

## Páncreas anular: malformación que puede pasar desapercibida



### Annular pancreas: A potentially overlooked congenital pancreatic anomaly

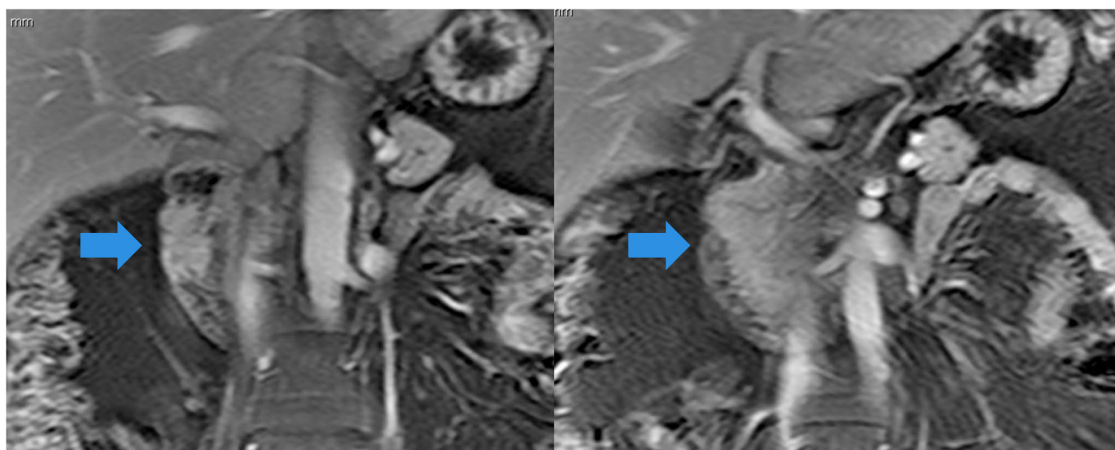
*Sr. Director:*

El caso que presentamos es el de una mujer de 64 años sin antecedentes médicos, que ingresa en nuestro hospital por dolor abdominal en hipocondrio derecho y vómitos de repetición de una semana de evolución, sin pérdida de peso o de apetito. La exploración física y los valores del hemograma no aportaron datos de interés, en la bioquímica presentaba los siguientes valores: amilasa 43 U/l, aspartato aminotransferasa (GOT) 15 U/l, alanina aminotransferasa (GPT) 15 U/l, gamma glutamiltransferasa (GGT) 39 U/l y fosfatasa alcalina 63 U/l. Se realizó una gastroscopia y una ecografía abdominal que se consideraron normales y después un TC abdominal que tampoco demostró hallazgos relevantes.

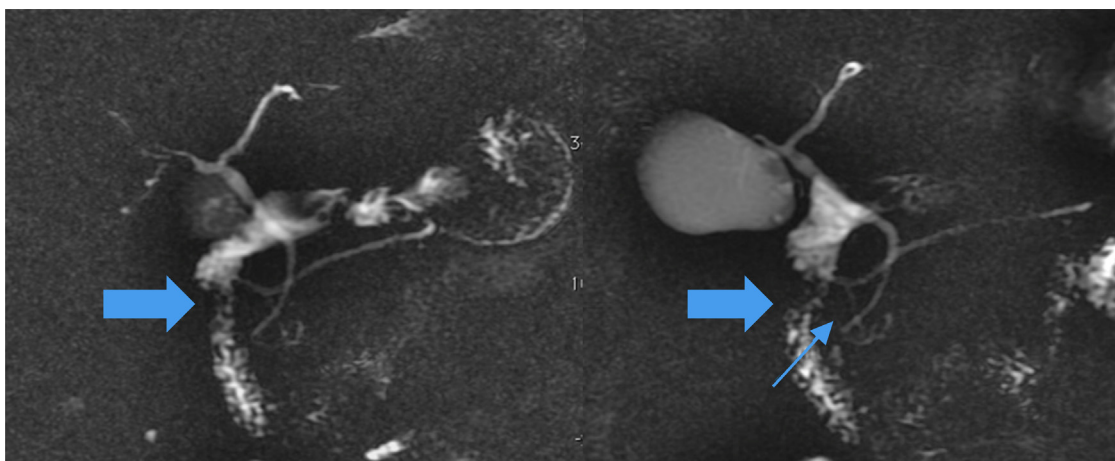
La clínica mostró leve mejoría con tratamiento sintomático. Sin embargo, los síntomas recidivaron caracterizados

fundamentalmente por dolor abdominal difuso con aumento progresivo de su intensidad, por lo cual se decidió realizar una colangiopancreatografía magnética (CPRM) (figs. 1 y 2). Ante los resultados de esta exploración se revisó el TC comprobando que los hallazgos también eran visibles con esta técnica. Se realizó, por último, una ecoendoscopia pancreática con ecoendoscopio Olympus radial asociado a un ecógrafo Hitachi Aloka (modelo IPC-1530 ProSound Alpha 5SV®), identificando el páncreas rodeando al duodeno, la llegada del colédoco a la papila mayor y el conducto pancreático dorsal alcanzando la pared del duodeno independientemente.

El páncreas anular (PA) se produce por una migración anómala del páncreas ventral durante la embriogénesis, de forma que este engloba la porción descendente del duodeno<sup>1</sup>. El PA es incompleto en el 37-75% de los casos<sup>1,2</sup>. En una serie de autopsias de 1950 se describe una frecuencia de 5 a 15 por cada 100.000 personas<sup>3</sup>. Se diagnostica con más frecuencia en series de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y por uso más frecuente de la CPRM<sup>2</sup>. Con ecoendoscopia se describe una frecuencia de 0,05%<sup>4</sup>. El PA se manifiesta en la infancia, sobre todo con clínica digestiva obstructiva y en la edad adulta como pancreatitis, pero la clínica puede ser poco específica. No hay



**Figura 1** Imágenes coronales potenciadas T1 con saturación grasa y contraste (gadolinio) en las que se pone en evidencia el tejido pancreático a ambos lados de la luz duodenal.



**Figura 2** Colangiografía en la que se aprecia la impronta que produce el páncreas en la pared lateral del duodeno (flecha gruesa), un conducto de Santorini persistente y un bucle en la porción ventral, se visualiza con dificultad el conducto anular (flecha fina).

series numerosas de pacientes. El tratamiento con más frecuencia descrito en caso de obstrucción duodenal es la gastroyeyunostomía<sup>2</sup>. La paciente que presentamos ha recibido tratamiento con analgésicos y omeprazol. También ha sido valorada por el servicio de cirugía y aunque no se descarta la necesidad de intervención quirúrgica en un futuro, tras un año desde el diagnóstico no se considera que la paciente requiera una cirugía de tipo derivativo.

## Bibliografía

1. Tadokoro H, Takase M, Nobukawa B. Development and congenital anomalies of the pancreas. *Anat Res Int*. 2011;35:1217, 2011.
2. Sandrasegaran K, Patel A, Fogel EL, Zyromski NJ, Pitt HA. Annular pancreas in adults. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;193:455–60.
3. Ravitch MM, Woods Jr AC. Annular pancreas. *Ann Surg*. 1950;132:1116–27.

4. Papachristou GI, Topazian MD, Gleeson FC, Levy MJ. EUS features of annular pancreas (with video). *Gastrointest Endosc*. 2007;65:340–4.

Edel Berroa<sup>a,\*</sup>, Noelia Alcaide<sup>a</sup>, Margarita Rodríguez<sup>b</sup>, Benito Velayos<sup>a</sup> y Luis Fernández-Salazar<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dra.edelberroa@hotmail.com](mailto:dra.edelberroa@hotmail.com) (E. Berroa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.02.005>

## Hepatitis alcohólica grave, ¿es siempre una contraindicación al trasplante hepático?



### Severe alcoholic hepatitis: Is it always a contraindication to liver transplantation?

Sr. Director:

La hepatitis aguda alcohólica (HA) es considerada como una contraindicación al trasplante hepático (TH) por requerirse en la mayoría de centros un período de abstinencia etílica de al menos 6 meses<sup>1</sup>. Sin embargo en los últimos años han aparecido publicaciones que muestran resultados favorables del TH en cuanto a supervivencia y recaída en el hábito etílico en pacientes seleccionados. En el estudio franco-belga, Mathurin et al. exponen que los TH realizados a los pacientes con HA grave sin respuesta a tratamiento médico suponen menos del 2% del total de pacientes con HA grave y menos del 3% del total de trasplantes realizados lo que viene a diluir el problema «ético-moral» del TH en estos pacientes<sup>1</sup>. En un editorial publicado en 2012 en *Gastroenterología y Hepatología*, Altamirano et al. ponen de manifiesto la literatura disponible hasta el momento sobre las excelentes tasas de supervivencia (70-80% a los 24 meses) y escasa recaída en el hábito etílico de los pacientes trasplantados en este contexto<sup>2</sup>.

Es cierto que la demanda de donaciones es cada vez mayor a pesar de que España es uno de los países del mundo con mayor tasa de donación de órganos<sup>3</sup>.

Asimismo el riesgo que supone que el paciente recidiva en el hábito etílico así como el riesgo de complicaciones postrasplante hacen que el trasplante en ellos sea muy controvertido pues hay pacientes con igual o mayor gravedad clínica y etiologías diferentes al alcohol.

Se trata por lo general de pacientes de mediana edad que tienen a priori muchos años de vida activa por delante y con potencial recuperabilidad para la vida laboral. Sin embargo muchos de estos pacientes tienen una historia de hepatopatía crónica que les hace más susceptibles a la toxicidad del

alcohol y al desarrollo de cuadros graves con escasas/nulas opciones de supervivencia sin TH. Además en muchos casos los pacientes tienen buen apoyo familiar que puede evitar la recaída alcohólica y favorecer la adhesión al tratamiento y el seguimiento postrasplante<sup>1</sup>.

Por otro lado hay cierto paralelismo con la hepatitis crónica C (HCC) que sigue siendo la causa más frecuente de TH en España cuando sabemos que la recurrencia en el injerto es la regla y que aún no disponemos de tratamientos antivirales ideales para estos pacientes<sup>4</sup>. Es cierto que la adquisición de la infección por el virus de la hepatitis C es involuntaria en la mayoría de los casos (a diferencia del consumo de alcohol) pero aun así hay un alto porcentaje de pacientes en los que esta ha sido debida al uso de drogas por vía parenteral o a relaciones sexuales sin protección<sup>5</sup>. Conviene recordar que el alcohol no deja de ser una droga adictiva, que el etilismo es una enfermedad en sí misma que habitualmente se escapa al control voluntario y que tiene una notable base genética<sup>6</sup>. Además existen conexiones entre ambas enfermedades pues los pacientes con HCC tienden a beber alcohol con mayor frecuencia que la población general y viceversa, los pacientes alcohólicos con hepatocarcinoma tienen mayoritariamente HCC. Es por ello por lo que en España hay entre 45.000-180.000 personas que reúnen ambas condiciones (HCC y etilismo de riesgo) y que pueden optar a tratamientos definitivos como el TH si llegan a un estado avanzado de la enfermedad. A grandes rasgos podríamos decir que el alcohol empeora el daño hepático por la HCC<sup>7</sup>.

Al hilo de estos argumentos se inició en enero de 2013 un ensayo clínico (NCT01768715) promovido por la Sociedad Española de Trasplante Hepático para evaluar la supervivencia postrasplante de los pacientes con HA grave sin respuesta a tratamiento médico en comparación con la de los pacientes con HA grave que no se consideran aptos para el TH. La fecha final de recogida de datos para el objetivo principal está prevista para diciembre de 2014.

Por todo ello los pacientes con HA deben ser evaluados en un centro con posibilidad de TH. Es de sobra conocido el mal pronóstico de los pacientes con HA grave sin respuesta al tratamiento médico así como la elevada tasa de