



# Pancreatitis del surco: características radiológicas y diagnóstico diferencial.

María Luque Cabal<sup>1</sup>, Irene Pérez Alonso<sup>1</sup>, Marta Álvarez García<sup>1</sup>, Claudia Hurtado Gómez<sup>1</sup>, Teresa Guerra Garijo<sup>1</sup>, Jesús Gómez Corral<sup>1</sup>, Rebeca de la Fuente Olmos<sup>1</sup>, Julia Mato Chain<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.



# Resumen

## Objetivo docente:

Describir las características radiológicas de la pancreatitis del surco y los principales hallazgos en imagen que nos permiten realizar el diagnóstico diferencial con otras formas de pancreatitis y con el adenocarcinoma de páncreas.

## Revisión del tema:

La pancreatitis del surco constituye una forma focal e infrecuente de pancreatitis crónica centrada en el surco pancreático-duodenal. Los cambios inflamatorios y fibróticos locales pueden visualizarse como un pseudotumor que se extiende hacia la cabeza pancreática, simulando una neoplasia primaria. También comparte hallazgos en imagen con otras formas de pancreatitis crónica y autoinmune, especialmente la tipo 2. Dado que además estas entidades presentan rasgos clínicos, factores de riesgo y datos analíticos comunes, el diagnóstico diferencial puede ser complejo.

Se revisarán los cambios que cada uno de estos procesos ocasionan sobre el parénquima pancreático (atrofia, calcificaciones, masas), el conducto pancreático y sus ramas, el duodeno, la vía biliar y las estructuras vasculares adyacentes, haciendo hincapié en aquellos signos que distinguen a la pancreatitis del surco del resto de patologías. Para ilustrarlos, se revisaron todos los casos de pancreatitis crónica y adenocarcinoma pancreático diagnosticados en nuestro centro en los últimos 5 años.

## Conclusión:

La pancreatitis del surco constituye una forma particular de pancreatitis crónica que, por su localización y apariencia como pseudotumor, puede repercutir significativamente en las estructuras adyacentes por su efecto masa, simulando clínica y radiológicamente un adenocarcinoma de páncreas. La observación detallada de ciertos hallazgos en imagen puede ayudar a orientar el diagnóstico, con la consiguiente repercusión terapéutica.



# Introducción

La presentación clínica, factores de riesgo, datos de laboratorio y hallazgos en imagen se superponen, al menos en parte, en pacientes con procesos inflamatorios y neoplásicos pancreáticos. Además, en ocasiones pueden coexistir ambos, de manera que la pancreatitis crónica es un factor de riesgo para el desarrollo de un cáncer de páncreas y ambas entidades coexisten en un 2-4% de los pacientes.

Entre los procesos inflamatorios que pueden simular un carcinoma de páncreas en imagen, están la pancreatitis crónica formadora de masa, la pancreatitis autoinmune focal y la pancreatitis del surco.

Hay que tener en cuenta además la dificultad para obtener una adecuada muestra histológica en esta localización y el porcentaje no desdeñable de PAAF con resultado falso negativo (hasta el 60% en algunas series) en casos de neoplasias pancreáticas posteriormente confirmadas. Esto explica que, en un 5-35% de las cirugías de Whipple, el diagnóstico patológico final es una masa pancreática inflamatoria no neoplásica. Si bien en algunos casos esta cirugía se indica para manejo sintomático en pacientes con diagnóstico de sospecha de pancreatitis crónica, en otros casos se propone por alta sospecha de malignidad en imagen siendo conscientes de que las biopsias pueden tener resultados falsos negativos.

Estas circunstancias ponen de manifiesto la dificultad que entraña el diagnóstico diferencial entre algunos procesos inflamatorios y neoplásicos en el páncreas, con unas importantes repercusiones pronósticas y terapéuticas. Por esta razón, es fundamental estudiar con detalle los distintos hallazgos identificables en los estudios de imagen, de cara una adecuada orientación de cada caso.

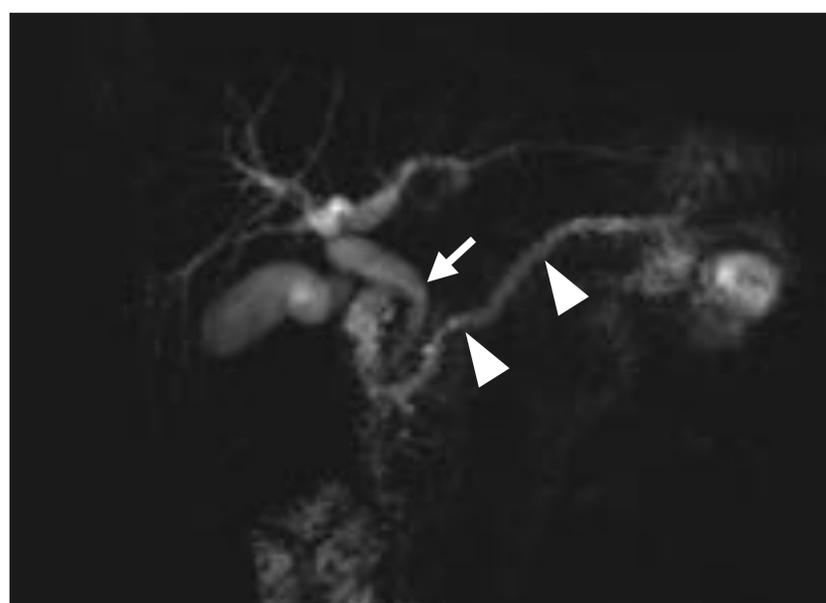
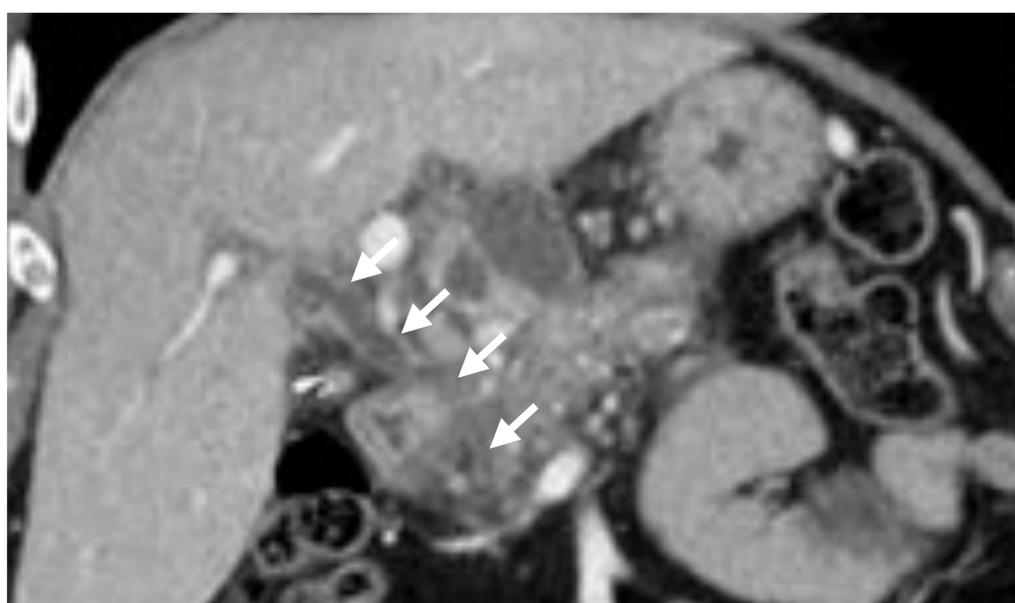
Ciertos hallazgos secundarios en imagen, que se exponen a continuación, pueden ayudar a orientar el diagnóstico hacia un proceso inflamatorio o una neoplasia.



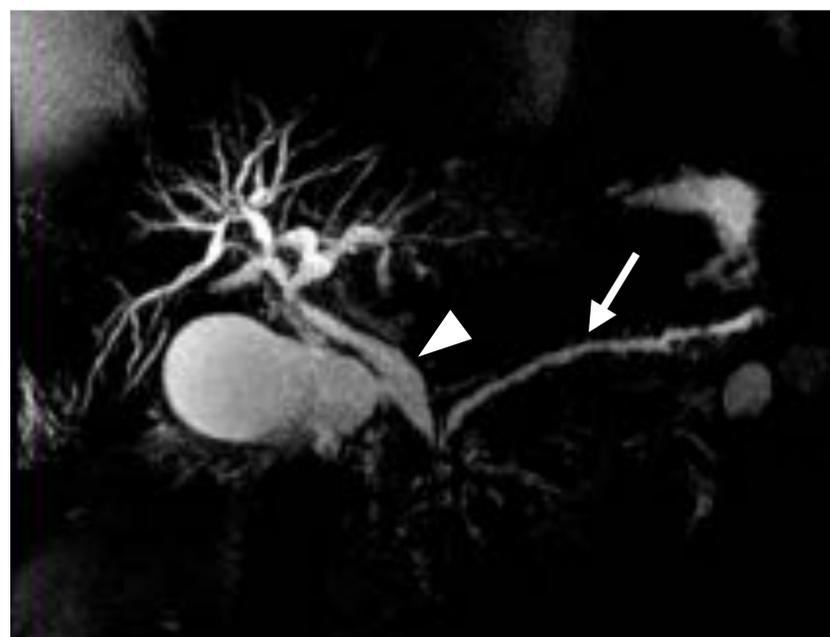
## Signos a valorar en la patología pancreática.

### ● Signo del ducto penetrante

Estrechamiento suave y progresivo del conducto pancreático al atravesar una masa pancreática, sin obstrucción abrupta, la cual orientaría a patología neoplásica. Sugiere una etiología inflamatoria de la masa. Se puede valorar en TC o, mejor aún, en colangiopancreatografía por RM.



Figuras 1 (TC abdominal con CIV en fase venosa, corte coronal) y 2 (colangiografía por RM): signo del ducto penetrante. Dilatación del colédoco en ambas imágenes (flechas) y del conducto de Wirsung (puntas de flecha) en figura 2, con estrechamiento suave y progresivo hacia la papila, en dos pacientes con pancreatitis crónica.



Figuras 3 (TC abdominal con CIV en fase venosa, corte axial oblicuo) y 4 (colangiografía por RM): dilatación del conducto de Wirsung (flechas) y del colédoco en la figura 4 (punta de flecha) con amputación brusca de su calibre en dos pacientes con adenocarcinoma en cabeza pancreática.



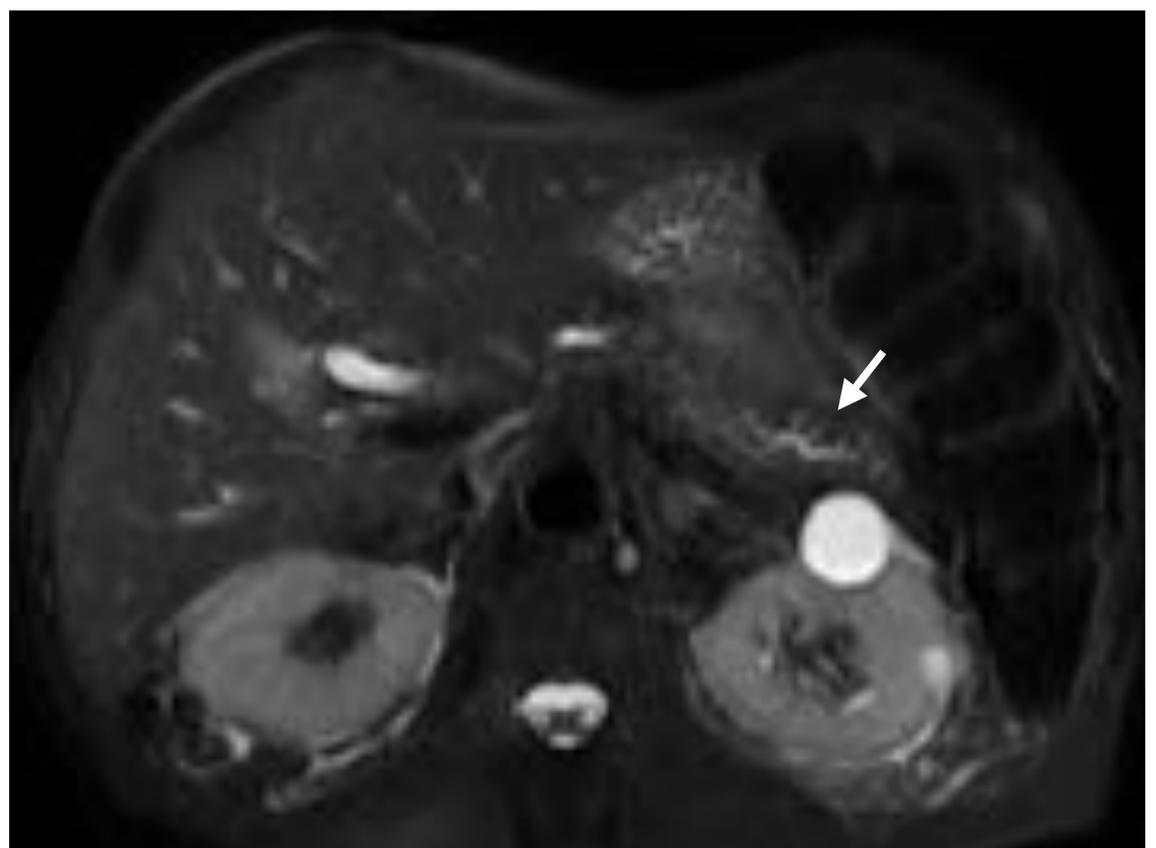
# Signos a valorar en la patología pancreática.

- **Dilatación de ductos colaterales**

La dilatación de ductos colaterales en el parénquima pancreático distal o no afectado apoya una etiología inflamatoria. Se cree que es secundaria al efecto de tracción de las paredes del ducto por la fibrosis presente en la pancreatitis crónica.



Figuras 5 (colangiRM) y 6 (T2 FSE con saturación grasa): dilatación de los ductos colaterales o secundarios (flechas) en dos pacientes con pancreatitis crónica.





## Signos a valorar en la patología pancreática.

### ● Ratio ducto-parénquima

En estudios de imagen o en ecoendoscopia, un ratio entre los diámetros transversales del ducto pancreático y del parénquima mayor de 0,34 (marcada dilatación del ducto y atrofia del parénquima) orienta a un carcinoma pancreático.

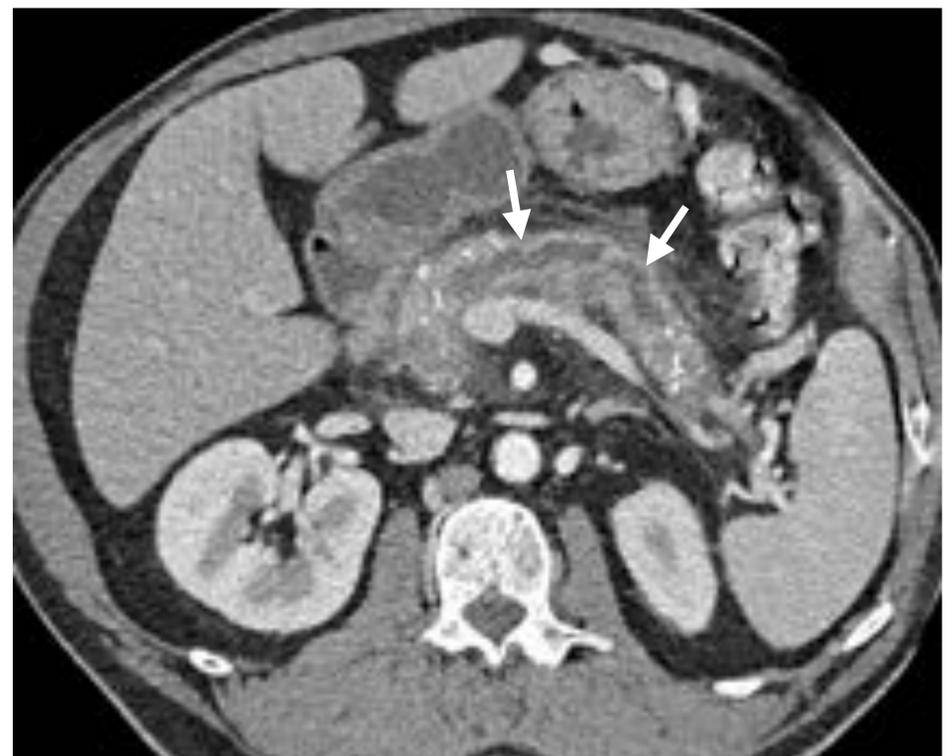
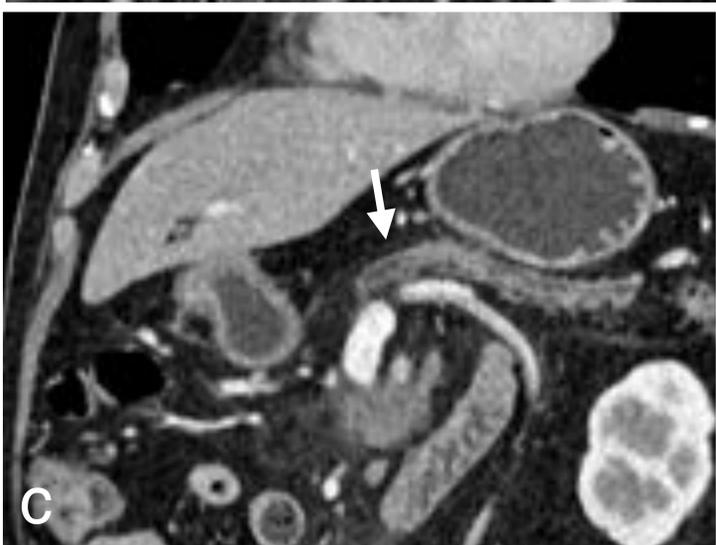
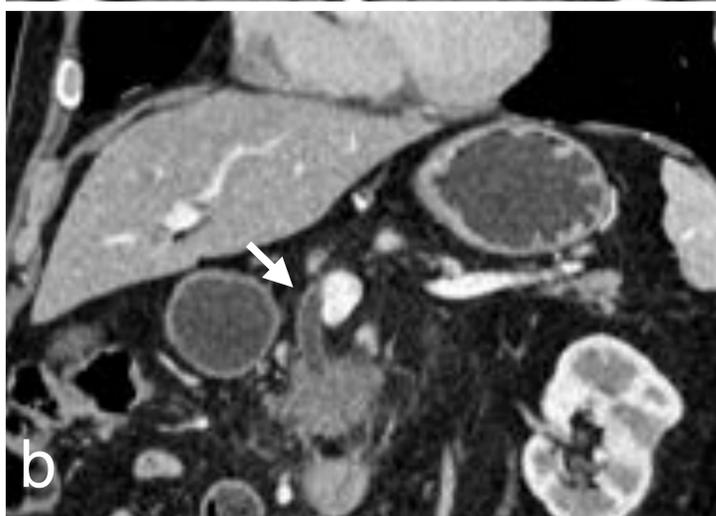
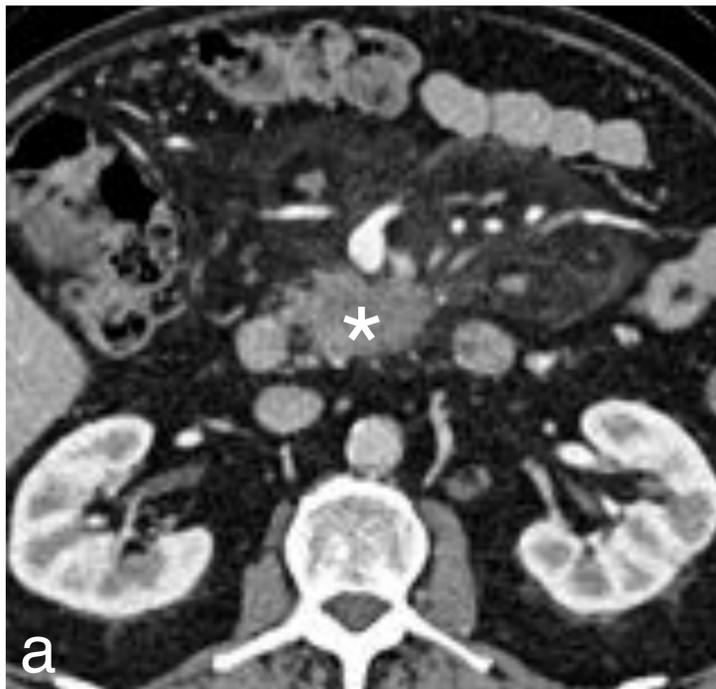


Figura 8: TC abdominal con CIV, fase portal, corte axial. Dilatación del conducto pancreático principal con ratio ducto-parénquima  $< 0,34$  (flechas) en paciente con pancreatitis crónica.

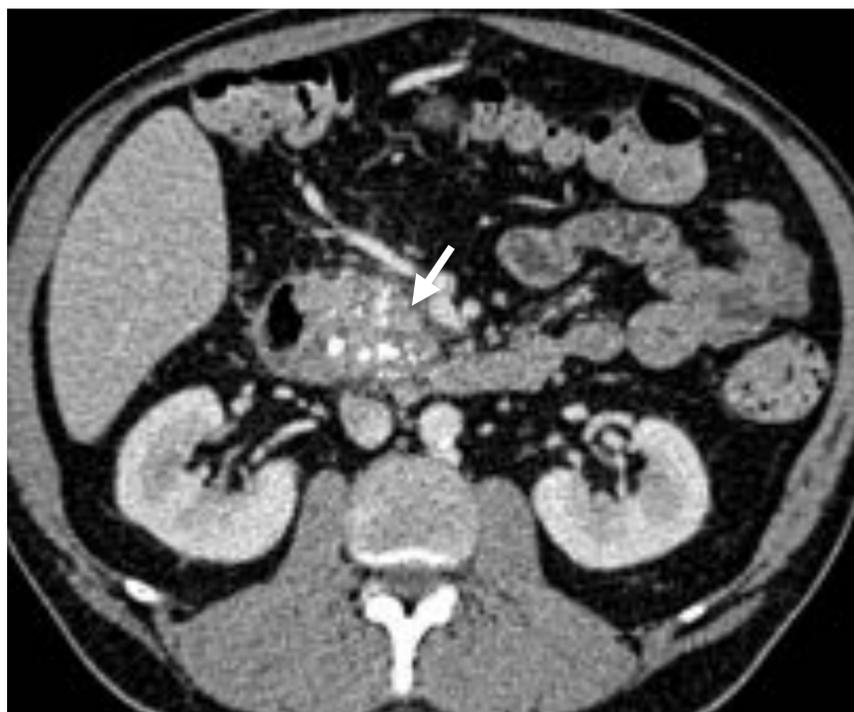
Figura 7: TC abdominal con CIV, fase portal, cortes axial (a) y coronales (b,c). Masa en cabeza de páncreas en relación con adenocarcinoma (asterisco) con dilatación del conducto de Wirsung y atrofia del parénquima distal, con ratio ducto-parénquima  $> 0,34$  (flechas).



## Signos a valorar en la patología pancreática.

- **Desplazamiento de las calcificaciones en la pancreatitis crónica**

Para valorar este aspecto, ayuda disponer de estudios previos. El desplazamiento periférico de las calcificaciones típicas de la pancreatitis crónica ha de hacer sospechar una neoplasia subyacente.



Figuras 9 y 10: TC abdominal con CIV, fase portal, corte axial, del mismo paciente con 2 años de separación. Múltiples calcificaciones en cabeza pancreática en el contexto de pancreatitis crónica (figura 8, flecha). Desplazamiento de las calcificaciones con áreas nodulares hipocaptantes en relación con desarrollo de neoplasia en cabeza de páncreas dos años después del primer estudio (figura 9)



## Signos a valorar en la patología pancreática.

- **Signo del doble conducto**

Una obstrucción a nivel de la papila de Vater ocasionará dilatación del colédoco y del ducto pancreático, siendo este hallazgo sospechoso de etiología neoplásica a nivel papilar o en cabeza de páncreas, aunque es menos específico para malignidad, pudiendo observarse también en patologías inflamatorias.

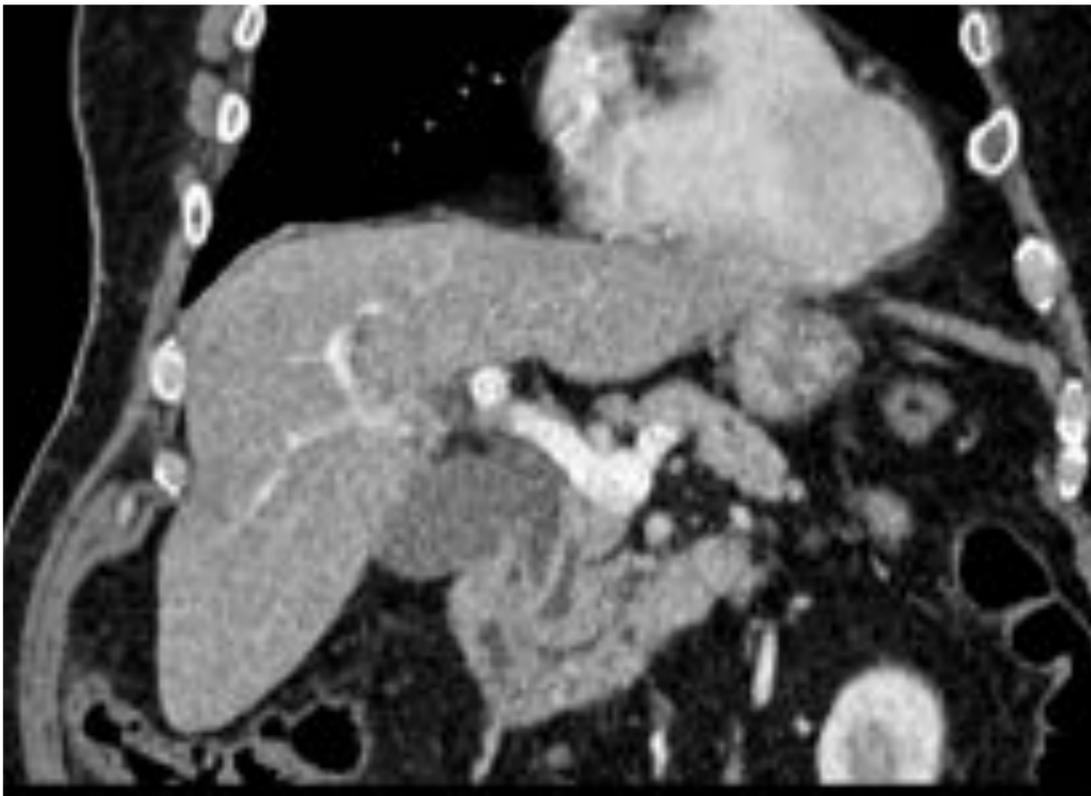


Figura 11: TC abdominal con CIV, fase portal, corte coronal. Dilatación del colédoco y del conducto pancreático principal en paciente con ampuloma (no visualizable en este corte).



## Signos a valorar en la patología pancreática.

- **Recubrimiento y deformidad vascular por masa de partes blandas**

La presencia de tejido con densidad de partes blandas envolviendo los vasos adyacentes es altamente sugestiva de diseminación extraglandular de un adenocarcinoma pancreático y determinante en la valoración de su resecabilidad. Además de su recubrimiento, los cambios en el calibre vascular aparecen frecuentemente, incluyendo la estenosis diferencial, la oclusión y la deformidad.

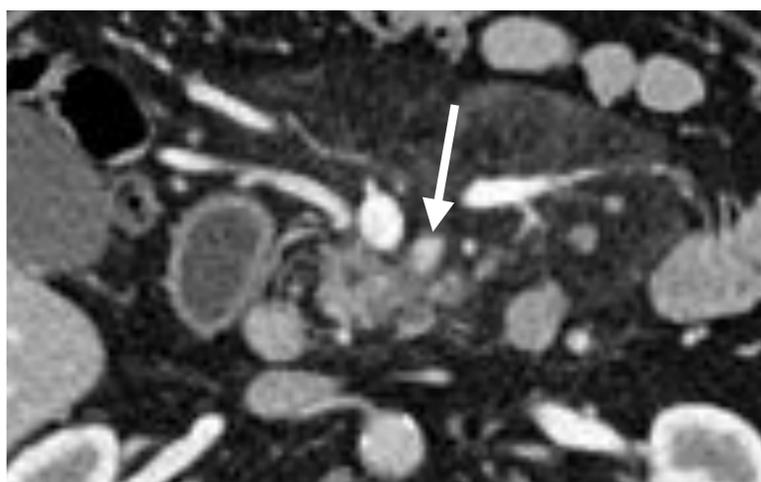


Figura 12: TC abdominal con CIV, fase portal, corte axial. Adenocarcinoma en cabeza de páncreas que rodea la arteria mesentérica superior en aproximadamente un 50% de su circunferencia, deformándola (flecha)

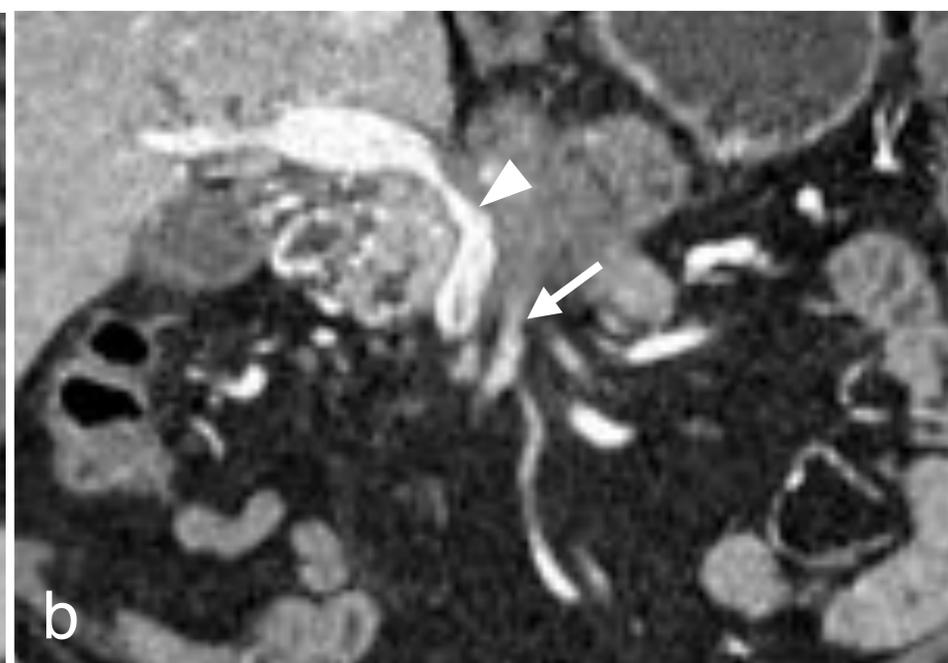
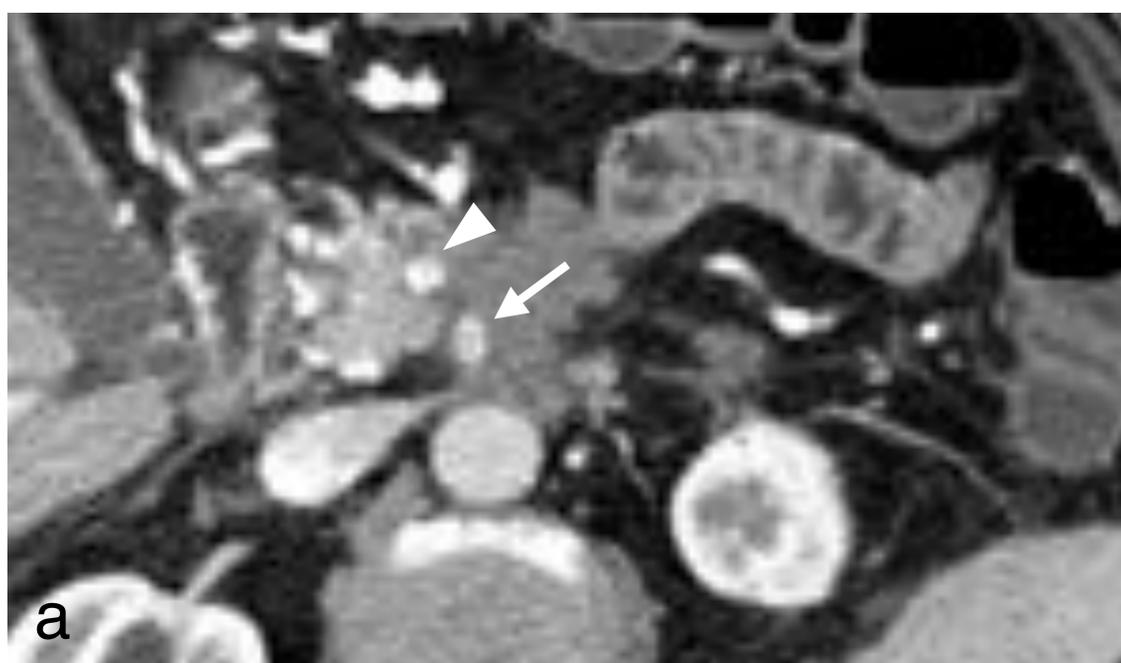
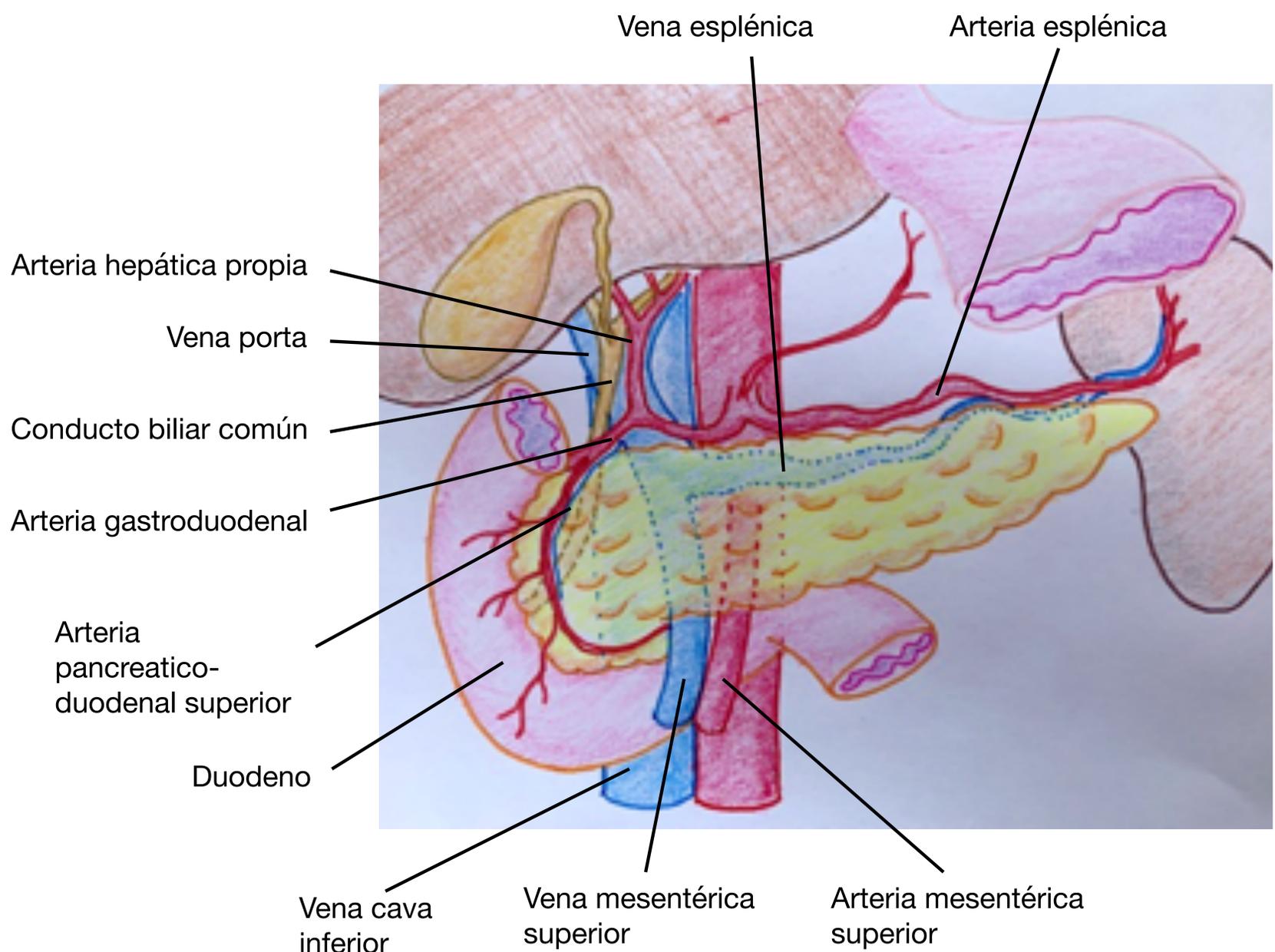


Figura 13: TC abdominal con CIV, fase portal, corte axial (a) y coronal (b). Adenocarcinoma en cabeza de páncreas que rodea la arteria mesentérica superior en toda su circunferencia (flechas) y rodea y deforma la vena mesentérica superior (cabezas de flecha)



# Anatomía del surco pancreático-duodenal

El surco pancreático-duodenal es un pequeño espacio teórico bordeado medialmente por la cabeza pancreática, lateralmente por la segunda porción duodenal, posteriormente por la tercera porción del duodeno y la vena cava inferior y superiormente por el bulbo duodenal. Contiene al conducto biliar común distal, el conducto pancreático accesorio y las papilas mayor y menor. Además, existen pequeñas ramas arteriales y venosas en este espacio, entre ellas la arteria pancreático-duodenal superior, así como ganglios linfáticos.





# Pancreatitis del surco

También conocida como pancreatitis paraduodenal y distrofia duodenal quística. Fue descrita por primera vez por Becker en 1973 y constituye un reto diagnóstico aún a día de hoy.

Es una rara forma focal de pancreatitis centrada en el surco pancreático-duodenal. La inflamación y fibrosis resultantes pueden formar un pseudotumor que se puede extender hacia la cabeza pancreática, simulando un carcinoma invasivo de la cabeza del páncreas.

Entre las lesiones pancreáticas resecaadas no neoplásicas, la pancreatitis del surco corresponde a aproximadamente un 27% de los casos, de los cuales hasta 2/3 presentaban una sospecha diagnóstica prequirúrgica de carcinoma pancreático o ampular.

## Etiología

La causa subyacente no está clara y se han descrito varias teorías:

- Obstrucción funcional del conducto de Santorini
- Aumento de la viscosidad de las secreciones pancreáticas como consecuencia del abuso de alcohol y tabaco.
- Hiperplasia de las glándulas de Brunner con estancamiento de las secreciones pancreáticas en la región dorsal del páncreas.
- Focos de páncreas heterotópico en el duodeno.
- Enfermedad ulcerosa péptica.

Sea cual sea la causa, lo que se ha demostrado es una fuerte asociación con el enolismo crónico, apareciendo predominantemente de hombres de mediana edad con historia de abuso significativo de alcohol. En cambio, no se ha visto asociación con patologías autoinmunes ni colelitiasis.

## Clínica

Variable, en unos casos con cuadros similares a la pancreatitis aguda, en otros con cursos más crónicos.

Pueden también asociar obstrucción a nivel gastro-duodenal, ictericia y pérdida de peso, síntomas que hacen sospechar neoplasia subyacente.

Desgraciadamente, los hallazgos analíticos y de marcadores tumorales son inespecíficos, no permitiendo una distinción fiable entre los distintos procesos.

En los casos que presentan dolor crónico severo y/o obstrucción duodenal, puede ser necesario el tratamiento endoscópico o quirúrgico para el alivio de los síntomas (esfinterotomías, colocación de stents, drenaje de quistes o incluso cirugía de Whipple).



# Tipos de pancreatitis del surco

Existen varias clasificaciones:

- Blasbalg y cols. definieron 2 tipos:
  - Pancreatitis del surco pura: afecta únicamente el surco pancreático-duodenal.
  - Segmentaria: los cambios inflamatorios se extienden a la cabeza del páncreas.
- Muraki y cols. describieron más recientemente 3 subtipos, cada uno con diferentes características en imagen e histopatológicas:
  - Tipo 1 o tumoral sólido, que se manifiesta como un pseudotumor sólido con mínimos cambios quísticos (ausentes o que ocupan menos del 50% de la lesión). Se puede manifestar como una lesión sólida en sábana en el surco pancreatoduodenal (1A) o como una lesión redondeada expansiva afectando la cabeza pancreática (1B), esta última difícil de distinguir de una neoplasia por su apariencia y la posibilidad de que asocie atrofia pancreática (hasta en el 44%).
  - Tipo 2 o subtipo formador de quistes: la lesión es predominantemente quística, los quistes ocupan más del 80% de la lesión.
  - Tipo 3 o subtipo mal definido: no forma masa y por tanto se confunde menos con neoplasias.



# Pancreatitis del surco. Características en imagen

- Masa sólida o sólido-quística centrada en el surco pancreatico-duodenal con afectación de la teórica región del conducto accesorio o de la papila accesoria y engrosamiento mural de la pared medial duodenal. Los cambios quísticos pueden no estar presentes hasta en un 20% de casos.
- Una masa en sábana o signo del sandwich, con una masa lineal centrada en el surco sugiere un tipo 1A. Esta imagen también se ha descrito como en forma de “luna creciente”
- El subtipo 1B, en el que se aprecia una masa sólida redondeada, es el más difícil de diferenciar de una neoplasia. La ausencia de dilatación biliar o de una atrofia significativa del parénquima pancreático puede ayudar en la distinción, aunque no siempre asocia estos hallazgos. La presencia del signo del ducto penetrante, el engrosamiento mural de la pared medial del duodeno y el ensanchamiento de la distancia entre la ampolla de Vater y la luz duodenal pueden sugerir una pancreatitis del surco. El desplazamiento más que la envoltura del colédoco y/o la arteria gastroduodenal también la sugieren. Son además muy infrecuentes la presencia de ictericia y de elevación del Ca19-9, más típicos del carcinoma.
- En TC, las características de densidad y realce son similares al carcinoma de páncreas localizado en el surco pancreaticoduodenal. El efecto de la lesión sobre el conducto biliar y los vasos puede ayudar a diferenciar ambos procesos.
- En RM la masa es iso-hipointensa en secuencias potenciadas en T1 e iso-hiperintensa en T2 (dependiendo de si la evolución es más aguda o crónica), pudiendo visualizar en esta secuencia los microquistes que pueden haber pasado desapercibidos. En RM con contraste, la lesión se visualiza hipointensa respecto al parénquima en fase arterial, con progresivo realce tardío debido a la fibrosis, de forma similar al carcinoma.
- La pared medial del duodeno se afecta en la mayoría de los casos, con engrosamiento, hiperintensidad y realce de la pared y posible presencia de múltiples quistes murales y en el surco pancreaticoduodenal hiperintensos en T2. Si se forma extenso tejido fibrótico rodeando el duodeno, puede producirse dilatación gástrica por obstrucción a su vaciamiento.
- En colangioRM la pancreatitis del surco puede asociar el signo del ducto penetrante. La fibrosis extensa en la pared medial duodenal puede originar una imagen de doble conducto de causa no maligna. Además, la colangioRM permite la visualización de la dilatación sutil de las ramas ductales pancreáticas colaterales, que sugieren más un proceso inflamatorio/fibrótico. Este hallazgo puede visualizarse mejor con la administración previa de secretina, que aumenta la secreción pancreática y el tono del esfínter de Oddi durante los 5 minutos siguientes a su utilización.



## Pancreatitis del surco tipo 1

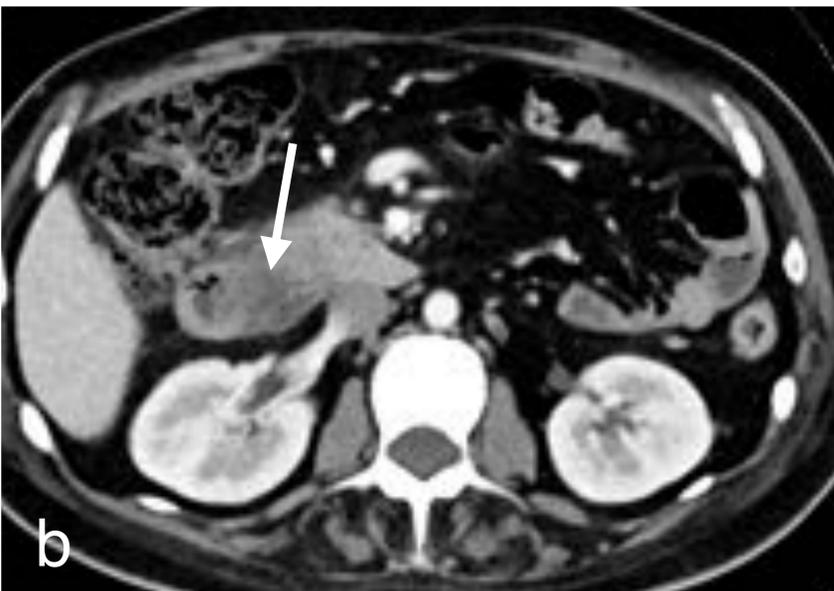


Figura 14: TC abdominal con CIV, fase portal, cortes axiales (a,b) y coronal (c). Páncreas de características normales (a), visualizándose un tejido pseudonodular (flechas) con densidad de partes blandas y límites mal definidos en el surco pancreatico-duodenal, hipocaptante respecto al parénquima pancreático. Tras punción negativa para malignidad y estudios de seguimiento con estabilidad de la imagen, sugiere pancreatitis del surco tipo 1.

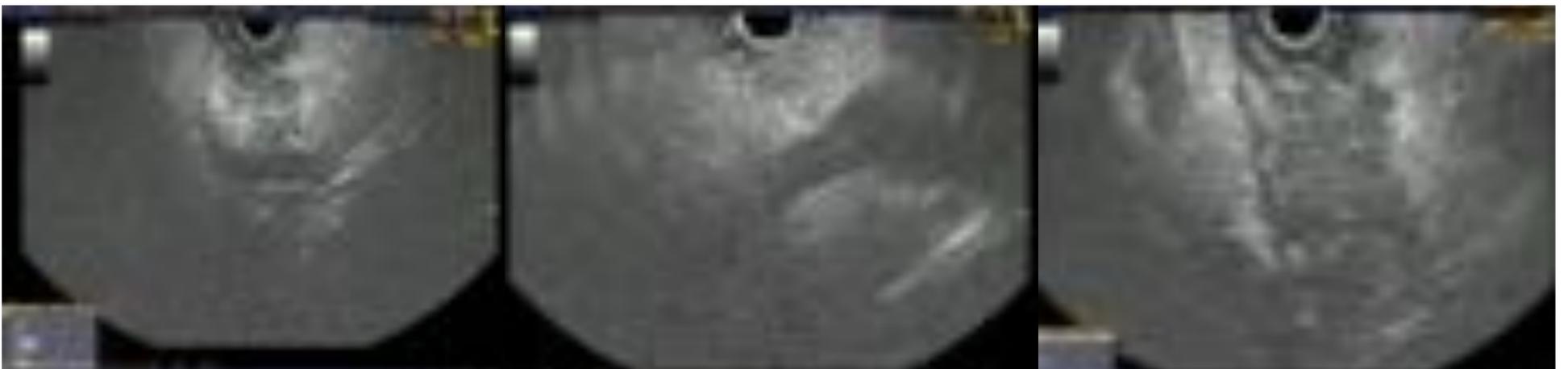


Figura 15: mismo paciente de la figura 14, ecoendoscopia. En el informe se describe a nivel del surco pancreatico-duodenal y la porción más caudal de la cabeza del páncreas/uncinado, un área pseudonodular de contornos mal delimitados, desflecados e irregulares, de aspecto no claramente neoplásico, realizándose PAAF (negativa para malignidad).



## Pancreatitis del surco tipo 2

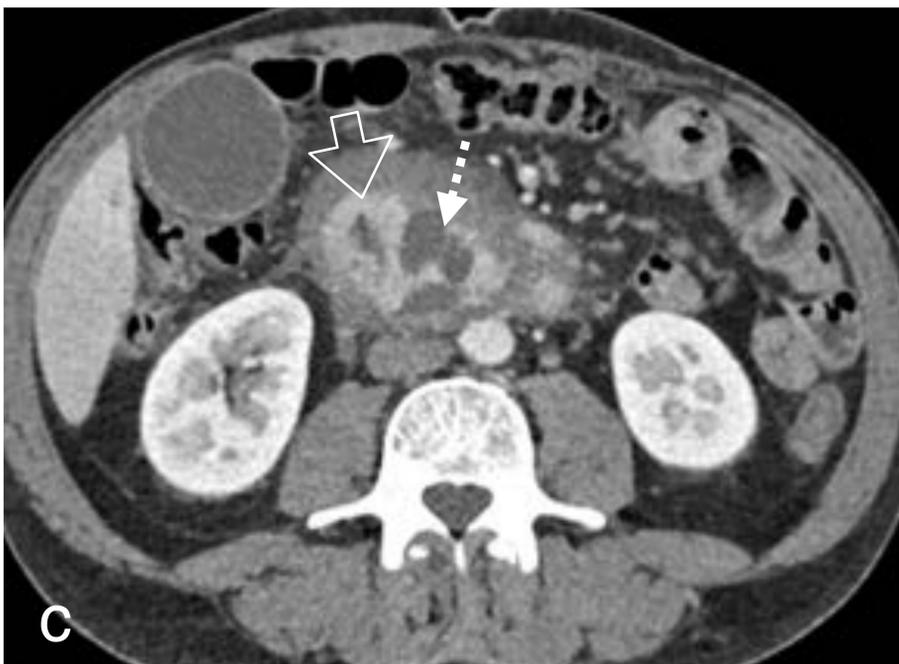
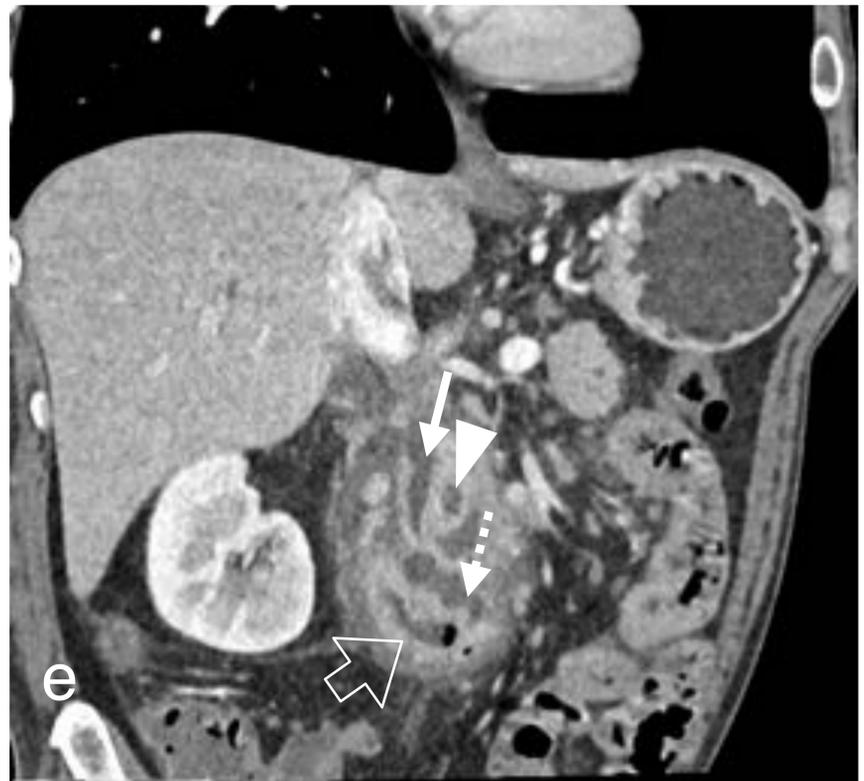


Figura 16: TC abdominal con CIV, fase portal, cortes axiales (a-c) y coronales (d,e). Páncreas con parénquima conservado (asterisco), con dilatación del colédoco (flecha) y del conducto de Wirsung (punta de flecha), en ambos casos con el signo del ducto penetrante. Tejido de partes blandas que ocupa el surco pancreaticoduodenal con múltiples quistes (flechas discontinuas) y engrosamiento de la pared duodenal (flechas huecas), en relación con pancreatitis del surco tipo 2.



## Pancreatitis del surco tipo 2

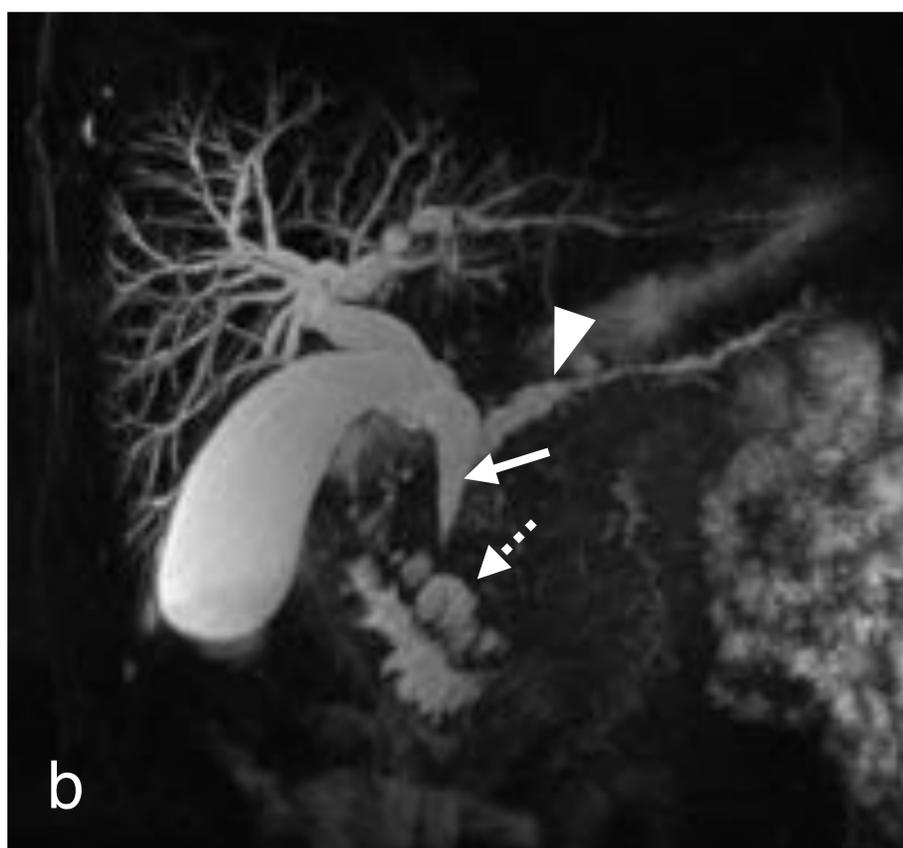
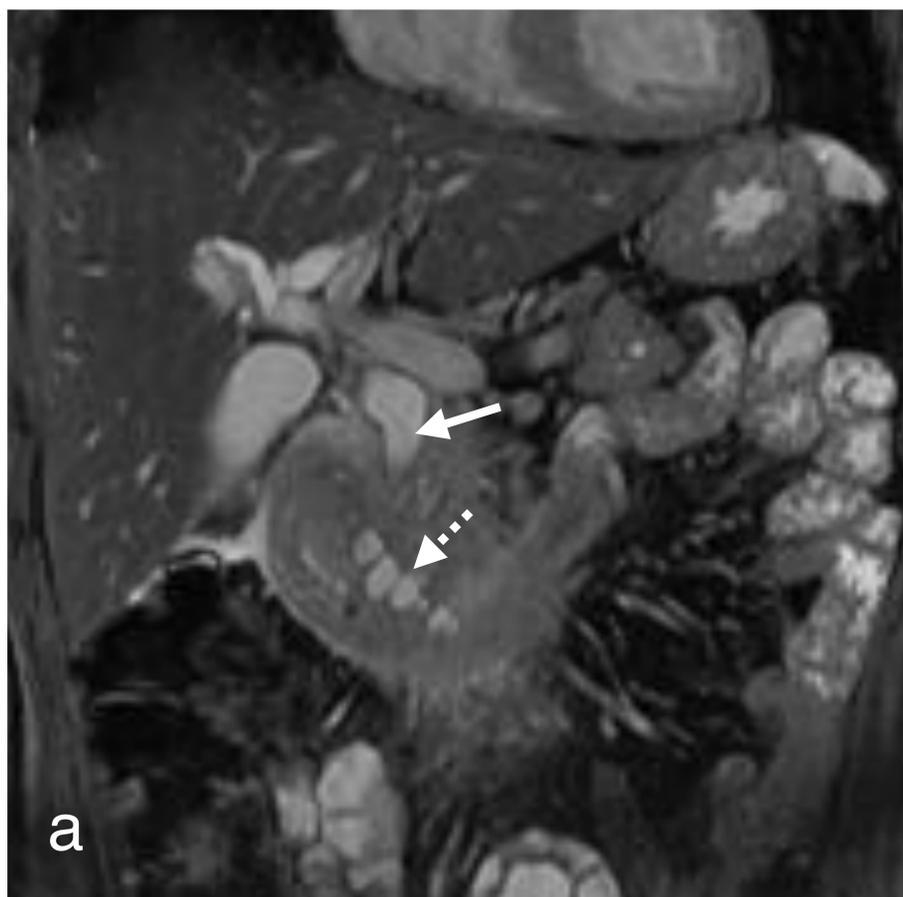


Figura 17: RM de páncreas, secuencia potenciada en T2 con saturación grasa, cortes coronales (a,b) y colangioRM (c), mismo paciente que figura 16. Se visualiza la dilatación del colédoco (flecha) y del conducto de Wirsung (punta de flecha), con estenosis suave y progresiva. Se delimitan con claridad los quistes presentes en el tejido de partes blandas que ocupa el surco pancreaticoduodenal (flechas discontinuas).



## Pancreatitis del surco tipo 2

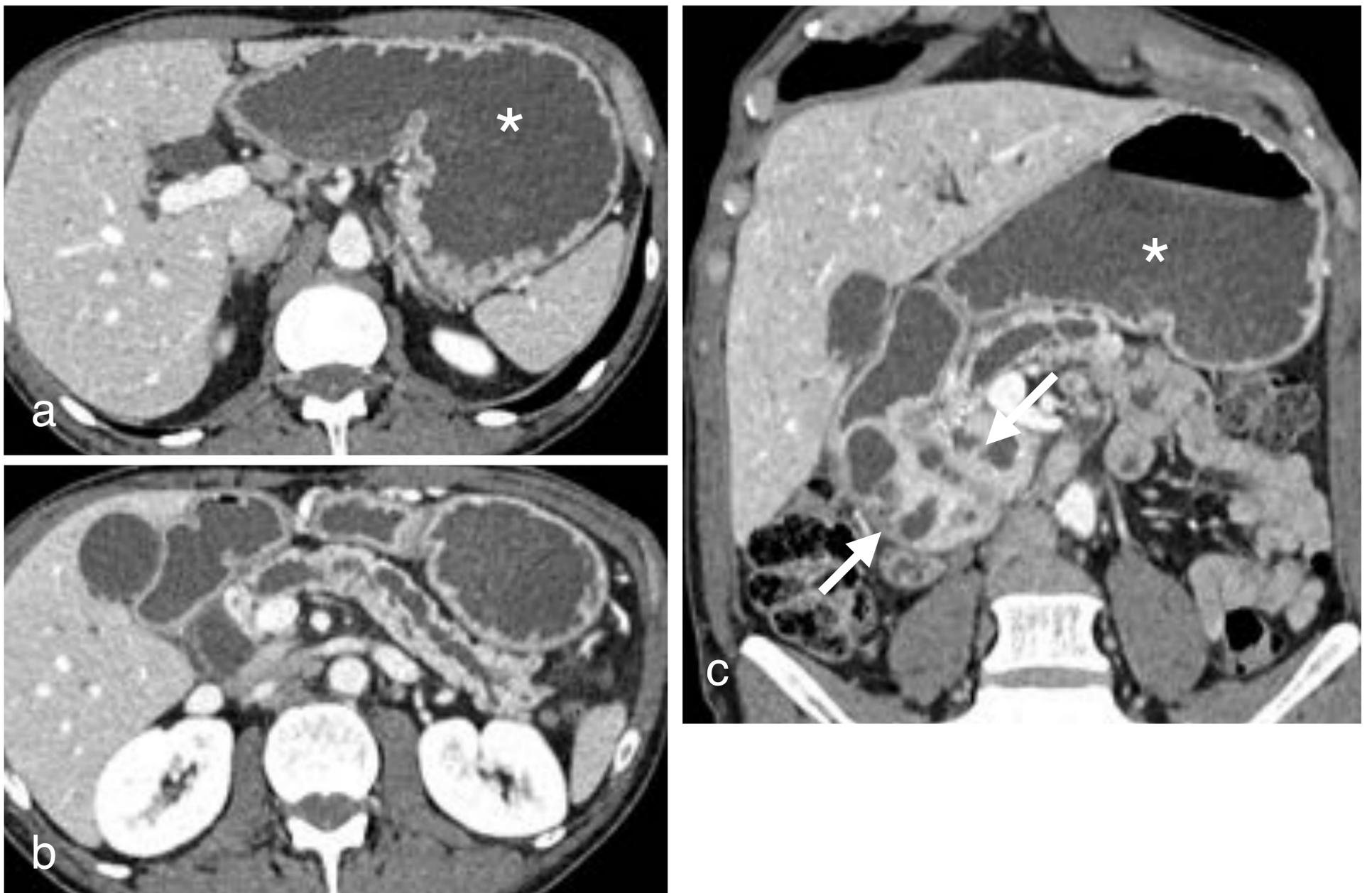


Figura 18: TC abdominal con CIV, fase portal, cortes axiales (a,b) y coronal (c). Dilatación gástrica con abundante contenido líquido (asterisco), en relación con engrosamiento y cambios quísticos en las paredes duodenales (flechas), en paciente con pancreatitis del surco tipo 2.



# Diagnóstico diferencial

## Pancreatitis aguda

- En la pancreatitis del surco, la afectación pancreática suele limitarse a la cabeza, mientras que la pancreatitis edematosa aguda suele afectar una porción sustancial del parénquima pancreático.
- Independientemente de la forma específica de pancreatitis del surco, los cambios inflamatorios retroperitoneales difusos visibles normalmente en la pancreatitis aguda edematosa están generalmente ausentes.
- Raramente se observa líquido en los espacios perirrenales o peripancreático.
- En ambas patologías el conducto biliar común puede visualizarse hiperatenuado y estenosado, un hallazgo visible mejor en reconstrucciones coronales, pero sin evidencia de irregularidad ni interrupción brusca.

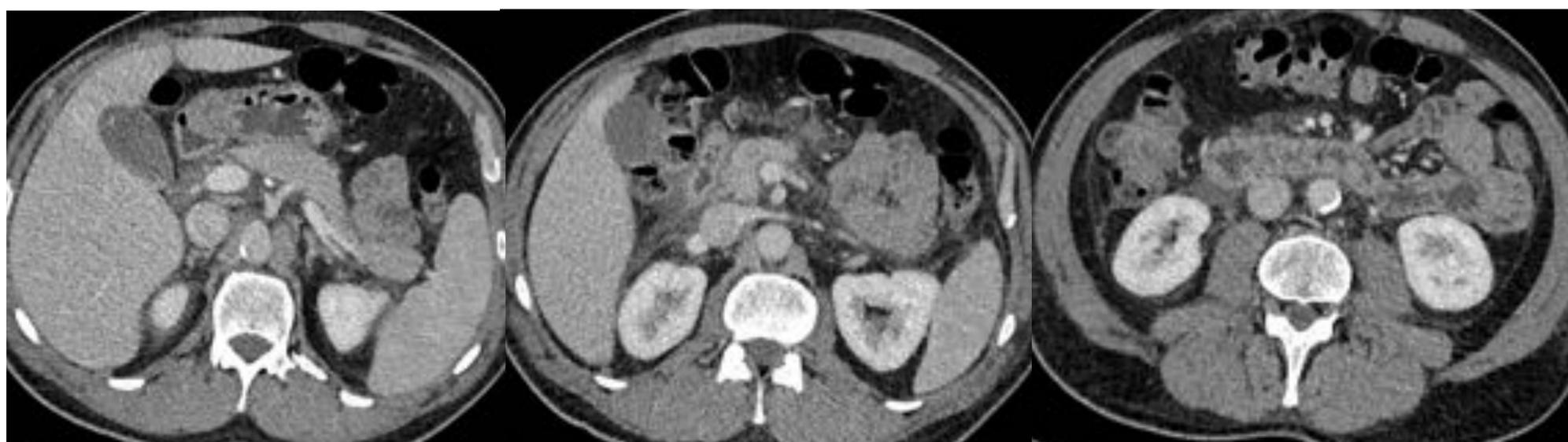


Figura 19: TC abdominal con CIV en fase portal, cortes axiales. Aumento difuso del páncreas, con desflecamiento de su contorno, realce homogéneo, pequeña cantidad de líquido libre peripancreático y en espacio pararrenal anterior y engrosamiento de la fascia lateroconal derecha, en relación con pancreatitis aguda edematosa intersticial.



# Diagnóstico diferencial

## Adenocarcinoma de páncreas

La distinción entre ambos procesos puede resultar extremadamente difícil, por lo que en muchos casos se opta por la resección quirúrgica ante la imposibilidad de llegar a un diagnóstico de certeza por otros métodos. Sucede sobre todo en los casos de neoplasias que asientan inmediatamente adyacentes al surco y no muestran la típica amputación brusca del conducto pancreático y la atrofia del parénquima restante típicos de la mayoría de adenocarcinomas.

- A diferencia de la pancreatitis del surco, en los adenocarcinomas pancreáticos es infrecuente visualizar los cambios quísticos internos (figura 20).
- Los adenocarcinomas, además, infiltran más frecuentemente en sentido posterior, hacia el retroperitoneo y envuelven con frecuencia las estructuras vasculares. Este último hallazgo también puede aparecer en la pancreatitis del surco, en la cual puede apreciarse en ocasiones tejido fibrótico envolviendo la arteria gastroduodenal (figura 21).
- El engrosamiento de la pared duodenal medial, muy frecuente en la pancreatitis del surco, es poco común en el adenocarcinoma (figura 22).
- Algunos autores también han observado que el realce en la pancreatitis del surco tiende a mostrar un patrón más parcheado y heterogéneo comparado con el adenocarcinoma, que generalmente es hipocaptante de forma más homogénea en fase arterial pancreática, con captación de contraste en fase venosa-tardía (figuras 23 y 24).

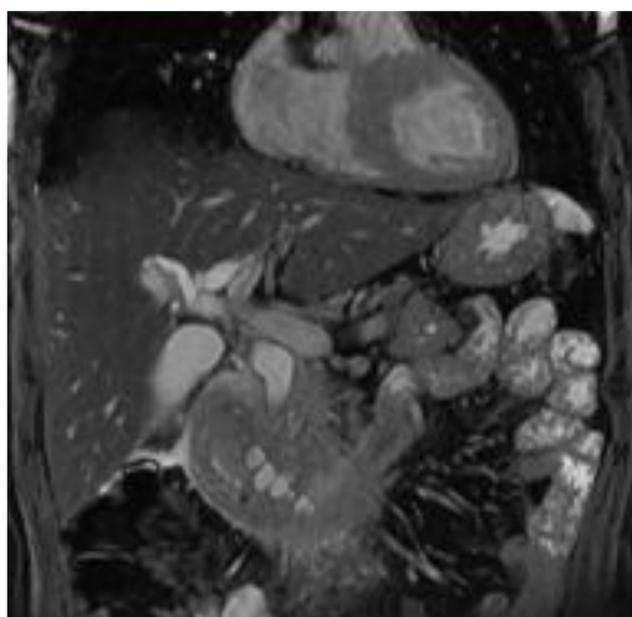


Figura 20: Cambios quísticos en pancreatitis del surco.



Figura 21: infiltración hacia el retroperitoneo y envoltura de arteria y vena mesentéricas superiores.



Figura 22: Engrosamiento de la pared duodenal en pancreatitis del surco.

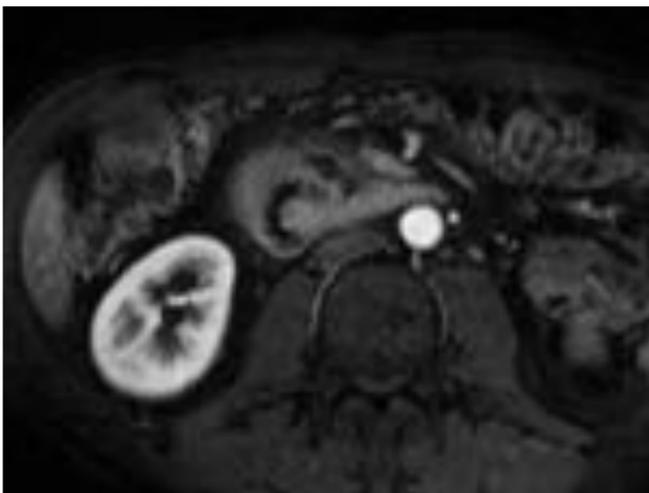
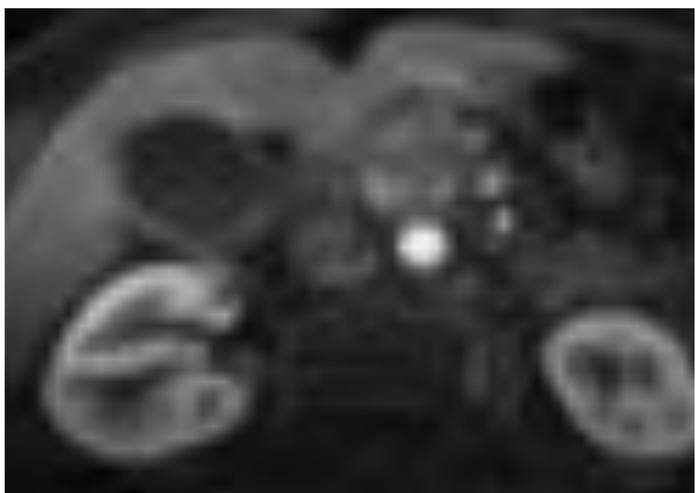


# Diagnóstico diferencial

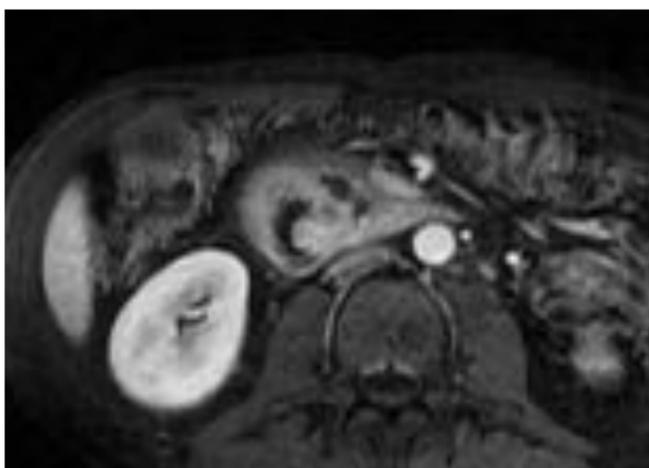
## Adenocarcinoma de páncreas



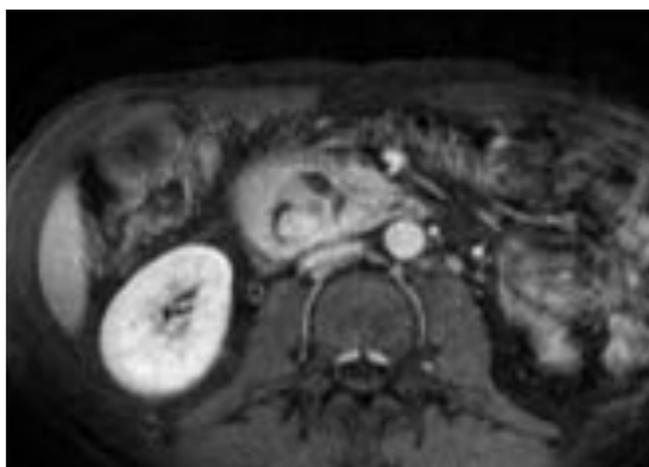
Sin contraste



Fase arterial



Fase venosa



Fase tardía

Figura 23: RM estudio dinámico con contraste en paciente con adenocarcinoma en cabeza de páncreas.

Figura 24: RM estudio dinámico con contraste en paciente con pancreatitis del surco.



# Diagnóstico diferencial.

## Adenocarcinoma duodenal y ampuloma.

El adenocarcinoma duodenal puede ser difícil de diferenciar de la pancreatitis del surco, pues ambos pueden presentarse con engrosamiento focal de la pared medial duodenal. La mayoría de adenocarcinomas de intestino delgado asientan además en duodeno o yeyuno proximal. Será necesaria la visualización de la lesión en las distintas reconstrucciones multiplanares para diferenciar si la masa surge de la pared duodenal o está centrada en el surco pancreatico-duodenal.

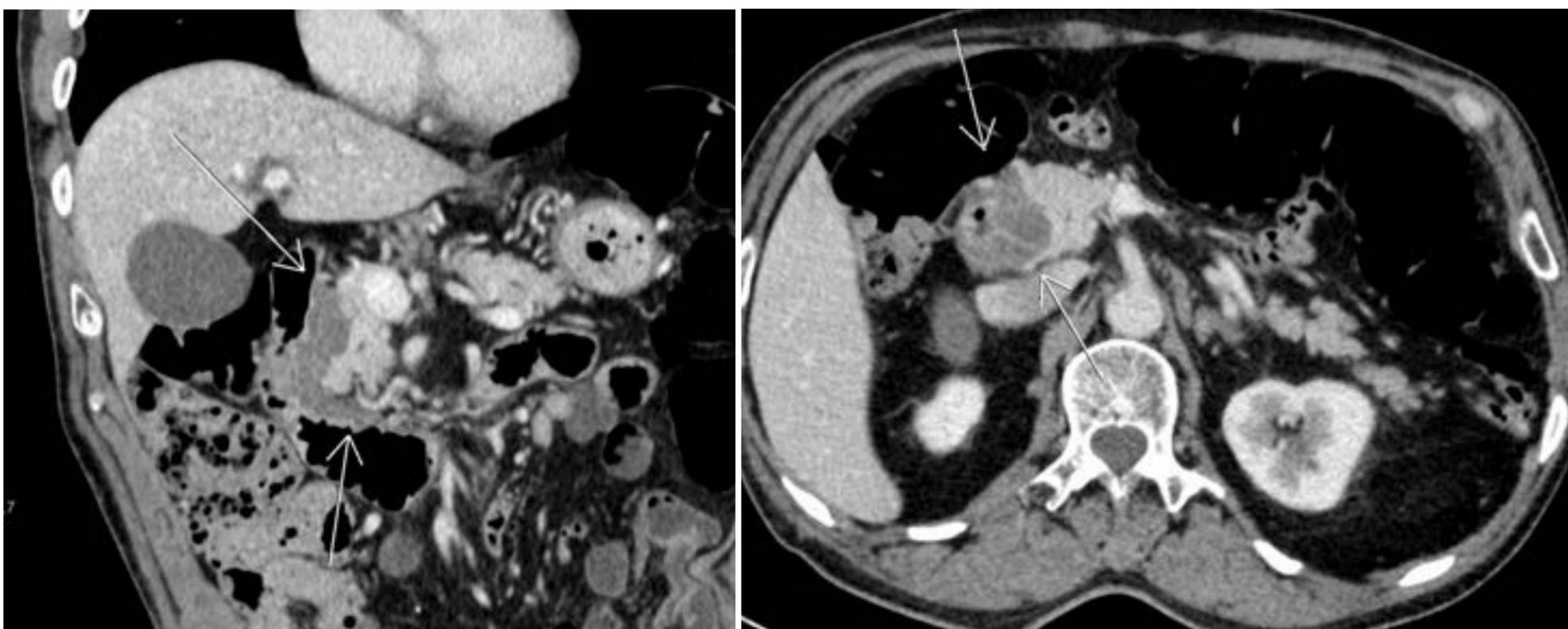


Figura 25: TC abdominal con CIV en fase portal, cortes coronal oblicuo (a) y axial (b). Engrosamiento irregular asimétrico de la pared medial del duodeno (flecha), perdiendo plano de separación con la cabeza pancreática.



Figura 26: endoscopia digestiva alta del paciente de la figura 26. Neoformación ulcerada en pared medial de 1ª rodilla-2ª porción duodenal. Anatomía patológica: adenocarcinoma de patrón mucinoso.



# Diagnóstico diferencial.

## Adenocarcinoma duodenal y ampuloma.

Los ampulomas suelen ser lesiones focales centradas en la ampolla, a diferencia de las lesiones de partes blandas de límites mal definidos que se suelen apreciar en la pancreatitis del surco. De todos modos, en caso de ampulomas de gran tamaño la distinción puede no ser fácil.

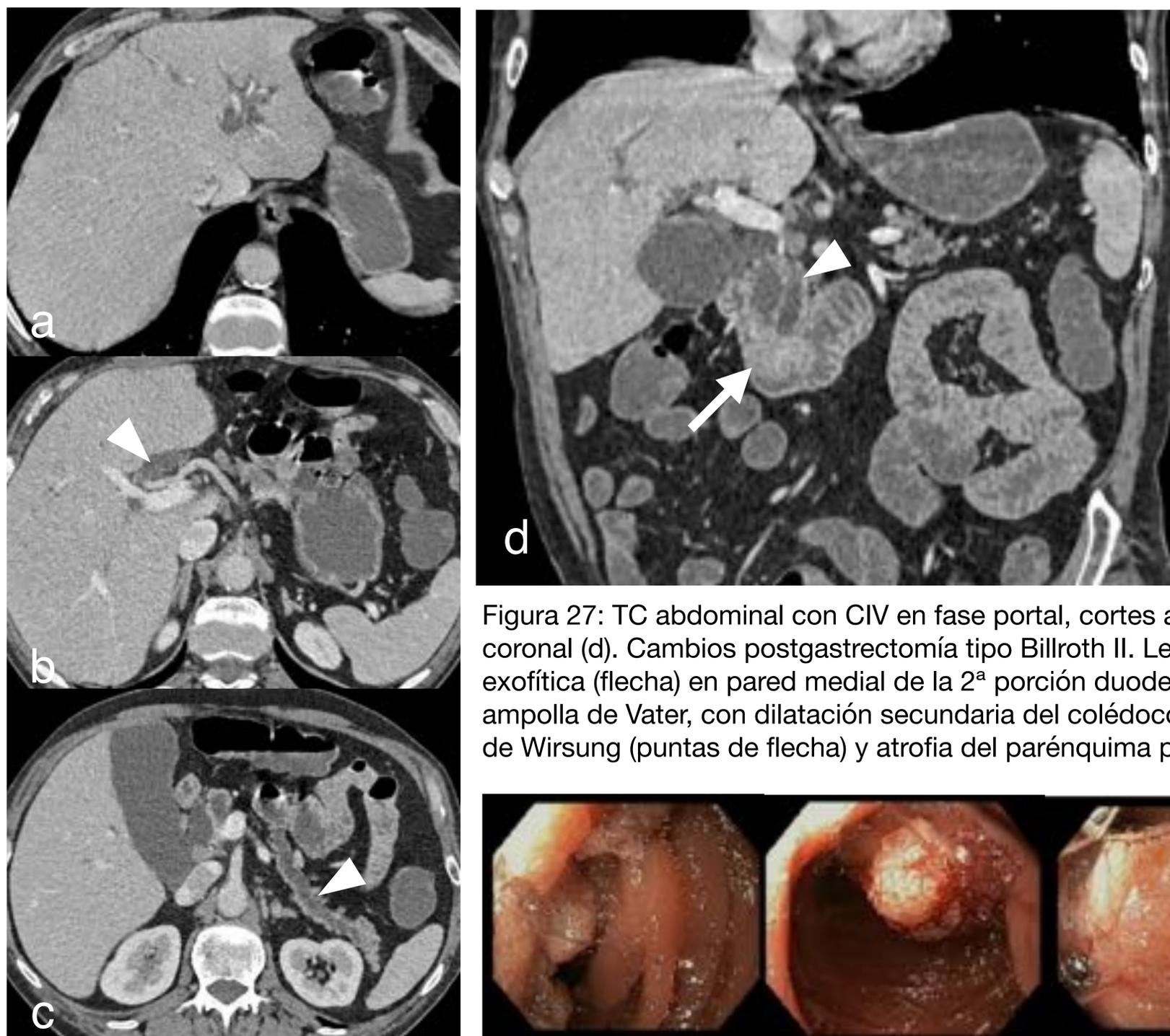


Figura 27: TC abdominal con CIV en fase portal, cortes axiales (a-c) y coronal (d). Cambios postgastrectomía tipo Billroth II. Lesión intraluminal exofítica (flecha) en pared medial de la 2ª porción duodenal, a nivel de la ampolla de Vater, con dilatación secundaria del colédoco y del conducto de Wirsung (puntas de flecha) y atrofia del parénquima pancreático.



Figura 28: endoscopia del paciente de la figura 24. Ampulectomía endoscópica con resultado anatomo-patológico: adenocarcinoma moderadamente diferenciado intramucoso sobre adenoma túbulo-velloso con displasia severa.



# Diagnóstico diferencial.

## Pancreatitis autoinmune focal

Se han descrito dos tipos:

-Tipo 1 o pancreatitis esclerosante linfoplasmocítica: niveles elevados de IgG4, procesos autoinmunes extrapancreáticos asociados y afectación pancreática típicamente difusa (> 60%), por lo que suele ser claramente distinguible de la pancreatitis del surco.

-Tipo 2 o pancreatitis idiopática ducto-céntrica: presenta niveles normales de IgG4 y una afectación focal (85%) que en caso de localizarse cercana al surco pancreatico-duodenal puede crear dudas con la pancreatitis del surco. Raramente asocia otros procesos autoinmunes, con la excepción de la enfermedad inflamatoria intestinal o colangitis esclerosante secundaria, presentes en menos de un 30%, pero que pueden ayudar a orientar el diagnóstico cuando están presentes.

TC: masa inflamatoria focal con pérdida de las lobulaciones pancreáticas, inflamación periglandular y puede asociar múltiples estenosis inflamatorias en conducto pancreático y colédoco. Ayuda en su distinción la visualización frecuente de un halo hipodenso o un anillo pseudocapsular típico, que en RM presenta baja señal en secuencias potenciadas en T2 y débil realce con contraste.

En los estudios con contraste, la masa presenta realce homogéneo predominantemente en fase venosa. Puede asociar adenopatías de características reactivas, pero no quistes ni calcificaciones.

El manejo en ambos casos consiste en el tratamiento con corticoides +/- inmunomoduladores.



# Diagnóstico diferencial.

## Pancreatitis autoinmune focal

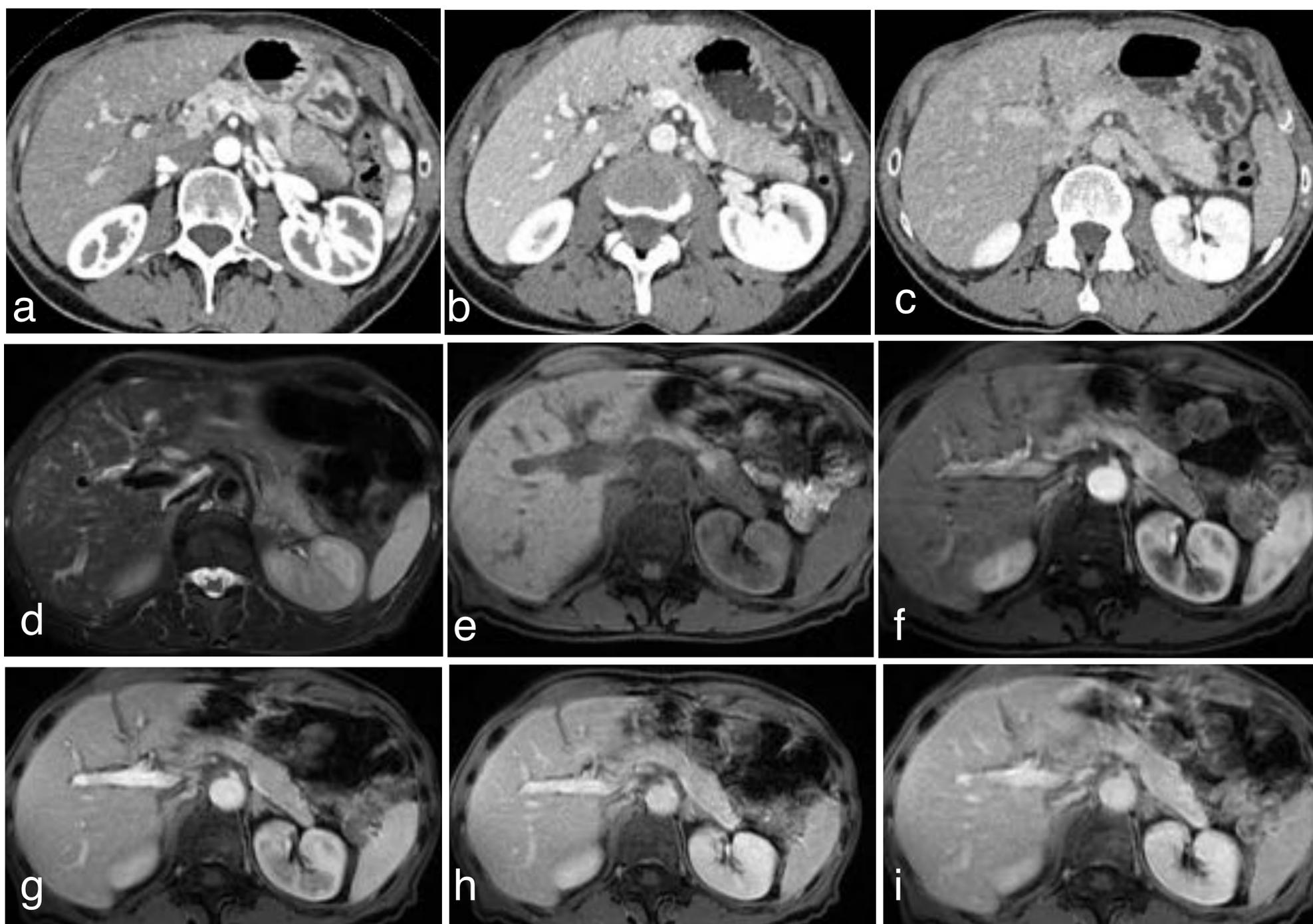


Figura 29: TC abdominal con CIV en fases arterial (a), portal (b) y venosa tardía (c), RM secuencia T2 con saturación grasa (d) y estudio dinámico con CIV (e-i). Aumento de tamaño del cuerpo-cola pancreáticos con pérdida de las lobulaciones a dicho nivel y alteración de la densidad/señal, con menor captación que el resto del parénquima en fase arterial y realce venoso tardío.. En fase tardía se aprecia además realce del anillo pseudocapsular típico. Este caso, aunque por localización no es confundible con la pancreatitis del surco, permite ilustrar las características de la pancreatitis autoinmune focal .



# Conclusiones

- La pancreatitis del surco constituye una forma particular e infrecuente de pancreatitis crónica, que se caracteriza por su localización centrada en el surco pancreático-duodenal.
- La mayoría de los casos aparecen en pacientes en la 5<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> décadas, con antecedente de hábito enólico y más frecuentemente de sexo masculino.
- Al igual que en otras patologías pancreáticas de carácter inflamatorio, ciertos hallazgos en imagen pueden ayudar en su distinción de la patología neoplásica.



# Bibliografía

- Raman SP, Salaria SN, Hruban RH, Fishman EK. Groove pancreatitis: spectrum of imaging findings and radiology-pathology correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2013 Jul;201(1):W29-39.
- Patel BN, Brooke Jeffrey R, Olcott EW, Zaheer A. Groove pancreatitis: a clinical and imaging overview. *Abdom Radiol (NY)*. 2020 May;45(5):1439-1446.
- Addeo G, Beccani D, Cozzi D, Ferrari R, Lanzetta MM, Paolantonio P, Pradella S, Miele V. Groove pancreatitis: a challenging imaging diagnosis. *Gland Surg*. 2019 Sep;8(Suppl 3):S178-S187.
- Gandhi NS, Feldman MK, Le O, Morris-Stiff G. Imaging mimics of pancreatic ductal adenocarcinoma. *Abdom Radiol (NY)*. 2018 Feb;43(2):273-284.
- Wolske KM, Ponnatapura J, Kolokythas O, Burke LMB, Tappouni R, Lalwani N. Chronic Pancreatitis or Pancreatic Tumor? A Problem-solving Approach. *Radiographics*. 2019 Nov-Dec;39(7):1965-1982.
- Blasbalg R, Baroni RH, Costa DN, et al. MRI features of groove pancreatitis. *AJR*. 2007; 189:73– 80.
- Muraki T, Kim GE, Reid MD, et al. Paraduodenal Pancreatitis: Imaging and Pathologic Correlation of 47 Cases Elucidates Distinct Subtypes and the Factors Involved in its Etiopathogenesis. *Am J Surg Pathol* 2017;41(10):1347–1363