



P-251 - PANCREATITIS AUTOINMUNE TIPO 1: EXPERIENCIA Y REVISIÓN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA

Sánchez Blasco, Laura; Palacios Gasos, Pilar; Hernaez Arzo, Alba; Echazarreta Gallego, Estibaliz; Royo Dachary, Pablo; Jiménez Bernado, Alfredo; García Gil, Francisco Agustín; Tejero Cebrian, Eloy

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La pancreatitis autoinmune (PAI) es una enfermedad fibroinflamatoria benigna del páncreas, se manifiesta frecuentemente como ictericia obstructiva asociada a masa pancreática o lesión obstructiva de la vía biliar y presenta una respuesta excelente a corticoides. La pancreatitis autoinmune (PAI) tipo 1 forma parte de las manifestaciones de la enfermedad sistémica esclerosante asociada a IgG4. Se ha referido a ella con diversa etimología: pancreatitis inflamatoria, pancreatitis esclerosante, pancreatitis linfoplasmocitaria, pancreatitis ductal crónica destructiva no alcohólica y, finalmente, pancreatitis autoinmune por Yoshida en 1952. Se estima una prevalencia aproximada del 2% de los pacientes con pancreatitis crónica alcanzando un 5-10% de las pancreatitis crónicas en pacientes asiáticos. Su frecuente presentación clínica y radiológica en forma de masa pancreática e ictericia similar al cáncer de páncreas y la falta de elementos diagnósticos específicos son causa de un elevado porcentaje de resecciones quirúrgicas pancreáticas por una enfermedad benigna que responde a tratamiento médico corticoideo.

Objetivos: Presentar la revisión de dos casos de pancreatitis autoinmune con diagnóstico histológico posquirúrgico, describir sus características y discutir el tratamiento efectuado. Detallar los acuerdos actuales para el diagnóstico, clasificación y tratamiento de la PAI, destacando las estrategias para mejorar el diagnóstico diferencial con el cáncer de páncreas y evitar así resecciones pancreáticas innecesarias con el incremento de morbilidad que este tipo de tratamiento supone.

Métodos: Revisión retrospectiva de dos casos tratados mediante duodenopancreatectomía cefálica en ausencia de diagnóstico previo de enfermedad benigna autoinmunitaria.

Resultados: Se presentan dos pacientes estudiados por síndrome constitucional e ictericia con pruebas de imagen sugestivas de neoplasia de cabeza de páncreas. En un caso diagnosticado mediante TAC con tumoración de 35 mm isodensa originando estenosis coledocociana y dilatación de vía biliar principal. El otro mediante una TAC que presentaba dilatación retrógrada desde ampolla de Vater (vía biliar, árbol biliar intra y extrahepática, vesícula) y ampliado estudio con ecoendoscopia que mostraba una lesión hipoecogénica de 23 mm de la que se tomaron biopsias que resultaron no concluyentes. Se realizó en ambas duodenopancreatectomía cefálica por vía abierta. El postoperatorio de ambos pacientes evolucionó favorablemente, con una estancia postoperatoria de 15 y 19 días respectivamente. La histopatología confirmó los hallazgos característicos: fibrosis, infiltrado linfoplasmocitario rico en células IgG4 y flebitis, siendo el diagnóstico de certeza de pancreatitis autoinmune tipo 1.

Conclusiones: La duodenopancreatectomía cefálica es una cirugía que implica una importante morbimortalidad. La Asociación Internacional de Pancreatología elaboró en 2010 el Consenso Internacional sobre Criterios Diagnósticos (CICD) de la PAI. Este documento unifica los criterios diagnósticos definidos hasta entonces. Estos criterios permiten el diagnóstico definitivo de pancreatitis tipo 1 sin necesidad de incluir la histología, por lo que se deben incluir en el diagnóstico diferencial de las pancreatitis y masas pancreáticas. Sin embargo existen todavía algunos casos en los que no se consigue un diagnóstico definitivo preoperatorio.