



P-240 - NEOPLASIA VS PANCREATITIS DEL SURCO PANCREATICODUODENAL: UN DILEMA QUIRÚRGICO

F. Peiró Monzó, Ú. Ponce Villar, A. Coret Franco, M.V. Planells Roig, Á. Bañuls Matoses, M.T. Lloret Martí, E. Sánchez Aparisi y F. Caro Pérez <p>Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: La “Groove pancreatitis” consiste en una pancreatitis crónica que afecta a la ranura pancreaticoduodenal y el conducto biliar común. Su localización anatómica plantea el diagnóstico diferencial (DD) con las patologías de la región periampular. El conocimiento de esta entidad permitirá plantearse o evitar una cirugía radical innecesaria. El objetivo de este trabajo es aportar dos casos con distinto desenlace, revisar el manejo de esta rara entidad.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 66 años de edad, pancreatitis crónica enólica. Presenta epigastralgia y vómitos de repetición. Gastroscopia: masa vellosa estenosante en 2º porción y rodilla duodenal compatible con neoplasia duodenal. Biopsia: negativa. TC abdominal: masa pancreática que impronta sobre cabeza duodenal, sin distinguir entre lesión primaria neoplásica o secundaria a pancreatitis crónica. Hipodensidades-quísticas en pared de 2º porción duodenal. ColangioRMN: Wirsung dilatado con calcificaciones intraductales. Engrosamiento segmentario de la encrucijada pancreático duodenal, con afilamiento del conducto biliar, Groove pancreatitis. Caso 2: varón 56 años de edad, pancreatitis crónica enólica. Ingresa por sd. constitucional e ictericia. TC: cabeza pancreática aumentada, mal definida, con calcificaciones y e imagen quística. RMN: páncreas atrófico, dilatación del Wirsung. CPRE: bulbo duodenal compresión extrínseca y mucosa congestiva. Se coloca prótesis recubierta en vía biliar. ecoendoscopia (EUS) pancreatitis de cabeza páncreas que afecta pared duodenal en toda su circunferencia con zonas quísticas, dilatación Wirsung. No sugestiva de neoplasia. Dado estado caquético del paciente se decide mejoría del estado nutricional y revaloración al mes. Resultados: Caso 1: se intervino por sospecha de neoplasia duodenal, realizando duodenopancreatectomía cefálica con evolución favorable. AP: confirma la existencia de hiperplasia glándulas de Brunner, áreas quísticas en mucosa duodenal. Fibrosis con infiltración en el surco de parénquima pancreático. Caso 2: persistió deterioro del estado general del paciente y colostasis. Tras CPRE e intentar recambio de la prótesis se evidenciaron mamelones de aspecto neoplásico desde bulbo hasta papila que se biopsiaron: adenocarcinoma.

Conclusiones: El diagnóstico de la Groove pancreatitis es complejo y puede suponer un reto, de ahí la importancia del conocimiento de esta enfermedad. Debe establecerse DD con la neoplasia duodenal, colangiocarcinoma, pancreatitis crónica y carcinoma pancreático. Afecta a varones (40-50 años) con antecedentes de alcoholismo. Cursa como una pancreatitis crónica, estenosis duodenal, ictericia (20%). La endoscopia puede revelar duodenitis, mucosa duodenal polipoidea y estenosis de la luz. La EUS proporciona localización y extensión de la enfermedad, pero difícilmente diferencia inflamación o infiltración neoplásica. La CPRE puede confirmar estenosis del conducto biliar común sin alteración del conducto pancreático principal. La TC evidencia lesión hipodensa en el surco pancreatoduodenal pero no distingue de los carcinomas pancreáticos de ese área al igual que la resonancia magnética cuando no hay lesiones quísticas

dentro de la masa y/o la pared duodenal engrosada. El tratamiento puede ser conservador pero en casos de no mejoría, duda diagnóstica o complicaciones ha de realizarse una duodenopancreatectomía cefálica y estudio anatomopatológico de la pieza. En conclusión, la Groove pancreatitis es una enfermedad desafiante en su diagnóstico y puede plantear dilemas quirúrgicos.