



www.elsevier.es/cirugia

P-256 - PANCREATITIS DEL SURCO, EL FALSO ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO

Domínguez Sánchez, Iván; Gómez Sanz, Ramón; de la Fuente Bartolomé, Marta; Galán Martín, Mónica; Moreno Bargueiras, Alejandro; Vieiro Medina, María Victoria; Díaz Pérez, David; de la Cruz Vigo, Felipe

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Pancreatitis del surco, pancreatitis paraduodenal, distrofia quística de páncreas heterotópico, hamartoma duodenal o pancreatitis del surco son algunas de las distintas denominaciones de esta patología que consiste en la inflamación crónica del tejido pancreático ectópico localizado en el surco paraduodenal. Histológicamente da lugar al adelgazamiento fibrótico e infiltración a nivel de la muscular y submucosa duodenal, con formación de lesiones quísticas y/o sólidas que pueden llegar a comprimir los conductos pancreáticos principal y accesorio pancreáticos e incluso la vía biliar. Radiológicamente hasta el 50% presentan lesiones de aspecto quístico que pueden ser confundidos con la duplicación duodenal o tumores quísticos pancreáticos. El otro 50% serán sólidas con alta probabilidad de ser diagnosticada como adenocarcinoma pancreático. El error diagnóstico lleva en muchas ocasiones al tratamiento quirúrgico de estos pacientes. Esta patología es más frecuente en varones en la 4^a-5^a década de la vida con antecedentes de hábito enólico y tabáquico, estando relacionada también con la presencia de alteraciones anatómicas como en páncreas divisum. Clínicamente se presenta como dolor epigástrico continuo con enlentecimiento del tránsito gastroduodenal, asociando náuseas y vómitos. En casos muy evolucionados pueden presentar pérdida ponderal e ictericia obstructiva. Un diagnóstico certero tanto radiológico como anatomoabiológico (mediante PAAF) permite el manejo médico conservador mediante analgesia y retirada del abuso enólico.

Caso clínico: Paciente varón de 50 años exalcohólico desde hace 2 meses, fumador de 20 cigarrillos/día y excocainómano con historia de dolor abdominal crónico de 2 años de evolución, en seguimiento por medicina del aparato digestivo con gastroscopias en las que se evidencia gastritis crónica, tránsito baritado sin alteraciones. Acude a urgencias por cuadro de 6 vómitos/día, con intolerancia completa a alimentos, 15 kg de pérdida ponderal en los últimos 3 meses. Analíticamente presentaba colestasis con bilirrubina de 6 mg/dl. Es ingresado para estudio, realizándose TAC abdominal en el que se evidencia masa de aspecto maligno dependiente del duodeno proximal con obstrucción al vaciamiento gástrico, adenopatías regionales y ligera ectasia de la vía biliar. En la gastroscopia describen lesión en primera rodilla duodenal de aspecto maligno de consistencia fibrosa y aspecto infiltrativo con patrón de criptas desestructuradas, no permitiendo el paso al endoscopio. Se decide intervención quirúrgica programada. Intraoperatoriamente se evidencia tumoración en cabeza pancreática, que no impresiona de malignidad. No signos de diseminación peritoneal ni adenopatías sospechosas. Se realiza duodenopancreatetectomía cefálica con preservación pilórica con linfadenectomía del hilio hepático y de la arteria hepática hasta el tronco celíaco. El diagnóstico anatomoabiológico es de pancreatitis del surco, sin evidencia de malignidad. Ganglios sin hallazgos reseñables.

Discusión: Ante la presencia de lesiones quísticas o sólidas en el surco pancreaticoduodenal la pancreatitis del surco debe ser tenida en cuenta como posible diagnóstico diferencial. Para su diagnóstico será necesaria una prueba de imagen (TAC/RM/ecoendoscopia) con imagen compatible, así como la obtención de material mediante PAAF que descarte la malignidad de la lesión. Un correcto diagnóstico permite el manejo conservador de esta patología, siendo la cirugía sólo necesaria en aquellos casos de dolor resistente a tratamiento o dudas diagnósticas.