



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-241 - PANCREATITIS DEL SURCO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON CARCINOMA DUODENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

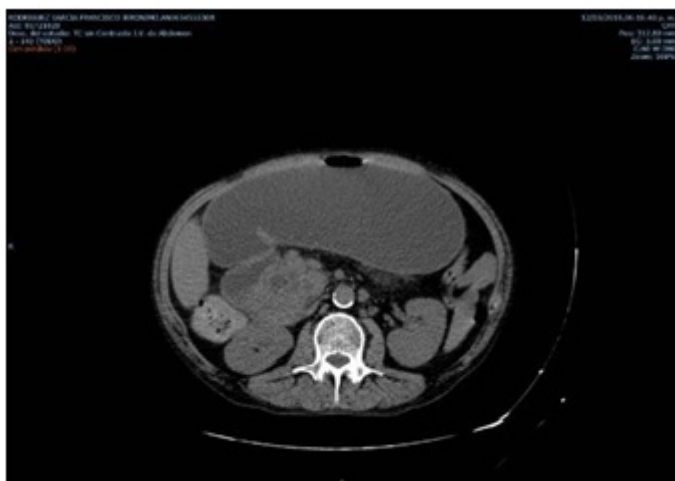
Ortega Ruiz, Sofía; Vargas Fernández, Miguel; Espínola Cortés, Natalia

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: La pancreatitis del surco es una forma de pancreatitis crónica que causa una cicatriz laminar en el área del surco pancreatoduodenal. Se describió por primera vez en 1973 por Becker y Bauchspeichel. Su diagnóstico diferencial con otras enfermedades, como el cáncer de páncreas, es difícil. A continuación presentamos un caso clínico.

Caso clínico: Paciente de 57 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y EPOC que ingresa por dificultad para la tolerancia oral por vómitos y pérdida de 10kg de peso en los últimos 5 meses. Al ingreso se realiza TC abdominal que evidencia la presencia de una tumoración en segunda porción duodenal en contacto con el páncreas y adenopatías regionales. Se realiza también una endoscopia digestiva alta que objetiva una masa mamelonada en duodeno que ocupa el 100% de la luz, de la cual se toman biopsias siendo éstas negativas para malignidad. Durante el ingreso el paciente no tolera vía oral por lo que se coloca una vía venosa central para nutrición parenteral. Posteriormente comienza con un deterioro progresivo de su estado general y una anemia progresiva que requiere transfusión urgente. Ante dicha situación se decide intervenir quirúrgicamente, realizándose una duodenopancreatectomía cefálica. Intraoperatoriamente se evidencia dicha masa a nivel de duodeno sin otros hallazgos. El postoperatorio cursa de forma satisfactoria, con una fístula pancreática que se resuelve. La anatomía patológica definitiva indica como diagnóstico una pancreatitis del surco.



Discusión: El área del surco puede ser asiento de varios trastornos patológicos benignos o malignos según afecte al páncreas, duodeno, ganglios linfáticos o colédoco. La pancreatitis del surco es más frecuente en varones en torno a los 40-50 años. La clínica más frecuente es dolor en hemiabdomen superior acompañado de vómitos posprandiales, causados por la estenosis duodenal, e ictericia obstructiva por la compresión del colédoco. Aunque también cursa de manera asintomática en algunos casos. Hoy en día aún no está clara su patogenia, parece ser que pueden intervenir varios factores como las úlceras pépticas, resecciones gástricas, quistes verdaderos de la pared duodenal o heterotopia pancreática en el duodeno. En cuanto a su diagnóstico, en el estudio esofagogastroduodenal puede identificarse una estenosis duodenal, como es nuestro caso. Al igual ocurre en el TC, donde puede observarse una masa de morfología laminar entre la cabeza pancreática y la 2ª porción duodenal, con un engrosamiento de la pared que condiciona una estenosis de la luz. Así con estos hallazgos tendríamos que realizar el diagnóstico diferencial entre pancreatitis del surco en su forma pura con el carcinoma duodenal o un colangiocarcinoma. Por otro lado, la pancreatitis del surco en su forma segmentaria requiere un diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de páncreas. Para realizar un diagnóstico definitivo son fundamentales la RM de páncreas y colangiorresonancia, así como el estudio anatomopatológico mediante biopsias. En cuanto a su tratamiento, hoy en día continúa siendo controvertido. En la mayoría de los casos se realiza un tratamiento conservador reservando la cirugía para que aquellos casos donde el dolor sea incapacitante o bien existan dudas diagnósticas con carcinomas.