

# DISTROFIA QUÍSTICA DE LA PARED DUODENAL. COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA PANCREATITIS CRÓNICA.

P. de la Torre-Rubio, M.J. Rodríguez – Sicilia, J.G. Martínez-Cara, J. de Teresa-Galván, E. Redondo-Cerezo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

## Resumen

La pancreatitis del surco también llamada distrofia quística duodenal, es una forma poco frecuente de pancreatitis crónica. Afecta al surco que existe entre la cabeza del páncreas, el duodeno y el colédoco. Siempre hay afectación inflamatoria duodenal, asociándose a una distrofia quística de la pared duodenal. Esta entidad poco frecuente y benigna, posee ciertas características clínico patológicas que permiten identificarla preoperatoriamente. Esto es de suma importancia, ya que entra en el diagnóstico diferencial de las lesiones no neoplásicas o pseudotumorales pancreáticas, que pueden formar masas y simular procesos neoplásicos malignos<sup>1</sup>.

**Palabras clave:** pancreatitis crónica. Distrofia quística. Pseudotumor.

## Abstract

Groove pancreatitis, also known as duodenal cystic dystrophy, is a rare form of chronic pancreatitis. It affects the groove between the head of the pancreas, the duodenum and the common bile duct. It always involves the inflammation of the duodenum, associated with cystic dystrophy of the duodenal wall. This rare benign entity shows certain clinicopathological features that allow it to be identified preoperatively. This is of utmost importance as it enters into the differential diagnosis of non-neoplastic lesions or pseudotumoral lesions of the pancreas that can form masses and mimic malignant neoplastic processes.

**Keywords:** chronic pancreatitis. Cystic dystrophy. Pseudotumor.

## Caso clínico

Varón de 46 años sin antecedentes personales de interés, bebedor habitual de unos 80 g/alcohol/día. Acude a urgencias por cuadro de 3 meses de evolución de dolor abdominal intermitente, que le empeora con la ingesta, se inicia en epigastrio e irradia en cinturón a la espalda y a ambos hiponcondrios, asocia náuseas y vómitos alimentarios, así como pérdida ponderal de unos 8 kg de peso en ese periodo. A la exploración destacaba un abdomen blando,

### CORRESPONDENCIA

Paloma de la Torre Rubio  
Calle Pampaneira, número 15, 2ºF  
18002 Granada

paloma\_ptr@hotmail.com



Figura 1

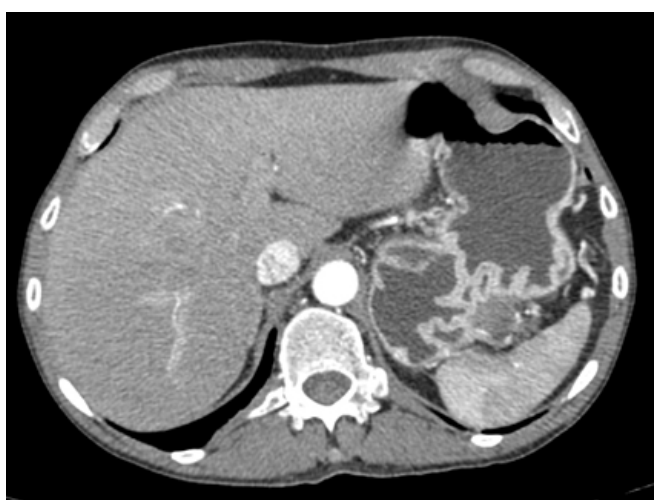


Figura 2



Figura 3

depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias y ruidos intestinales disminuidos. Analíticamente: Leucocitos 15850 con PMN 80.2%, BT 2.5 mg/dL a expensas de BI, GGT 112 IU/L, amilasa 64 U/L, amilasa en orina 982, y marcadores tumorales normales. Se solicitó una ecografía abdominal y se ingresó al paciente a cargo del Servicio de digestivo.

Las exploraciones complementarias realizadas en planta por orden cronológico fueron las siguientes:

- Ecografía abdominal: Engrosamiento parietal del marco duodenal, sobre todo 2ª porción, existiendo alguna dilatación quística en la pared, visible con transductor de alta energía, existe aumento por probable edema de surco pancreato-duodenal así como imagen hipodensa en unión cabeza- proceso uncinado de 20 x 18 mm de diámetros máximos. Resto de la exploración sin hallazgos. No se aprecian nódulos adrenales, adenomegalias en retroperitoneo, ni líquido libre abdominal. Los hallazgos descritos eran sugerentes de pancreatitis del surco pancreato-duodenal con distrofia quística duodenal asociada, no obstante, la existencia de una imagen hipocogénica obliga a descartar la existencia de un proceso neofornativo (Figura 3).

- Ante esto se solicitó un TAC abdominal con contraste intravenoso: Páncreas aumentado de tamaño en cuerpo y cola, con presencia de líquido periglandular y en espacio pararenal anterior izquierdo. Engrosamiento y edema de la grasa del surco duodeno-pancreático, que muestra un realce progresivo. Así mismo, asocia engrosamiento y alguna pequeña dilatación quística de la pared duodenal adyacente. Resto normal. Todo ello compatible con pancreatitis crónica del surco duodeno-pancreático y pancreatitis aguda en cuerpo – cola sin signos de complicación (Figuras 1 y 2).

Durante su estancia en planta el paciente evolucionó de forma favorable con desaparición progresiva del dolor abdominal y buen tolerancia a la reintroducción de dieta oral, por lo que fue dado de alta con suplementos nutricionales, parches de fentanilo y revisión en Consultas externas de digestivo.

Pero poco tiempo después reingresa por nuevo episodio de dolor abdominal e intolerancia oral, ampliándose el estudio con la realización de Ecoendoscopia (USE) con ecoendoscopio lineal: Pared duodenal engrosada a nivel de rodilla superior e inicio de la segunda porción duodenal, con una zona que llega a medir 3.4 x 2.8 cm de diámetro máximo, de bordes mal definidos, hipocogénica, heterogénea, con pequeñas zonas anecoicas (2-4 mm) sugestivo de áreas quísticas. Cuerpo, cuello y cola de páncreas de ecoestructura ligeramente heterogénea, con Wirsung de paredes finas, hiperecogénicas, y calibre normal. La cabeza del páncreas se explora con mayor dificultad debido al engrosamiento de la pared duodenal. Proceso uncinado de páncreas de aspecto heterogéneo, sin otros signos de pancreatitis crónica. Así mismo, se realizó punción aspiración con aguja fina de la lesión, siendo la anatomía patológica negativa para células malignas. Desde la pared duodenal se realiza punción de la lesión descrita en la exploración previa. Un total de dos pases con aguja de 25 G, se aspira el líquido de uno de los quistes (el de mayor tamaño de 4 mm) y se remite el material para citología.

El paciente presentó una evolución tórpida, con escasa mejoría clínica y falta de respuesta al tratamiento médico a pesar del ajuste de medicación por parte de la Unidad del dolor, por lo que fue remitido al Servicio de Cirugía General y se encuentra en el momento actual pendiente de intervención quirúrgica para la realización de una duodeno-pancreatectomía cefálica.

## Conclusiones

La distrofia quística duodenal es una entidad poco frecuente, infradiagnosticada, de patogenia incierta, y naturaleza benigna, por lo que su conocimiento posibilita un diagnóstico preoperatorio certero, y un tratamiento conservador de primera instancia<sup>2</sup>, evitando un riesgo quirúrgico innecesario<sup>3</sup>.

Los estudios de imagen (ECO, TAC, RMN) suelen mostrar engrosamiento de la pared duodenal con quistes intramurales<sup>4</sup>. En ocasiones, los quistes son tan pequeños que no son visibles por estas técnicas. Por ello, la USE se ha convertido en la técnica de elección<sup>5</sup> para confirmar el diagnóstico ya que tiene una mayor resolución, permitiéndonos demostrar la existencia de esos pequeños quistes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kloppel G. Chronic pancreatitis, pseudotumors and other tumor – like lesions. *Mod Pathol.* 2007; 20: S113- 31.
2. Shudo R, Yazaki Y, Sakurai S, Uenishi H, Yamada H, Sugawara K, et al. Groove pancreatitis: report of a case and review of the clinical and radiologic features of groove pancreatitis reported in Japan. *Intern Med.* 2002 Jul; 41 (7): 537 -42.
3. Rahman SH, Verbeke CS, Gómez D, McMahon MJ, Menon KV. Pancreaticoduodenectomy for complicated groove pancreatitis. *HPB (Oxford).* 2007; 9 (3): 229- 34.
4. Levenick JM, Gordon SR, Sutton JE, Suriawinata A, Gardner TB. A comprehensive case – based review of groove pancreatitis. *Pancreas* 2009; 38: e 169- 75.
5. Casetti L, Bassi C, Salvia R, Butturini G, Graziani R, Falconi M, et al. “Paraduodenal” pancreatitis: results of surgery on 58 consecutive patients from a single institution. *World J Surg.* 2009; 33: 2664-9.