

# SÍNDROME DEL DUCTO PANCREÁTICO DESCONECTADO

**Centro Rossi**  
BUENOS AIRES

Dra. Caillava, Fernanda

Dra. Mendez Jotale, Estefanía

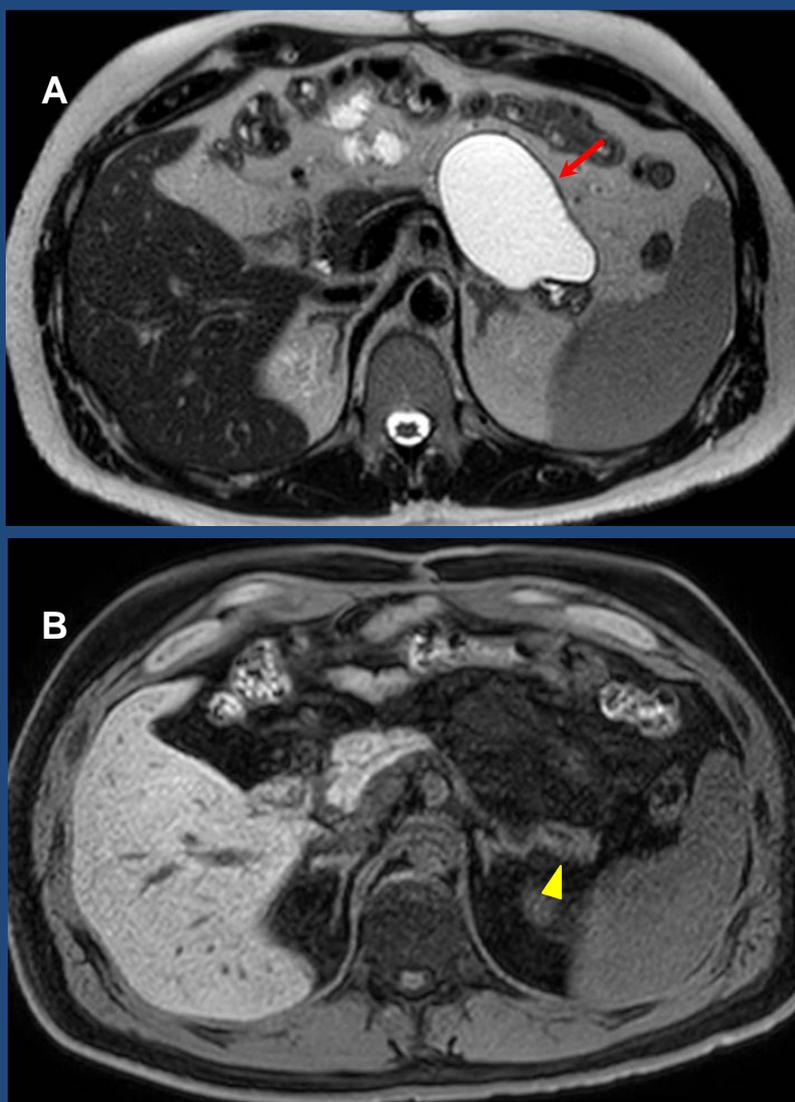
# INTRODUCCIÓN

En la pancreatitis aguda severa, el porcentaje de necrosis del parénquima es un importante factor pronóstico, sin embargo, poca atención es puesta en la necrosis de las células ductales, lo que puede llevar a la desconexión del ducto pancreático principal del resto del tubo digestivo. Es una situación anatómica importante de identificar, ya que hay poca bibliografía en la literatura al respecto y es clave para determinar la conducta terapéutica.

# CASO CLÍNICO

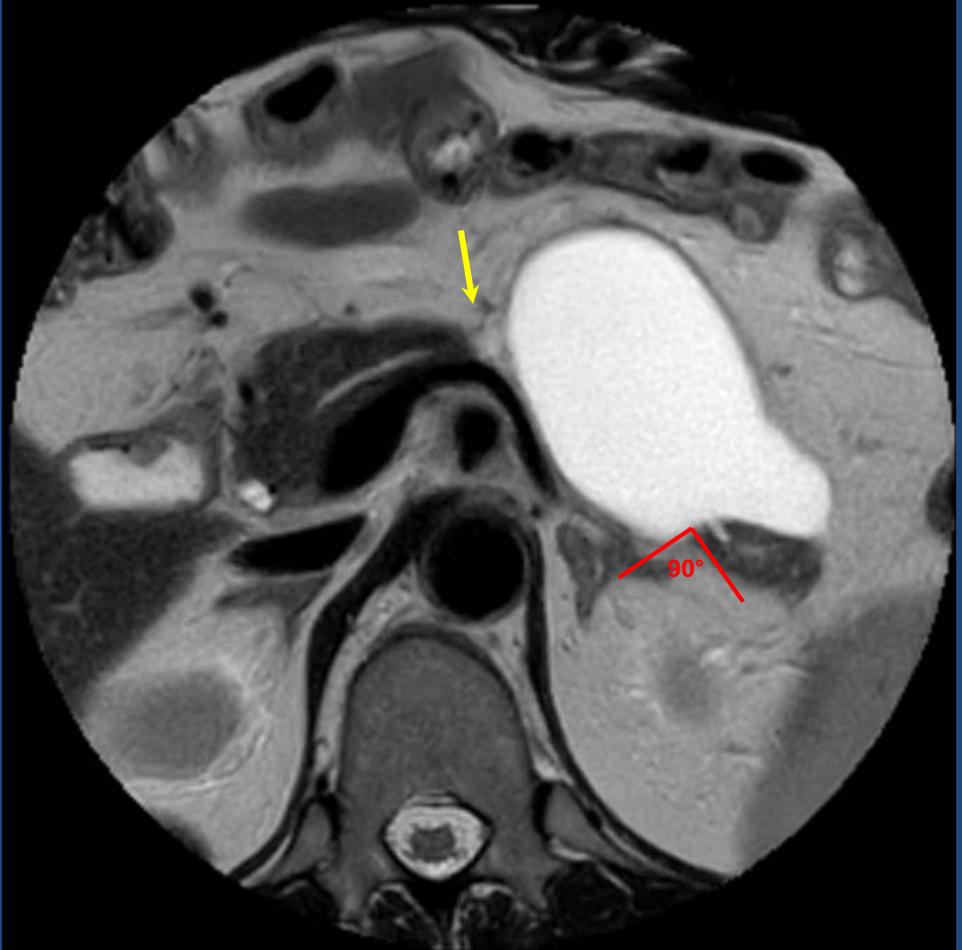
Hombre de 48 años de edad, con antecedentes de dos episodios de pancreatitis aguda en el año 2016. En el segundo episodio presentó cuadro de pancreatitis aguda severa, que requirió necrosectomía del cuerpo pancreático. Al año siguiente concurre a nuestra Institución para realizar una RM de abdomen y colangiopancreatografía con contraste, encontrándose asintomático.

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



**Fig. 1: RM de abdomen. A. Axial T2.** En topografía del cuerpo pancreático, se observa colección líquida de márgenes definidos y contenido homogéneo (*flecha roja*). **B. Axial T1 con supresión grasa.** Se visualiza menor señal de la cola del páncreas, en relación a cambios inflamatorios crónicos (*punta de flecha amarilla*).

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



**Fig. 2: RM de abdomen. Axial T2 de alta resolución.** Se observa comunicación entre la colección y el ducto pancreático principal distal, en un ángulo de 90°. También se identifica disrupción del conducto pancreático principal (*flecha amarilla*).

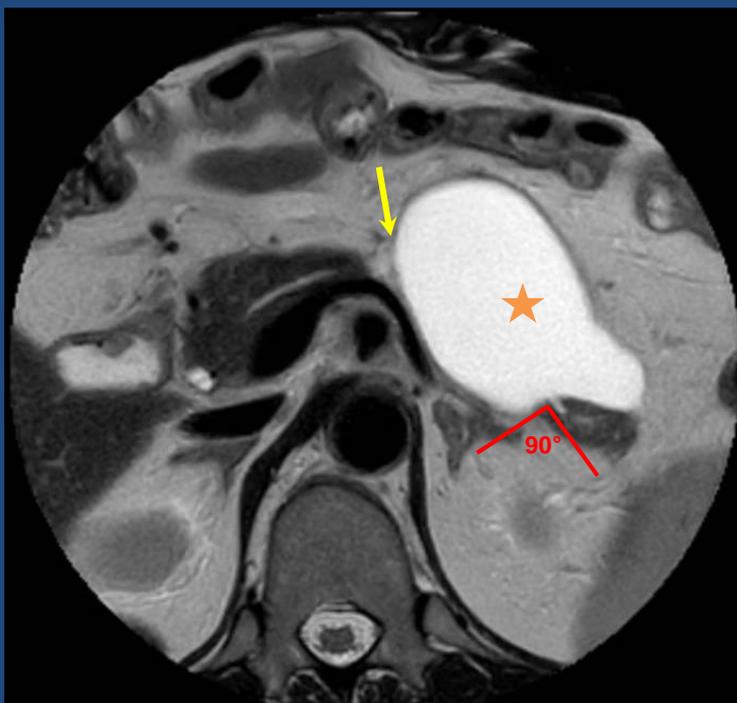
# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



**Fig.3: Colangiopancreatografía por RM. Reconstrucción coronal 3D. A.** Se identifica interrupción del ducto pancreático (*flecha amarilla*). Como hallazgo incidental, imagen quística polilobulada en proceso uncinado, comunicada al ducto pancreático, compatible con lesión intraductal papilar mucinosa del conducto lateral, IPMN (*flecha naranja*). **B.** Se observa comunicación de la colección con el ducto pancreático principal distal (*punta de flecha roja*).

# DIAGNÓSTICO

El paciente se realizó Colangio-RM con contraste. En la misma, en relación a la porción cefálica de la cola pancreática, se identificó una colección líquida de bordes netos y contenido homogéneo, que presentaba comunicación con el conducto pancreático proximal en un ángulo de  $90^\circ$ . Dado los antecedentes del paciente, se consideró como diagnóstico probable el de Síndrome del ducto pancreático desconectado (SDPD).



# DISCUSIÓN

El SDPD es una situación anatómica donde hay una falta de continuidad del conducto pancreático principal entre una porción del parénquima viable (cuerpo o cola) y el tracto gastrointestinal. La fisiopatología consiste en la injuria de las células epiteliales del ducto pancreático, ya sea por traumatismo o episodio de pancreatitis aguda severa, habitualmente a nivel de la porción central de la glándula. La porción de parénquima viable, localizada distalmente a la necrosis ductal, continúa secretando exócrinamente, pero aislada del tracto gastrointestinal. Esto puede derivar en dos situaciones finales, la formación de una fístula pancreática externa (FPE) o de una colección intraabdominal. Frecuentemente, el SDPD se da tras la necrosectomía quirúrgica por pancreatitis aguda o walled-off pancreatic necrosis (WOPN).

# DISCUSIÓN

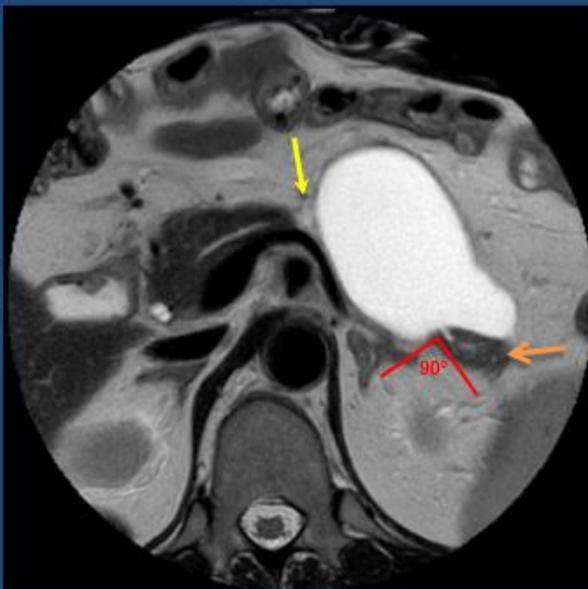
Un diagnóstico correcto de SDPD es esencial, ya que el tratamiento a efectuar es diferente del utilizado en otras colecciones intra o peripancreáticas post-pancreatitis, como por ejemplo los pseudoquistes, o las FPE post-necrosectomía, causadas por obstrucción ductal que pueden resolverse con una prótesis transpapilar colocada mediante CPRE, y de las llamadas interrupciones parciales del ducto, que no deben considerarse SDPD ya que no son verdaderas desconexiones ductales.

Los métodos empleados para el diagnóstico de SDPD son: tomografía computada (TC), resonancia magnética nuclear (RMN) y pancreatografía mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

# DISCUSIÓN

Se han sugerido unos criterios diagnósticos más concretos para detectarlo:

- En la TC y RMN: necrosis o colección en el cuello o cuerpo pancreático de al menos 2cm de páncreas y tejido viable pancreático distal desde la zona de necrosis, o un ducto pancreático entrando en la colección con un ángulo de  $90^\circ$ .
- En la CPRE: hay extravasación de material de contraste inyectado en el ducto pancreático en la pancreatografía obtenida por CPRE, ecoendoscopía o intraoperatoria o la sección/desconexión completa del ducto en el remanente distal.



# DISCUSIÓN

En cuanto al tratamiento, actualmente se ha dejado de considerar la conducta quirúrgica como única opción para tratar esta entidad. Ante una FPE, ya sea originada por drenaje de una necrosectomía o de un drenaje percutáneo previo, aún no existen guías para un óptimo tratamiento, aunque habitualmente se inicia por el tratamiento médico, se prosigue con las técnicas endoscópicas, complejas y no siempre factibles, y, si estas fracasan, se plantea la cirugía, la cual es técnicamente difícil.

# CONCLUSIÓN

En la pancreatitis aguda severa poca atención es puesta en la necrosis de las células ductales, lo que puede llevar a la desconexión del ducto pancreático principal del resto del tubo digestivo.

El síndrome del ducto pancreático desconectado es una situación anatómica importante de identificar, ya que existe poca bibliografía al respecto, siendo clave el rol del médico imagenólogo al momento de orientar la conducta terapéutica.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- I. Foster B, Jensen K et al. *Revised Atlanta Classification for Acute Pancreatitis: A Pictorial Essay*. Radiographics 2016; 36:675-687.
- II. Gámez del Castillo J, Garcés Albir M et al. *Síndrome del ducto pancreático desconectado: transección completa del páncreas secundaria a pancreatitis aguda*. Revista Española de Enfermedades Digestivas 1130-0108/2016/108/3/165-166.
- III. Larsen M, Kozarek R. *Management of pancreatic ductal leaks and fistulae*. Journal of Gastroenterology and Hepatology 29 (2014) 1361 - 1379.
- IV. Sandrasegaran K, Tann M et al. *Disconnection of the Pancreatic Duct: an important but over-looked complication of severe acute pancreatitis*. Radiographics 2007; 27: 1389 - 1400.
- V. Ramia J, Fabregat J et al. *Síndrome del ducto pancreático desconectado*. Revista de Cirugía Española 2014; 92 (1): 4-10.