensibilidad para visualizar el área hipoecogénica en el SPD y además permite realizar PAAF en los casos en los que se considere necesario[6].

- **PET-TC:** Parece poco útil ya que los cambios inflamatorios aumentan el metabolismo glicídico con un aumento de la captación del trazador similar a la que se produce en el caso de afectación tumoral.
- Se evidenció captación patológica sospechosa de malignidad en los 4 pacientes a los que se realizó esta prueba de la serie de 8 pacientes que presenta el grupo de Sánchez-Bueno[5] y en 1 caso presentado por Patil y colaboradores [6]
- Sin embargo puede ser útil para descartar diseminación a distancia[6].

- En resumen, aunque ambas patologías presentan hallazgos de imagen similares como la presencia de una tumoración en la cabeza del páncreas con escasos cambios inflamatorios, hay datos epidemiológicos y hallazgos de imagen que sugieren PPD como principal posibilidad diagnóstica.
- No obstante, no siempre es posible realizar esta diferenciación y hay que recurrir al tratamiento quirúrgico, habitualmente pancreatectomía cefálica, que además es el tratamiento de elección en casos con mala respuesta al tratamiento conservador [5,6].
- El tratamiento conservador habitual consiste en analgésicos, nutrición enteral si no hay obstrucción duodenal y abstinencia en el consumo de alcohol y tabaco.



Figura1. Hipodensidad laminar en surco pancreato-duodenal y leve engrosamiento de la pared medial de la segunda porción del duodeno, con pequeños quistes murales.



Figura 2. Leve engrosamiento de la pared medial del duodeno e hipoatenuación en surco pancreatoduodenal.

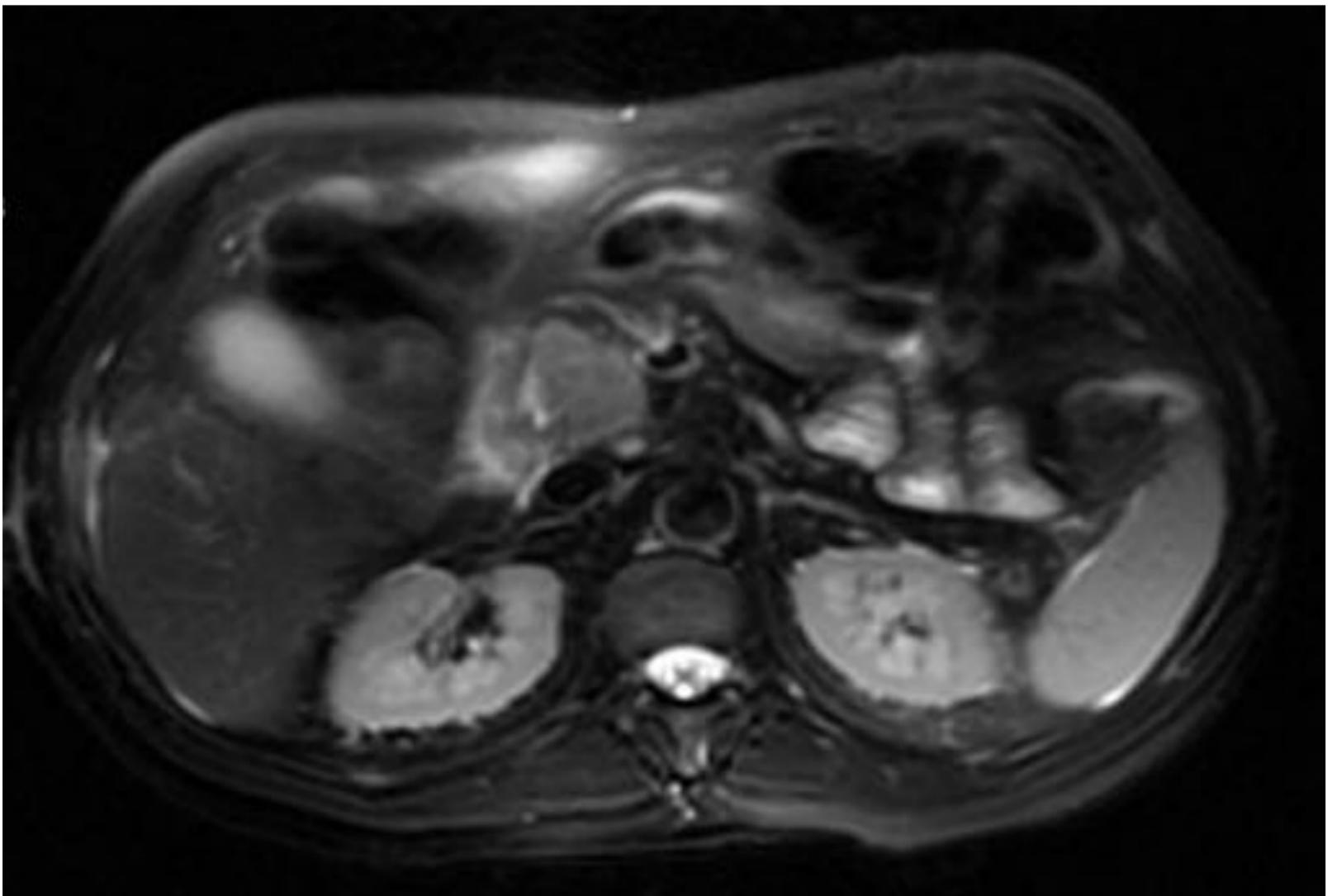


Figura 3. Secuencia axial T2 con supresión grasa. Hiperintensidad en el surco pancreatoduodenal y cambios inflamatorios periduodenales.



Figura 4. Ecografía en fase precoz.
Hipoecogenicidad en SPD-cabezapancreática.
Leve dilatación del colédoco.



Figura 5. Hipoatenuación laminar en el surco pancreatoduodenal y realce heterogéneo parcheado en la cabeza pancreática en paciente con antecedente de etilismo crónico y clínica subaguda de vómitos y dolor postprandial. Como hallazgo adicional presenta una hernia diafragmática izquierda.

Conclusiones

- Aunque no siempre es posible diferenciar por los hallazgos de imagen entre la PPD y el adenocarcinoma de páncreas, el conocimiento de los hallazgos de imagen más característicos de la primera entidad permite realizar un diagnóstico de presunción y realizar tratamiento conservador con mayor frecuencia.
- Hay que sospechar PPD en un paciente varón con hábito alcohólico, que presenta engrosamiento de la pared duodenal asociado a la afectación del SPD, sin o con afectación asociada de la cabeza pancreática, especialmente si presenta quistes intramurales.

Referencias bibliográficas

- 1. Arora A, Dev A, Mukund A, et al. Paraduodenal pancreatitis. *Clinical Radiology* 2014;69:299-306.
- 2. Rezvani M, Menias C, Sandrasegaran K, et al. Heterotopic pancreas: Histopathologic features, imaging findings, and complications. *Radiographics* 2017;37:484-499
- 3. Zaheer A, Haider M, Kawamoto S, et al. Dual-phase CT findings of groove pancreatitis. *European Journal of radiology* 2014;83:1337-1343
- 4. Raman SP, Salaria SN, Hruban RH, Fishman EK. Groove pancreatitis: Spectrum of imaging findings and radiology-pathology correlation. *Am J Roentgenol* 2013;201(1): W29-W39.[doi:10.224/AJR.12.9956](https://doi.org/10.224/AJR.12.9956)

- 5. Sánchez-Bueno F, Torres Salmerón G, De la Peña Moral J, et al. Pancreatitis del surco versus adenocarcinoma de páncreas. A propósito de 8 casos. CIR ESP 2016; 94(6):346-352.
- 6. Patil AR, Nandikoor S, Mallarajapatna G, Sjivakumar S. Case 248: Cystic duodenal dystrophy with groove pancreatitis. Radiology 2017;285:1045-1051.
- 7. Shin LK, Jeffrey RB, Pai RK, et al. Multidetector CT imaging of the pancreatic groove: differentiating carcinomas from paraduodenal pancreatitis. Clinical Imaging 2016;40:1246-1252
- 8. Ishigami K, Tajima T, Nishie A, et al. Differential diagnosis of groove pancreatic carcinomas vs. Groove pancreatitis: Usefulness of the portal venous phase. European Journal of Radiology 2010;74:95-100.

- Blasbalg R, Hueb Baroni R, Nobrega Costa D, et al. MRI Features of Groove Pancreatitis. AJR 2007;189:73-80.
- Wronski et al. Sonographic findings in groove pancreatitis. J Ultrasound Med 2011;30:111-115.