

Quiz. Caso interesante

Dr. Jaime Samaniego Duque,* Dr. Jorge Vázquez L,** Dra. Aloha Meave G,** Dra. Ingrid Vivas B,**
Dr. Roberto Corona C,** Dr. Manuel Martínez López***

Resumen clínico

Se trata de paciente femenino de 16 años de edad, que inicia padecimiento hace 2 días con dolor de intensidad leve, localizado en epigastrio, incrementándose

el dolor en las siguientes 24 horas en forma de barra sin irradiación. Se acompaña de náusea intensa y vómito de contenido alimenticio en una ocasión. Como antecedente de importancia, la paciente presentó cuadro de pancreatitis aguda hace 2 años.



Figura 1a.

Figura 1 . Resonancia magnética de abdomen. a, b, c plano axial en secuencia T2.



Figura 1b.



Figura 1c.

* Residente de Radiología.
** Residente de Resonancia Magnética.
*** Unidad de Resonancia Magnética.
Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

Diagnóstico

Pancreatitis aguda en un páncreas divisum.

Hallazgos de imagen

Resonancia magnética de abdomen, que se muestra en la figura 1a. en un plano axial en secuencia T2, discreto incremento en el grosor y tamaño de la glándula pancreática en todos sus segmentos, con tenues áreas de hiperintensidad de la señal, nótese la presencia de dos conductos independientes hacia la región del cuello y cabeza. En las siguientes dos imágenes también en plano axial y secuencia T2, se continúa apreciando el trayecto de los conductos anteriormente mencionados y su drenaje a la papila de Vater. Se identifica líquido libre en el peritoneo, en el espacio pararenal anterior en ambos lados.

La imagen por resonancia magnética muestra con mayor claridad las lesiones del parénquima pancreático y sus conductos, debido a su alta sensibilidad para detectar incluso pequeñas variaciones en la consistencia de los diferentes componentes de la glándula.

Discusión

El páncreas divisum es la anomalía congénita más frecuente en la configuración de los conductos pancreáticos y se aprecia en un 5% al 14% de la población. Esta entidad resulta como falla de la fusión nor-

mal de los conductos pancreáticos dorsal y ventral, conllevando a un mayor drenaje pancreático a través del conducto de Santorini y la papila duodenal menor o accesoria, que incluye a la cola, cuerpo y mayor parte de la cabeza pancreática. La papila duodenal mayor usualmente se comunica con un pequeño conducto de Wirsung, el cual drena al páncreas ventral, que consiste en la porción inferior de la cabeza y el proceso uncinado. Esta anomalía se ha podido reconocer aproximadamente en un 10% de los pacientes a los cuales se les practica pancreatografía endoscópica retrógrada en quienes se presume enfermedad pancreática.

Se estima que esta anomalía está asociada con cuadros de pancreatitis idiopática recurrente cuando se asocia a un incremento en la presión intraductal debido al impedimento del flujo de la secreción pancreática, a nivel de la papila menor o accesoria.

El tratamiento de elección de pancreatitis recurrente asociada a un páncreas divisum consiste en la inserción endoscópica de una endoprótesis. De no existir recurrencia de los episodios, está indicada la realización de una esfinterotomía. Este procedimiento a nivel de la papila menor mejora el drenaje y por consiguiente la sintomatología del paciente. Otro procedimiento terapéutico con resultados favorables es la esfinteroplastia transduodenal. En el caso de haber un páncreas divisum asociado con lesión extensa del parénquima pancreático o asociado a múltiples estenosis ductales es de preferencia la realización de resección pancreática o drenaje a través de una pancreático-yejunostomía.

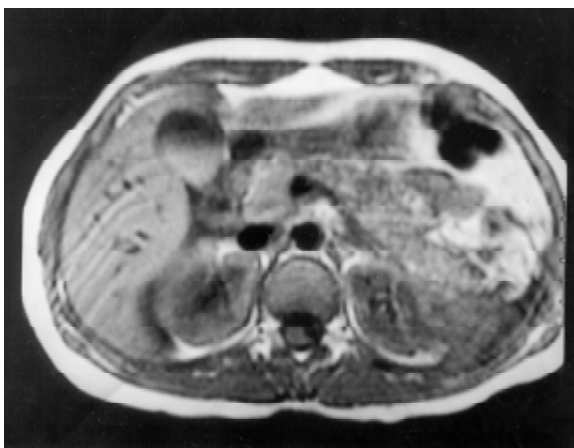


Figura 2a.



Figura 2b.

Figura 2. a) R.M. en secuencia T1, b) TAC, sólo se identifican los cambios de pancreatitis. No se logran visualizar los conductos.

En muchos estudios se ha observado la presencia del santorinicele, que puede ser de causa adquirida o congénita, y cuya presencia se traduce en una relativa obstrucción y debilidad de la pared ductal en su porción distal. Esta entidad se ha sugerido como posible causa de estenosis relativa a nivel de la papila accesorio, la cual en asociación con un trastorno en la fusión de los conductos pancreáticos resulta en un incremento en la presión intraductal responsable de los episodios recurrentes de pancreatitis aguda.

Los estudios diagnósticos más utilizados y con mayor precisión para la confirmación de esta entidad son la pancreatografía endoscópica retrógrada y la colangiopancreatografía por resonancia magnética. Debido a las cualidades de esta última, pudiera reemplazar en el futuro a la pancreatografía endoscópica retrógrada por ser una técnica de imagen no invasiva.

Conclusión

Podemos determinar que un gran número de pacientes con páncreas divisum, tiene una alta prevalencia de pancreatitis aguda y usualmente se encuen-

tra limitada a una distribución dorsal. La colangiopancreatografía por resonancia magnética es el estudio diagnóstico no invasivo con mayor precisión para la identificación de esta entidad.

Referencias

1. Manfredi R et al. Pancreas Divisum and «Santorinicele» Diagnosis with Dynamic MR Cholangiopancreatography with Secretion Stimulation. *Radiology* 2000; 217: 403-408.
2. Welin SL. Section 5-Exocrine Pancreas, Chapter 347-Embryology, Anatomy, and Physiology. Behrman: Nelson Textbook of Pediatrics, Sixteenth Edition, 2000 Saunders Company 1188-1189.
3. Crawford JM, Cotran RS. The Pancreas. Robbins Pathologic Basis of Disease, Sixth Edition. Saunders Company 1999: 902-911.
4. Morgan DE et al. Pancreas divisum: implications for diagnostic and therapeutic pancreatography. *American Journal of Roentgenology* 1999; 173: 193-198.
5. Feldman: Congenital Anomalies. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, Sixth Edition. Saunders Company 1998: 768-769.
6. Sabiston. Embryology. Textbook of Surgery, 15th ed, Saunders Company 1997: 1152-1153.
7. Bret PM et al. Pancreas divisum: evaluation with MR cholangiopancreatography. *Radiology* 1996; 199: 99-103.