

Carta al director

PANCREATITIS CRÓNICA SIMULANDO UN TUMOR MALIGNO PANCREÁTICO

A. Martín-Lagos Maldonado, R.P. López-Segura, A. Selfa-Muñoz, M.D. Quintero-Fuentes, F.J. Salmerón-Escobar

Unidad Clínica de Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Sr. Director

La pancreatitis crónica (PC) es un proceso inflamatorio progresivo e irreversible que conlleva cambios morfológicos en el parénquima y conductos pancreáticos de forma difusa o focal. Presentamos el caso de un paciente con una PC focal que simulaba un tumor maligno pancreático.

Varón de 59 años que consulta por ictericia indolora y coluria de 5 días de evolución. Entre sus antecedentes personales sólo destaca una hepatopatía alcohólica no cirrótica; ex-bebedor. Las pruebas complementarias muestran los siguientes resultados: analítica: BT 2,08 mg/dl, BD 1,18 mg/dl, GOT 86 U/L, GPT 93 U/L, PCR 9 mg/dl; ecografía abdominal: colédoco de 12 mm que finaliza abruptamente en cabeza de páncreas, donde se aprecia una masa hipoeoica de 3,5 cm (**Figura 1**); TAC abdominal con contraste: en

CORRESPONDENCIA

Alicia Martín-Lagos Maldonado
Hospital Clínico San Cecilio
Avenida Dr. Olóriz, 18012, Granada.
Teléfono fijo: 958252861

aliciamartin-lagos@hotmail.com



Figura 1

Ecografía abdominal. Dilatación del colédoco hasta cabeza pancreática donde se aprecia una lesión hipoeoica.



Figura 2

TC abdominal con contraste. Masa heterogénea en cabeza pancreática.

cabeza pancreática masa de 3,8x2,8x2,2 cm con dilatación de la vía biliar compatible con adenocarcinoma de páncreas. Posible infiltración del tronco común de la arteria hepática/gastroduodenal. No adenopatías (**Figura 2**); ecoendoscopia (USE) con punción-aspiración con aguja fina (PAAF) (**Figura 3**): en cabeza pancreática lesión de unos 3 cm mal delimitada, con ecoestructura heterogénea con áreas quísticas y zonas hiperecogénicas. Dilatación del colédoco hasta la lesión. No afectación vascular ni linfática; finalmente la citología se informa como compatible con PC. Ante los datos clínico-analíticos y de imagen, y sin poder descartar con certeza un tumor pancreático maligno con compromiso biliar, se realiza duodenopancreatometomía cefálica. El análisis de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico de PC.

La USE y la USE-PAAF son actualmente procedimientos de elección para el estudio de las masas pancreáticas. Sin embargo, presentan aún limitaciones en el diagnóstico diferencial de la PC focal, la pancreatitis autoinmune (PAI) y el tumor pancreático primario o secundario^{1,2}. La sensibilidad de

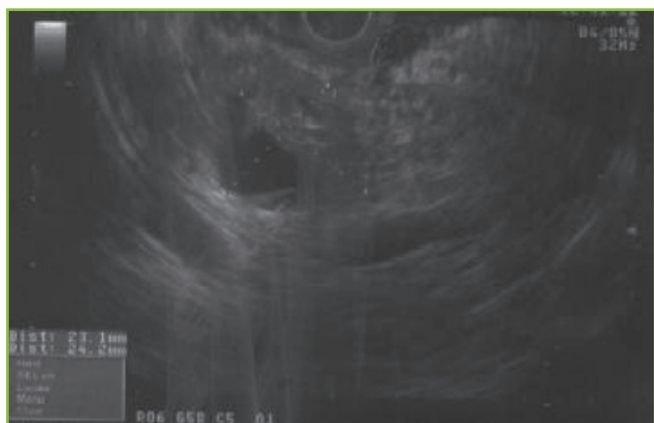


Figura 3

Ecoendoscopia. Lesión heterogénea en cabeza de páncreas de unos 3 cm.

la USE-PAAF en el diagnóstico de malignidad desciende del 89% en parénquimas sanos al 47-74% en parénquimas con PC, posiblemente en relación a las alteraciones morfológicas asociadas^{1,3}. Su valor predictivo negativo en la exclusión de malignidad es aún menor cuando se asocia a una ictericia obstructiva³. Hasta en un 80-90% de pacientes con esta forma de presentación se diagnostican finalmente de un tumor maligno pancreático^{2,4}. En estos casos, dada la baja rentabilidad de la PAAF en la exclusión de malignidad, los autores recomiendan cirugía de la lesión pancreática, salvo evidencia de irreseccabilidad. Así, en nuestro paciente, pese a un diagnóstico citológico compatible con PC, y más aún, ante la presencia de una ictericia obstructiva, el estudio de la pieza quirúrgica fue necesario para excluir definitivamente el diagnóstico de malignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agarwal B, Krishna NB, Labundy JL, Safdar R, Akduman EI. EUS and/or EUS-guided FNA in patients with CT and/or magnetic resonance imaging findings of enlarged pancreatic head or dilated pancreatic duct with or without a dilated common bile duct. *Gastrointest Endosc.* 2008 Aug;68(2):237-42.
2. Krishna NB, Mehra M, Reddy AV, Agarwal B. EUS/EUS-FNA for suspected pancreatic cancer: influence of chronic pancreatitis and clinical presentation with or without obstructive jaundice on performance characteristics. *Gastrointest Endosc.* 2009 Jul;70(1):70-9.
3. Krishna NB, La Bundy JL, Saripalli S, Safdar R, Agarwal B. Diagnostic value of EUS-FNA in patients suspected of having pancreatic cancer with a focal lesion on CT scan/MRI but without obstructive jaundice. *Pancreas.* 2009 Aug;38(6):625-30.
4. Matsumoto I, Shinzeki M, Toyama H, Asari S, Goto T, et al. A focal mass-forming autoimmune pancreatitis mimicking pancreatic cancer with obstruction of the main pancreatic duct. *J Gastrointest Surg.* 2011 Dec;15(12):2296-8.