

**PANCREATITIS DEL
SURCO, SU
APROXIMACIÓN
DIAGNÓSTICA ANTE LOS
HALLAZGOS EN LOS
DISTINTOS MÉTODOS DE
DIAGNÓSTICO POR
IMÁGENES**

**Servicio de Diagnóstico por
Imágenes, Hospital César
Milstein, Buenos Aires, Argentina.**

AUTORES:

Fontán Fernanda

Bronca Silvio

Castro Suarez Francisco

Zuk Carlos

Moreno Flavia Lorena

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 84 años de edad .

MOTIVO DE CONSULTA: episodios reiterados de **dolor abdominal agudo, pérdida de peso y deterioro del estado general**, desde aproximadamente los últimos seis meses .

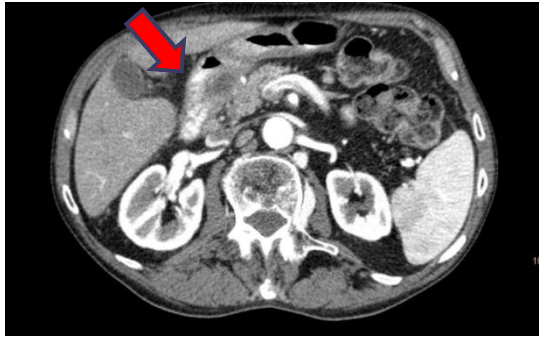
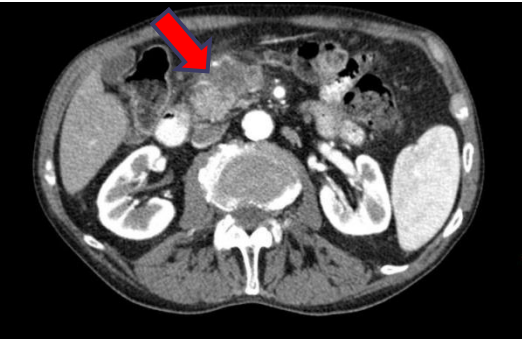
ANTECEDENTES: enolista de larga data.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

-TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso: **Lesión de aspecto quístico multiloculada en porción cefálica del Páncreas, que compromete la pared duodenal**, la cual se presenta con engrosamiento parietal y **ganglios de aspecto reactivo inflamatorio**.

TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso

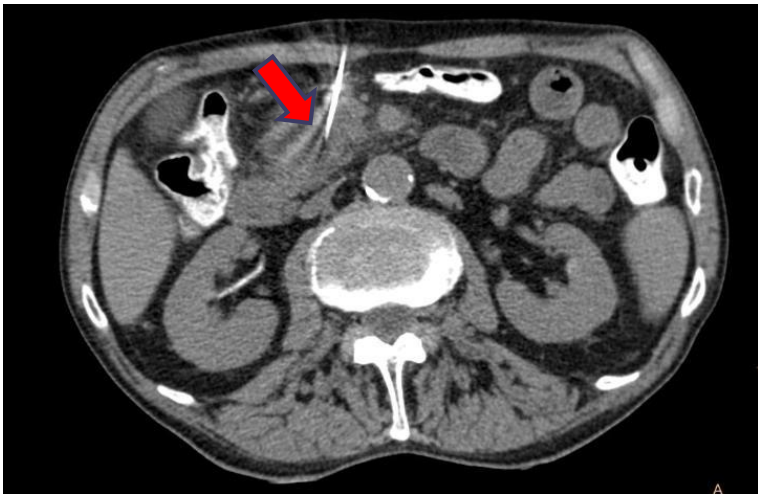
Fase Arterial



Páncreas alterado en su **porción cefálica** a expensas de **lesión** de aspecto **quístico multiloculada** . Compromiso de la **pared duodenal**, la cual presenta **engrosamiento parietal**.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Proceso inflamatorio del surco duodeno-pancreático con cambios vinculables a distrofia quística duodenal, no descartándose otras etiologías.

Se decidió punción **biopsia** de la lesión, la cual arrojó: material amorfo con destacado componente exudativo y fragmentos de tejido conectivo exclusivamente



DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

**PANCREATITIS DEL SURCO /
DISTROFIA QUÍSTICA DE LA PARED
DUODENAL.**

CONCLUSIONES

La pancreatitis del surco es un **subtipo infrecuente de Pancreatitis crónica**, afecta el surco pancreático duodenal.

De etiología incierta.

Se presenta mayormente en **pacientes masculinos de mediana edad**, con antecedentes de **enolismo**. De muy baja incidencia por lo que se supone un infradiagnóstico de esta entidad. Dentro de sus **diagnósticos diferenciales** se encuentra en primera instancia el **cáncer de páncreas**.

Se clasifica en **pura**: afecta el surco y **segmentaria**: además involucra la porción cefálica pancreática.

Puede presentarse de forma asintomática, aunque se caracteriza por **dolor en hemiabdomen superior, vómitos postprandiales, descenso de peso, e ictericia consecuente a la compresión sobre el colédoco**.

No presenta patogenia clara, lo que si coincide en casi toda la literatura es que **el alcohol es un factor predisponente y desencadenante fundamental**.

CONCLUSIONES

Su diagnóstico es dificultoso y se basa en **considerar la patología**, los métodos de diagnóstico por imágenes y la biopsia.

ECOGRAFIA ABODMINAL:

dependerá de su estadio evolutivo.

Inicio: Inflamación, **banda hipoecoica fina entre la cabeza pancreática y el duodeno.**

Cuadro avanzado: fibrosis, se observa un **engrosamiento hiperecogénico de la pared duodenal**. Un hallazgo patognomónico de esta etapa es una parte de la **cabeza pancreática hiperecoica con estructuras ductales anecoicas.**

CONCLUSIONES

TC de abdomen y pelvis con Cte EV: atenuación de partes blandas en el surco pancreaticoduodenal, que puede tener o no realce tardío y lesiones pequeñas quísticas en la pared duodenal medial.

RM abdominal con gadolinio: masa fina, hipointensa en T1, hipo-iso, ligeramente hiperintensa en T2 entre la cabeza del páncreas y la curva en C de la segunda porción duodenal, dependiendo el estadio evolutivo de la enfermedad. Realce heterogéneo tardío y progresivo, tras la administración de contraste.

CONCLUSIONES

El **diagnostico definitivo** será mediante **biopsia de la lesión**, en correlación con los antecedentes y clínica del paciente, así como las imágenes obtenidas.

Se pone de manifiesto, entonces, la **necesidad de conocer y tener presente esta entidad**, para poder **hacer diagnostico diferencial** en pacientes con síntomas similares pero no determinantes de un **adenocarcinoma de páncreas**, así como también poder distinguir los distintos **hallazgos en las diferentes técnicas de diagnóstico por imágenes**, para lograr una **aproximación del diagnóstico**, sin dejar de lado que el definitivo será el estudio anatomopatológico mediante biopsia. **Esto evitara tratamientos más cruentos, invasivos y de peor pronóstico.**

BIBLIOGRAFIA

- 1- Anna Pallisera Lloveras, José Manuel Ramia Ángel, Carles Vicens Arbona y Andrés Cifuentes Rodenas. “Pancreatitis del surco (groove pancreatitis)”. Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca.
- 2- Carbonell Casañ, Y. Fernandez Nuñez, R. Revert Espí, D. P. Gomez Valencia, E. de la Vía Oraá, F. Delgado Cordon . “Pancreatitis del surco, una entidad desafiante” Congress: SERAM 2014 Poster No.:S-0667 ; Valencia.
- 3- Clara Badía Bartolomé , Francisco Javier Díaz Formoso, Rosario Rodríguez Falcón, J. Joaquín Marchena Gómez “Pancreatitis del surco y su diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de páncreas- Groove pancreatitis and its differential diagnosis with pancreatic adenocarcinoma”. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.
- 4- M. I. Tercero Azorín, M. R. Pastor Juan, E. Lozano Setién, J. Peinado Rodenas, J. F. Gómez Jiménez, E. Jiménez Cerdán; Albacete. “Hallazgos radiológicos de la pancreatitis del surco” Congreso: SERAM 2014.
- 5- Antonio Palomeque Jiménez , Beatriz Pérez Cabrera, Francisco Navarro Freire, José Antonio Jiménez Ríos. “Pancreatitis del surco en el diagnóstico diferencial del adenocarcinoma de páncreas. Groove pancreatitis in the differential diagnosis of pancreatic adenocarcinoma”. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.