

## Pancreatitis tropical: diagnóstico ex-juvantibus y tratamiento multidisciplinar en la era de la globalización

### Tropical pancreatitis: ex-juvantibus diagnosis and multidisciplinary management in the globalization era

Sr. Editor:

La pancreatitis tropical es una variante de la pancreatitis crónica extremadamente infrecuente en nuestro medio, pero típica de países como India. El crecimiento exponencial de la población inmigrante hace necesario tener en cuenta etiologías menos probables a la hora de considerar cuadros como la pancreatitis crónica, de etiología habitual hasta ahora bastante limitada.

Presentamos el caso de una mujer de 35 años, natural de India y residente en España desde hace un año, que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor epigástrico de 2 semanas de evolución, creciente intensidad, irradiado ocasionalmente al área interescapular. Como antecedentes personales más importantes presentaba un síndrome de Sheehan, candidiasis esofágica, déficit de vitamina D y piridoxina y positividad para anticuerpos anti-Ro, anti-tirotropina y anti-peroxidasa. Negaba ingesta enólica, así como sintomatología compatible con déficit endocrino o exocrino pancreáticos; aportaba el informe de una ecografía realizada en su país con existencia de distensión de la vesícula biliar con barro en su interior.

Se realizó TC abdominal, que fue informada como compatible con pancreatitis crónica reagudizada (grado C de Baltazar) con conducto de Wirsung arrosariado y calcificación de la cabeza pancreática, y una colangiopancreatografía magnética que apreciaba vesícula biliar de paredes finas con pequeñas microlitiasis y barro en su interior, vía biliar intrahepática y extrahepática no dilatadas. Cabeza pancreática y colas engrosadas y desdibujadas con focos hipointensos en su interior compatibles con calcificaciones y dilatación tortuosa del conducto de Wirsung con material en su interior sugerente de ser debris o calcificaciones, hallazgos compatibles con pancreatitis crónica reagudizada sin que se pueda asegurar su origen litiásico. Se descartó mediante estudio inmunológico tanto pancreatitis autoinmune como síndrome poliglandular autoinmune tipo I parcialmente enmascarado por las secuelas de la apoplejía hipofisaria postparto. La paciente evolucionó desfavorablemente de su pancreatitis realizándose nueva TC que reveló empeoramiento radiológico (grado E) y la aparición de 2 pseudoquistes en la cabeza pancreática. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y se objetivó Wirsung dilatado y arrosariado compatible con pancreatitis crónica calcificante con probable fistula pancreático-duodenal, realizándose esfinterotomía pancreática así como implante de 2 prótesis a través del conducto pancreático. Se replanteó el caso considerando etiologías menos probables, reiniciándose tolerancia que es normal cuando se añaden suplementos enzimáticos pancreáticos y no realiza transgresiones dietéticas, por lo que se consideró el diagnóstico de pancreatitis tropical o fibrocalculosa juvenil, forma relativamente frecuente de pancreatitis crónica típica de países en vías de desarrollo<sup>1</sup>. Su etiología es multifactorial, habiéndose asociado tanto a ingesta de tapioca (*Manihot esculenta*)<sup>2</sup> como a malnutrición severa. La enfermedad aparece también en zonas donde el consumo de tapioca es excepcional, habiendo ganado importancia la teoría a favor de la existencia de una base genética<sup>3</sup>. A diferencia de formas familiares/hereditarias de

pancreatitis crónica, no se asocia a mutaciones de genes tipo PRSS1 o CFTR. Existe una asociación con mutaciones en el gen del inhibidor del tripsinógeno (SPINK-1)<sup>4</sup> y más recientemente del calcium sensing receptor (CASR)<sup>5</sup>. Durante su ingreso se realizó la determinación de la presencia del gen Reg 1-β en sangre con valores de 30,31 (unidades arbitrarias WB), existiendo diferencias muy significativas ( $p < 0,0001$  mediante one sample t-test) frente a controles:  $1,12 \pm 0,34$  (media ± error estándar) y diabéticos tipo 1:  $0,71 \pm 0,14$  (media ± error estándar). Se ha observado un descenso de la expresión del gen Reg 1-α en pacientes con pancreatitis tropical<sup>6</sup>. La relación entre las variaciones en la expresión del gen Reg 1-β y el desarrollo de una pancreatitis tropical no ha sido esclarecida completamente, su elevación puede deberse tanto a la implicación directa del gen en la patogénesis de la enfermedad como a que dicha elevación sea secundaria a una actividad regenerativa inusual en el contexto de una pancreatitis crónica reagudizada de curso clínico desfavorable. La paciente presenta un buen control analgésico sin necesidad de medicación habitualmente, si bien experimentó una gran mejoría al añadir suplementos enzimáticos pancreáticos y retirar la tapioca de la dieta. Conforme avanza la enfermedad suele ser necesario algún tipo de actuación quirúrgica que descomprima el drenaje del conducto pancreático principal. La aplicación de un protocolo terapéutico incluyendo el drenaje endoscópico del conducto de Wirsung de manera sistemática, seguido de pancreático-yejunostomía en Y de Roux en caso de persistencia de los síntomas, ha presentado buenos resultados<sup>7</sup>. En el pasado, la malnutrición y las descompensaciones diabéticas eran la principal causa de mortalidad en estos pacientes, pero la mejora de la supervivencia hace que tanto la nefropatía diabética como la posibilidad de desarrollar un adenocarcinoma pancreático las hayan sustituido<sup>8</sup>.

## Bibliografía

1. Barman KK, Premalatha G, Mohan V. Tropical chronic pancreatitis. *Postgrad Med J*. 2003;79:606-15.
2. Pitchumoni CS. Special problems of tropical pancreatitis. *Clin Gastroenterol*. 1984;13:941-59.
3. Mahurkar S, Reddy DN, Rao GV, Chandak GR. Genetic mechanisms underlying the pathogenesis of tropical calcific pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2009;15:264-9.
4. Mohan V, Premalatha G, Pitchumoni CS. Tropical chronic pancreatitis: an update. *J Clin Gastroenterol*. 2003;36:337-46.
5. Felderbauer P, Klein W, Bulut K, Ansorge N, Dekomien G, Werner I, et al. Mutations in the calcium-sensing receptor: a new genetic risk factor for chronic pancreatitis? *Scand J Gastroenterol*. 2006;41:343-8.
6. Mahurkar S, Bhaskar S, Reddy DN, Rao GV, Chandak GR. Comprehensive screening for reg1alpha gene rules out association with tropical calcific pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2007;13:5938-43.
7. Kurumboor P, Varma D, Rajan M, Kamlesh NP, Paulose R, Narayanan RG, et al. Outcome of pancreatic ascites in patients with tropical calcific pancreatitis managed using a uniform treatment protocol. *Indian J Gastroenterol*. 2009;28:102-6.
8. Mohan V, Premalatha G, Padma A, Chari ST, Pitchumoni CS. Fibrocalculous pancreatic diabetes. Longterm survival analysis. *Diabetes Care*. 1996;19:1274-8.

José María Balibrea del Castillo<sup>a,\*</sup>, Rocío Puig Piña<sup>b</sup>, Raquel Planas Bas<sup>c</sup> y Marta Vives Pic<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. España

<sup>b</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. España

<sup>c</sup>Laboratorio de Inmunobiología para la Investigación y Diagnóstico (LIRAD)/Banco de Sangre y Tejidos, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [balibrea@gmail.com](mailto:balibrea@gmail.com) (J.M. Balibrea del Castillo).