

LA PANCREATITIS DEL SURCO: BAJO LA AMENAZA DEL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS.

*Tania Díaz Antonio, Laura Peñuela Ruiz, María Lucía Bermá Gascón, Antonio Ruiz Salas, José Antonio Villalobos Martín.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)*

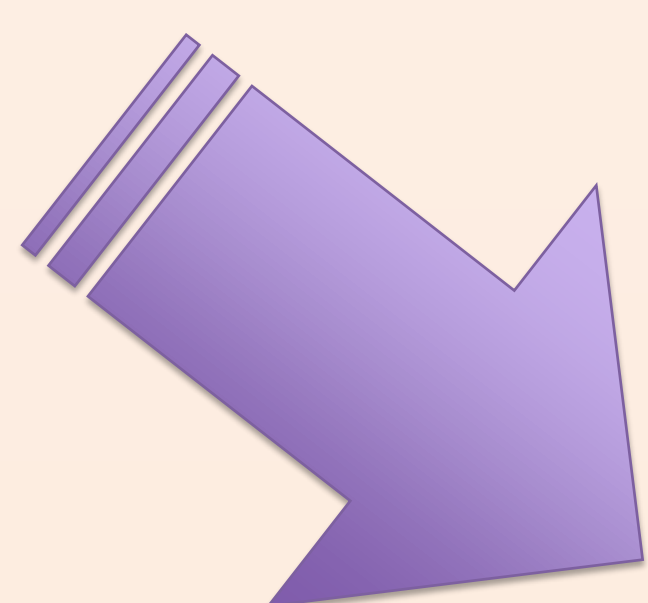
Objetivo docente:

- El diagnóstico de la pancreatitis del surco (PS) es complejo por la similitud de sus hallazgos con otros procesos malignos periampulares, fundamentalmente el adenocarcinoma de páncreas.
- Revisaremos las claves diagnósticas que apoyan su diagnóstico frente al de causa maligna.

Revisión del tema:

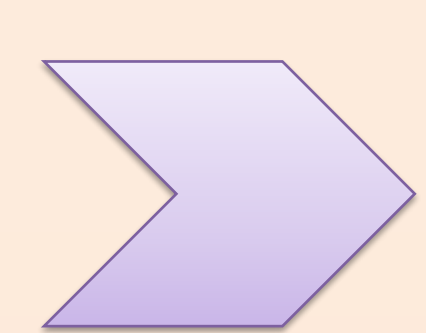
1. INTRODUCCIÓN:

- La pancreatitis del surco (PS) es un tipo infrecuente de pancreatitis crónica, cuyo resultado es:

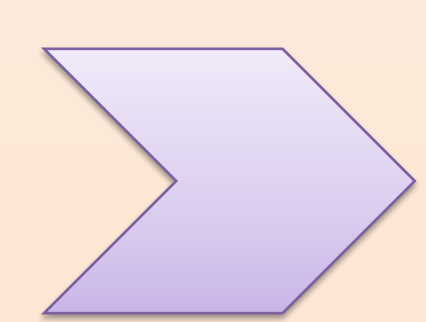


FORMACIÓN DE TEJIDO CICATRICIAL EN EL SURCO PANCREATODUODENAL (SPC).

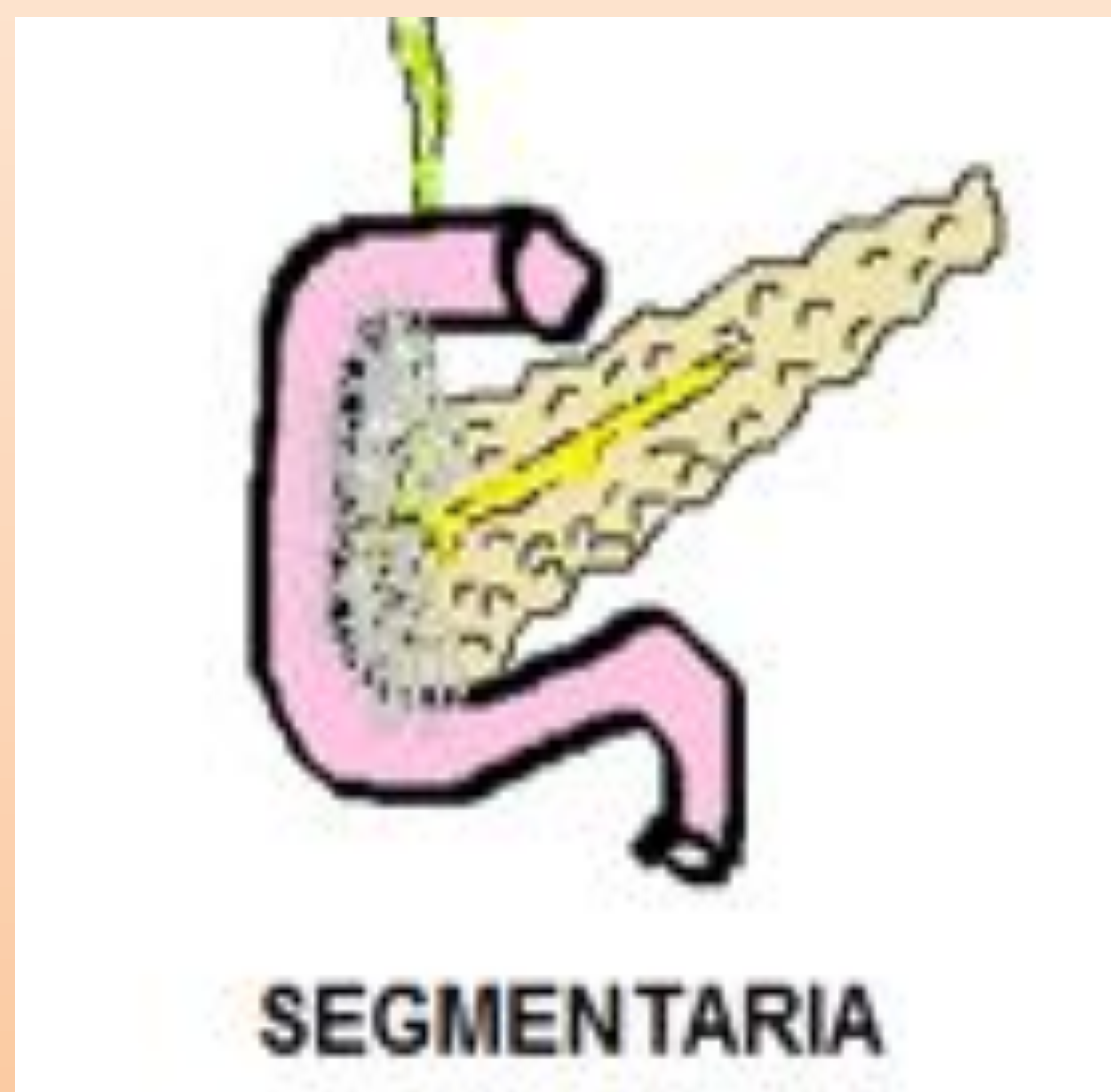
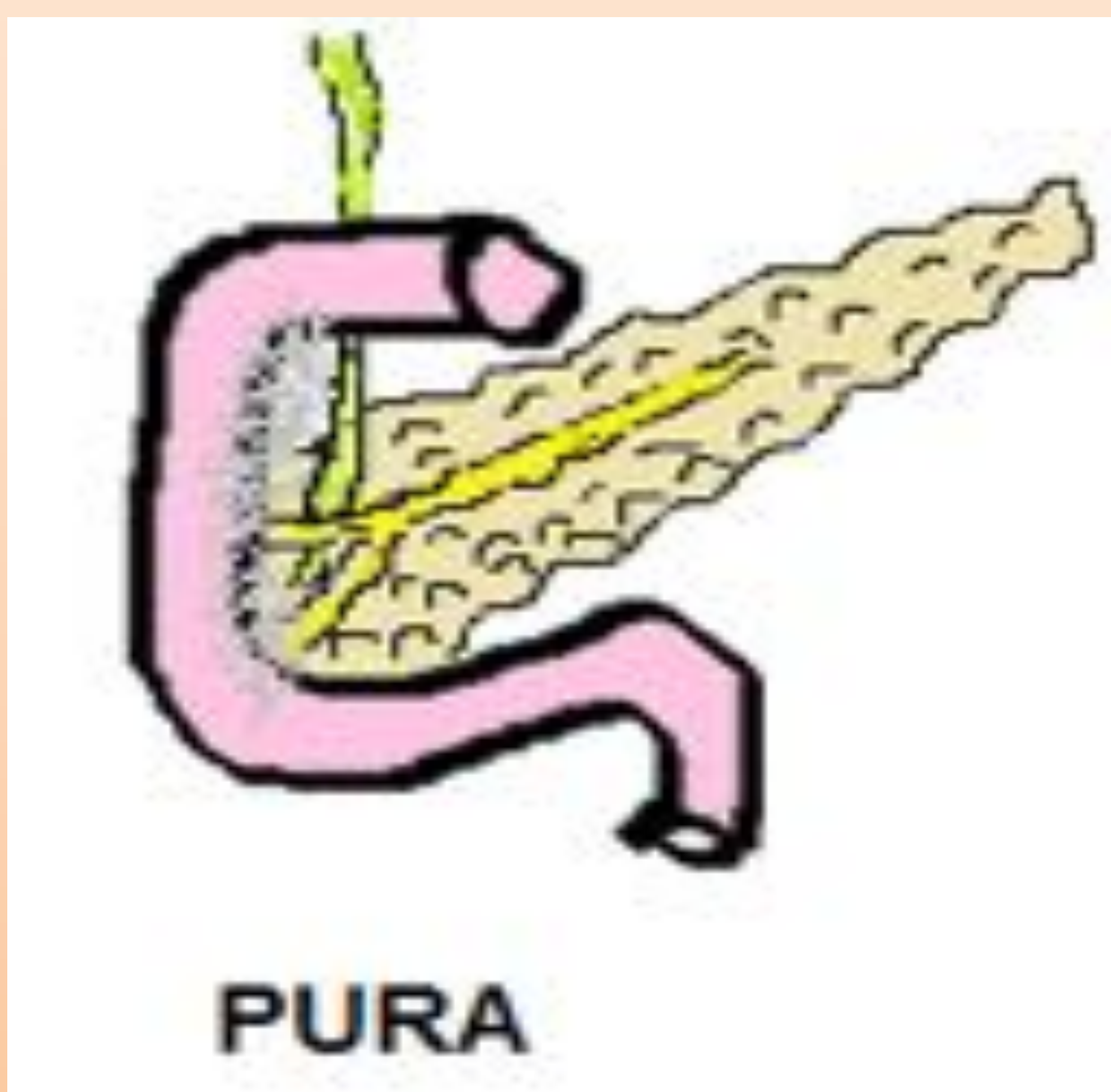
- Existen dos subtipos:.



PURA: afectación exclusiva del SPD.



SEGMENTARIA: afectación del SPD y **cabeza del páncreas**.

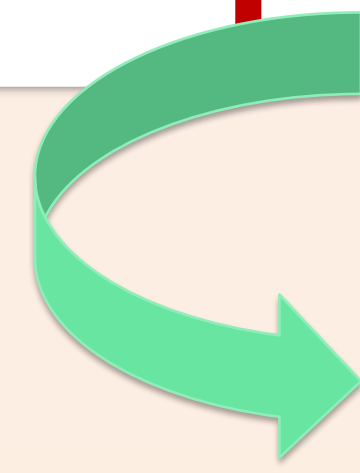


2. PATOGENIA:



AÚN NO ESTÁ CLARA, aunque se asocia a factores predisponentes como:

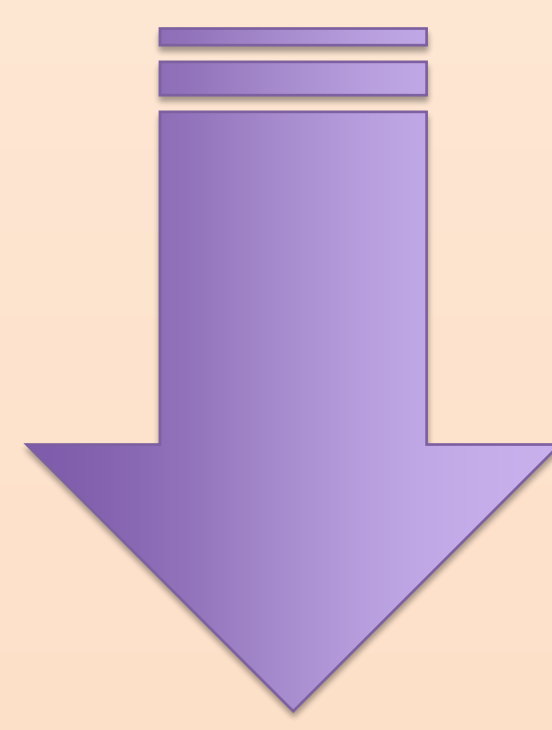
- úlceras pépticas
- obstrucción del wirsung
- quistes duodenales.**



También denominada **“DISTROFIA QUÍSTICA DE LA PARED DUODENAL”**

3. CLÍNICA:

- **PANCREATITIS AGUDAS DE REPETICIÓN**
- **ESTENOSIS DE LA VÍA BILIAR:** ictericia, síndrome constitucional....



SOSPECHA CLÍNICA INICIAL DE NEOPLASIA

4. PRUEBAS DE IMAGEN:

Tomografía computarizada (TC)

- Ocupación del SPD por material de densidad partes blandas → sensación de masa.
- Realce de contraste heterogéneo y progresivo en fases tardías.
- **Afectación duodenal concomitante MUY TÍPICA:**
 - engrosamiento mural
 - quistes intramurales
- Estenosis progresiva del colédoco.

Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM)

- Tejido cicatricial: **HIPOINTENSO EN T1 Y T2!!!**
- Secuencia T2 FSE: muy sensible para detectar quistes.
- Secuencias colangiográficas: aumento del espacio colédoco-duodenal secundario al engrosamiento de pared del duodeno.



**SI TROMBOSIS O INFILTRACIÓN
VASCULAR PENSAR EN CAUSA
MALIGNA!!**

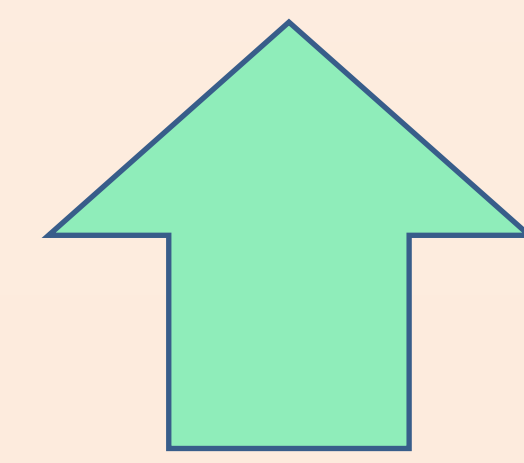
5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

PURA

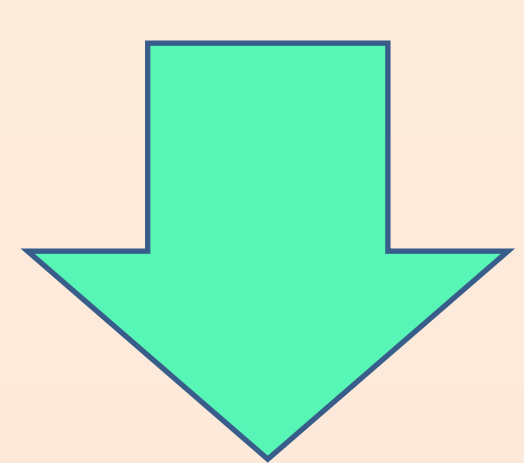
- Carcinoma duodenal
- Colangiocarcinoma
- Pancreatitis aguda (PA) con flemón pancreatoduodenal
- Pancreatitis crónica (PC) con pseudoquistes

No suele asociar
afectación duodenal

Imprescindible secuencia T2!!



PA (edema)



PS (tejido cicatricial)

SEGMENTARIA

○ **ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS :**

subtipo escirro o fibroso.

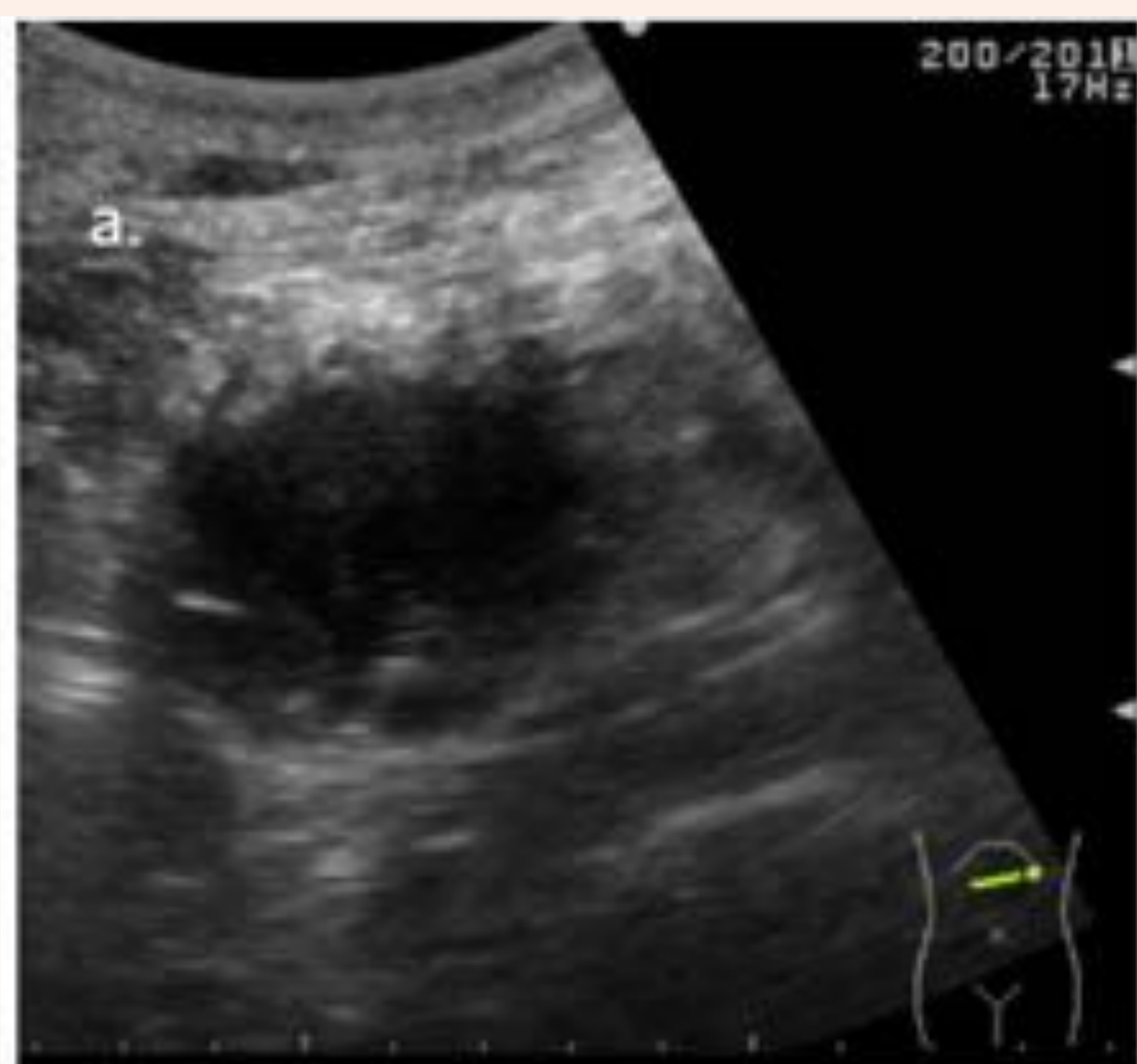
- Hipointenso en T1.
- Realce tardío .

**INDISTINGUIBLES
POR IMAGEN!!**

6. CASOS CLÍNICOS:

1

Paciente con dolor abdominal y elevación de amilasa sérica compatible con diagnóstico de pancreatitis aguda. Episodio previo de pancreatitis hace 3 meses.

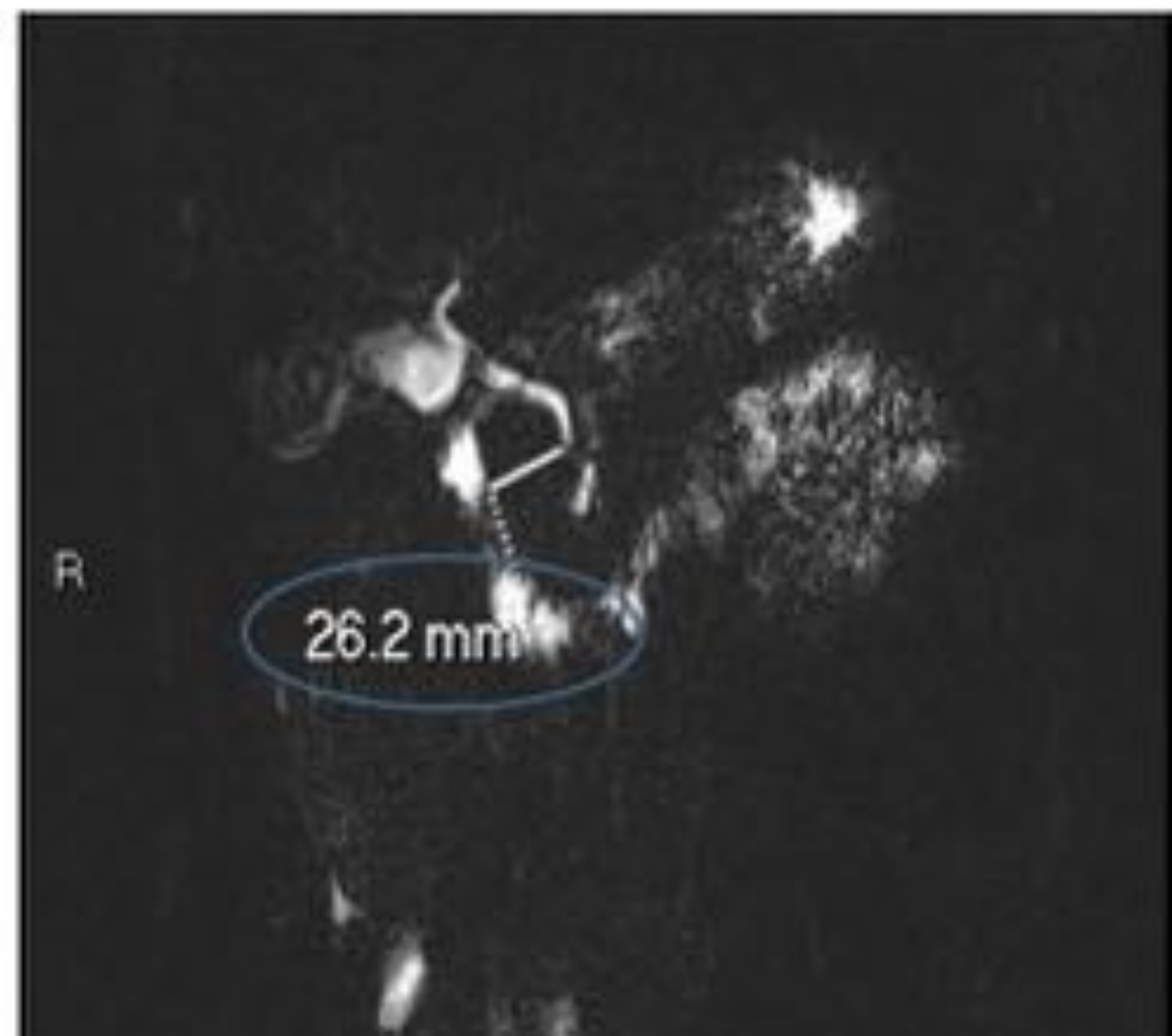
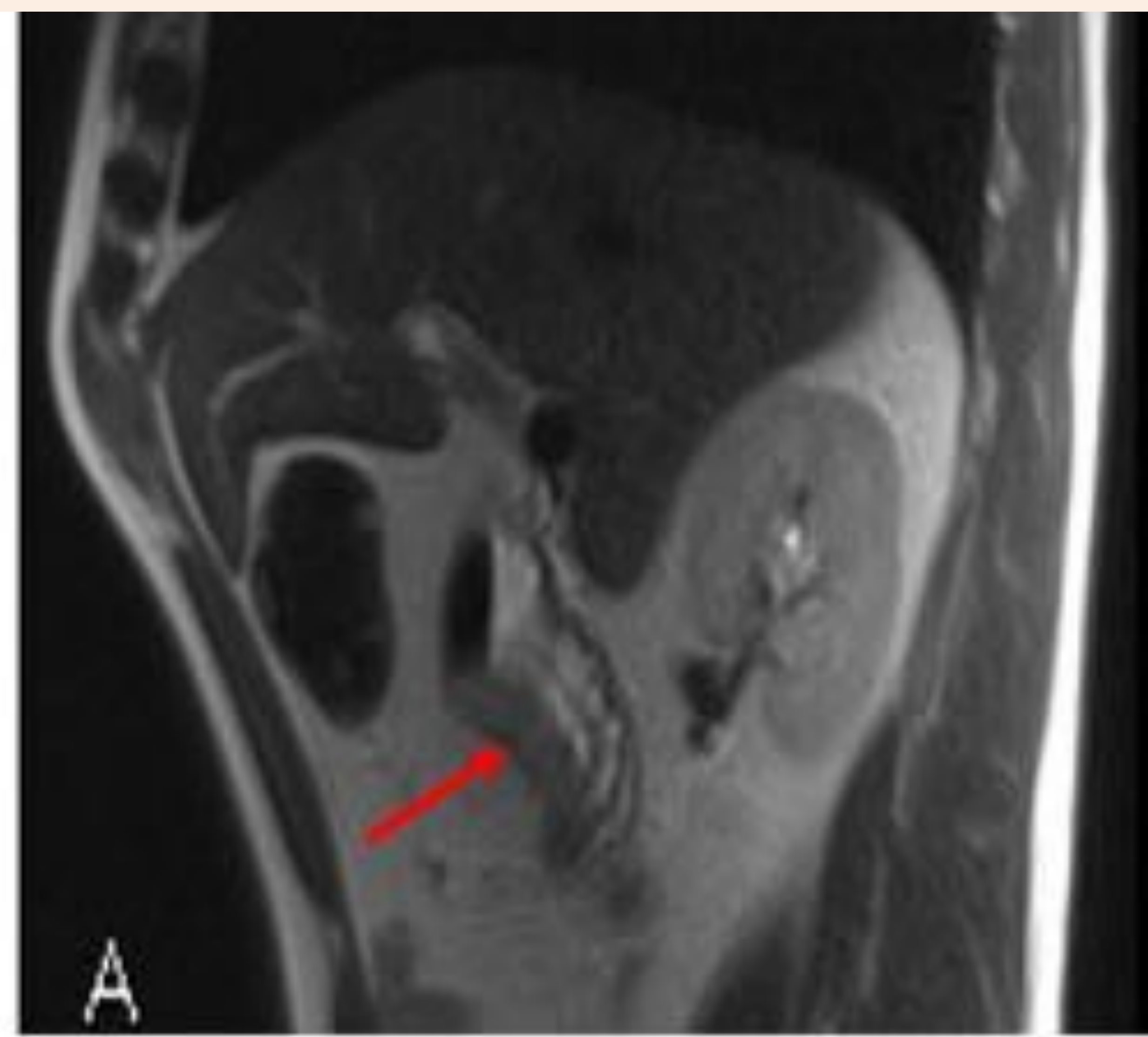
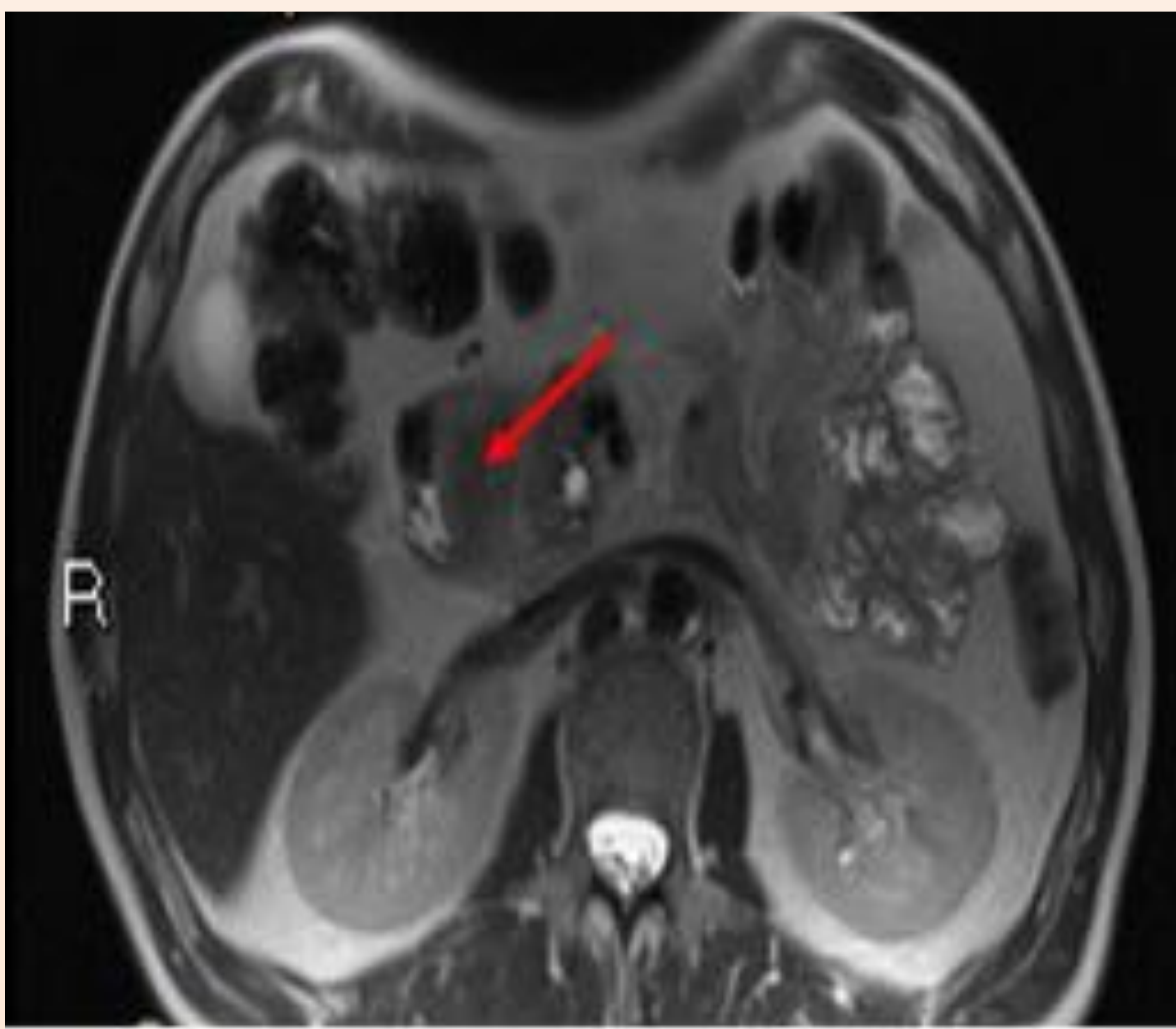


a) Ecografía: lesión hipoecoica mal definida en la encrucijada pancreatoduodenal, sin identificar clara organodependencia.

b, c y d) TC abdominopélvico c/c: ocupación del SPD por material de densidad partes blandas con sensación de masa (*) Asociaba engrosamiento de la pared duodenal y quistes intramurales (flecha roja), además de otros quistes en el surco y cabeza del páncreas (flechas blancas).

Colangiopancreatografía por resonancia magnética

- Secuencias potenciadas en T2:** sensación de masa del SPD y engrosamiento de pared duodenal (flecha roja).
- Secuencias colangiográficas:** estenosis del colédoco distal y wirsung proximal (círculo) con aumento del espacio entre la luz duodenal y el colédoco (26.2mm).



Hallazgos sugestivos de PANCREATITIS DEL SURCO SEGMENTARIA.

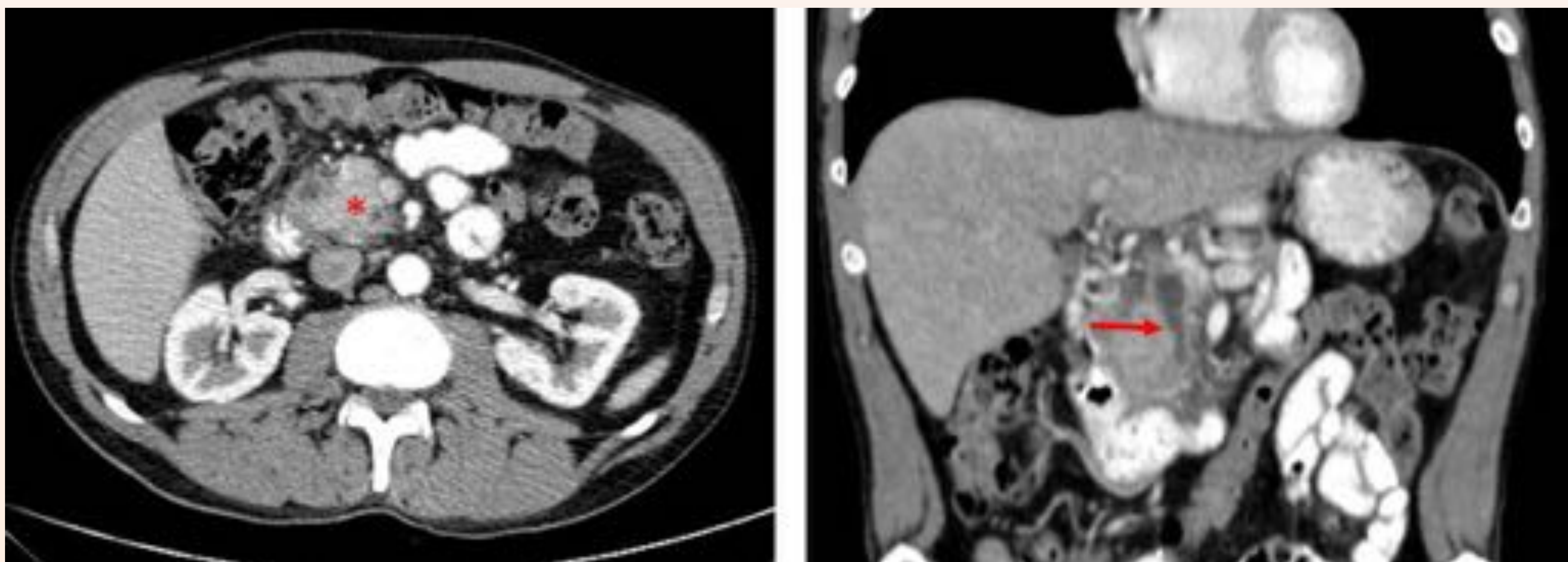
Control por imagen: 7 MESES



ESTABILIDAD RADIOLÓGICA
apoya este diagnóstico.

2

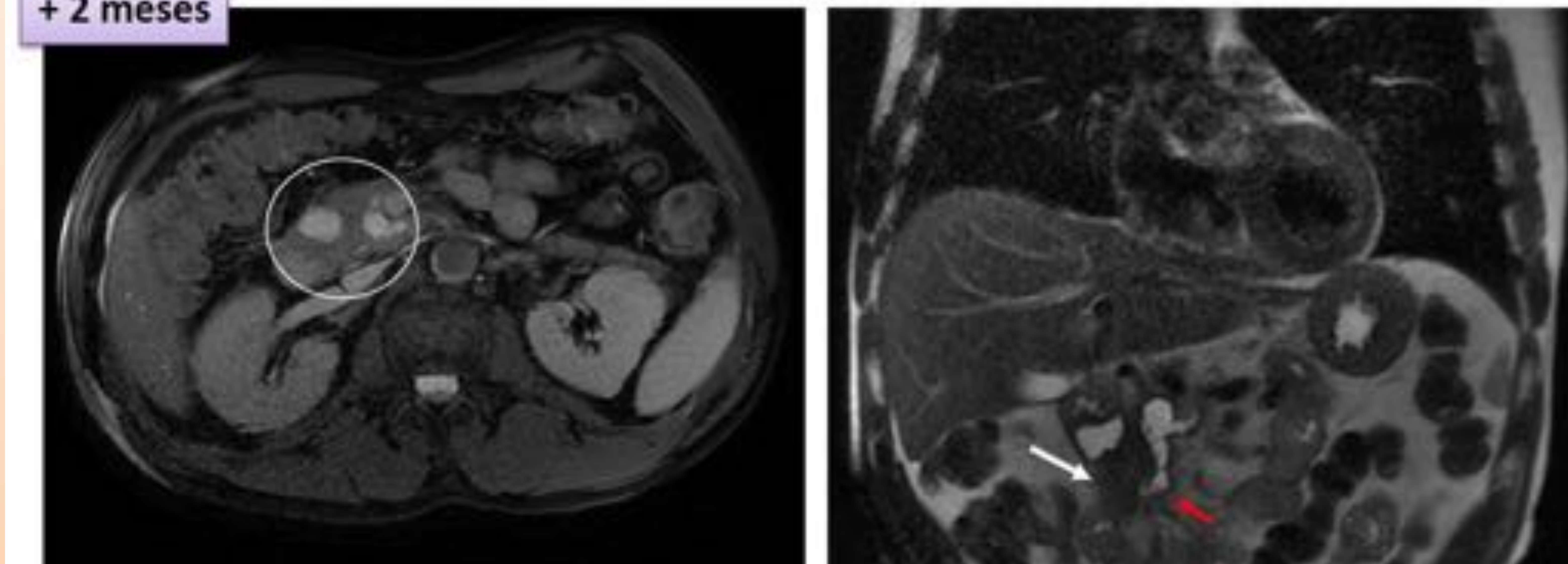
Paciente con pancreatitis de repetición de etiología enólica.



Tc abdominopélvico c/c: aumento de tamaño de cabeza del páncreas (*) con varias imágenes de naturaleza quística (flecha), sugestivas de pseudoquistes.

Mismo paciente, nuevo episodio de pancreatitis aguda.

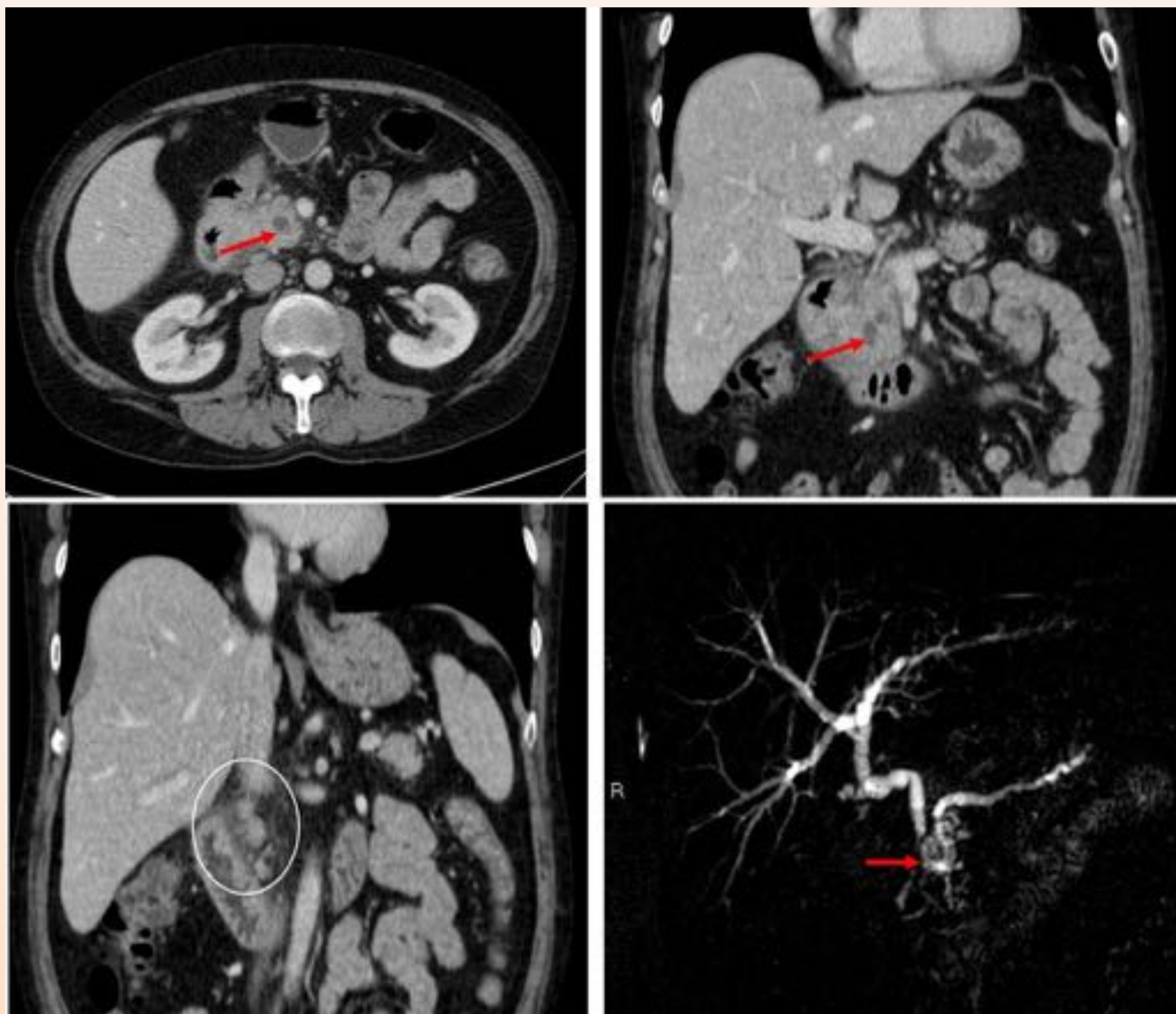
+ 2 meses



- **RM (secuencia T2):** área focal de alteración de señal en el surco pancreatoduodenal (círculo), con engrosamiento mural irregular duodenal (flecha blanca) y formaciones quísticas, algunas de ellas en el espesor de su pared (flecha roja).

3

Varón 41 años, colecistectomizado, varios ingresos previos de PA de origen enólico. Ingresos por nuevo episodio con patrón de colestasis disociada e hiperbilirrubinemia (a expensas de forma directa).



Tc abdominopélvico c/c: Cabeza del páncreas globulosa con ocupación de la encrucijada duodenopancreática, donde existen además formaciones quísticas (flecha), adenopatías locorreregionales (círculo) y engrosamiento de pared duodenal.

CPRM: Dilatación de la vía biliar intrahepática con interrupción de porción intrapancreática del colédoco. Wirsung mínimamente dilatado. Lesión quística en la cabeza pancreática (flecha).

Control por imagen:



EMPEORAMIENTO RADIOLÓGICO con mayor componente inflamatorio peripancreático y de las paredes duodenales. Líquido libre locorregional (*).

A destacar la afectación inflamatoria selectiva del surco pancreatoduodenal. Cuerpo y cola del páncreas sin alteraciones.

Conclusiones:

La PS es una entidad infrecuente y compleja, que requiere de un abordaje multidisciplinar.

NO EXISTEN HALLAZGOS RADIOLÓGICOS PATOGNOMÓNICOS.

La historia clínica y la evolución en el tiempo de los hallazgos radiológicos serán determinantes a la hora de adoptar una actitud terapéutica, aunque el manejo debe ser individualizado.

La imposibilidad de descartar malignidad asociada y la mala respuesta al tratamiento conservador hacen que en la mayoría de casos el diagnóstico sea anatomopatológico tras resección quirúrgica.

Bibliografía:

- Kalb B, Martin DR, Sarmiento JM, Erickson SH, Gober D, Tapper EB, Volkan Adsay, N. Paraduodenal pancreatitis: Clinical performance of MR imaging in distinguishing from carcinoma. *Radiology*, 269(2), 475-481.
- Kalb B, Sarmiento JM, Kooby DA, Volkan Adsay N, Martin DR. MR Imaging of Cystic Lesions of the Pancreas. *Radiographics*. 2009; 29:1749-1765.
- Badía Bartolomé C, Díaz Formoso FJ, Rodríguez Falcón R, Marchena Gómez J. Pancreatitis del surco y su diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de páncreas. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32(1):22-28