



## Páncreas divisum: caso ilustrativo por estudio de imagen

**Octavio Valencia Huerta,\* Javier Alberto Valenzuela Duarte,\* Alejandro Eduardo Vega Gutiérrez,\* Luis Campos Hernández,\* Julián Antonio Sánchez Cortázar,† Horacio Olguín Juárez,§ María de Guadalupe Gómez Pérez<sup>II</sup>**

Se presenta un caso en donde se identifica *páncreas divisum*.

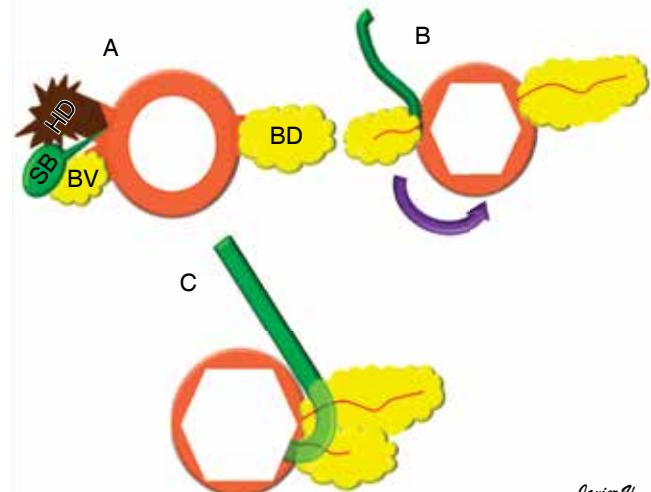
Paciente femenina de 50 años de edad con antecedente de colecistectomía laparoscópica en 2009 por dolor abdominal, la cual se complicó con pancreatitis. A su egreso persistió con dolor en el hipocondrio derecho de las mismas características al que tenía antes de ser operada y se agregó diabetes postpancreatitis.

El dolor se hizo crónico, y el 9 de diciembre de 2013 se intensificó, por lo que ingresó a urgencias. Se solicitó tomografía computada (TC), que mostró la vía biliar extrahepática sin defectos de llenado en su interior, con disminución en su calibre en la porción terminal; el páncreas se observa de características normales, lo cual no es concluyente, por lo que se solicita colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM).

La CPRM muestra el colédoco aumentado de calibre e identifica imagen de doble conducto pancreático, uno de menor longitud que desemboca de manera conjunta con el colédoco y otro de mayor tamaño, el conducto de Santorini, que desemboca a nivel de la papila menor.

### PÁNCREAS DIVISUM

Anomalía común del desarrollo; se produce en 4-10% de la población general. La variante congénita resulta por falta de unión del conducto de Wirsung con el conducto de



Javier V.

**Figura 1.** Diagrama de la formación del *páncreas divisum*. **(A)** Durante la quinta semana, el brote ventral (BV) y el brote dorsal (BD) surgen del intestino anterior. El brote ventral y el sistema biliar (SB) surgen del divertículo del hígado (HD) en formación. **(B)** En la sexta semana, el brote pancreático o ventral desarrolla acinos, ductos y rota alrededor del duodeno. **(C)** Despues de la rotación, el brote ventral y los conductos no logran fusionarse, el ducto dorsal drena en la papila menor y el ducto ventral en la papila mayor.

\* Residente de Postgrado en Resonancia Magnética, Hospital Ángeles Pedregal.

† Médico Radiólogo, Profesor Adjunto de Resonancia Magnética, Hospital Ángeles Pedregal.

§ Médico Cirujano del Hospital Ángeles Pedregal.

II Profesor Titular de los Cursos de Alta Especialidad en Resonancia Magnética en Sistema Músculo-esquelético y de Cuerpo Completo, Hospital Ángeles Pedregal.

Abreviaturas:

TC: Tomografía computada.

CPRM: Colangiopancreatografía por resonancia magnética.

Correspondencia:

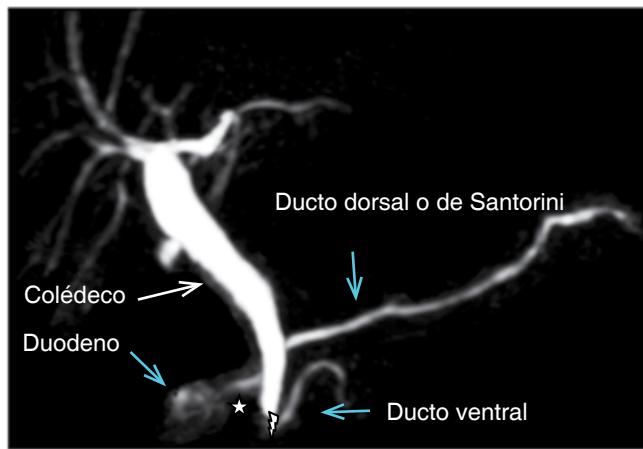
Octavio Valencia Huerta  
Hospital Ángeles Pedregal, Camino a Santa Teresa núm. 1055,  
Col. Héroes de Padierna, 10700, México, Distrito Federal.  
Correo electrónico: tavoh@hotmail.com

Aceptado: 20-02-2014.

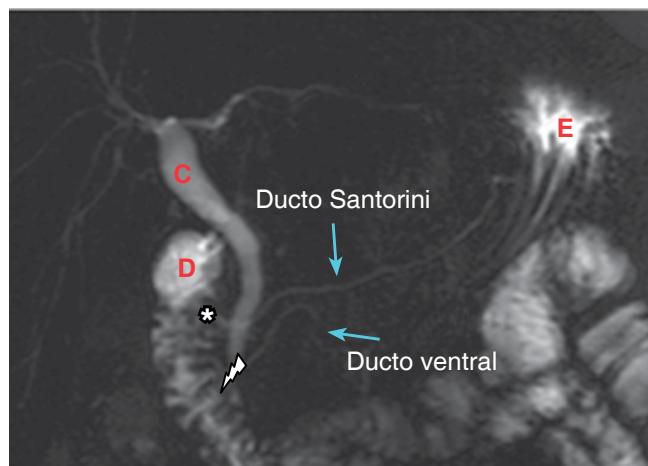
Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actamedica>



**Figura 2.** Tomografía computada con medio de contraste en plano axial; muestra cabeza del páncreas (P), hígado y duodeno (D), el cual se encuentra parcialmente distendido por la presencia de líquido. Sin datos anormales al momento del estudio.



**Figura 3.** CPRM muestra *páncreas divisum*. Ducto ventral drenando en la papila mayor del duodeno (rayo) junto con el coléodo y el ducto dorsal o de Santorini drena independientemente en la papila menor (estrella).



**Figura 4.** CPRM muestra *páncreas divisum*, en donde el ducto dorsal o de Santorini drena independientemente a la papila menor (asterisco) y el ducto ventral conjuntamente con el coléodo (C) drenan a la papila mayor (rayo). Estómago (E), duodeno (D).

Santorini; por tanto, la vía de drenaje principal es desde el conducto de Santorini a la papila menor en lugar de la ampolla de Váter.<sup>1</sup>

Hay tres tipos: uno, clásico, fracaso completo de fusión de los conductos de Santorini y Wirsung; dos, el drenaje dorsal es dominante, con ausencia del conducto de Wirsung; tres, existe una pequeña comunicación entre los conductos de Santorini y Wirsung.<sup>2</sup>

La importancia de la CPRM radica en que permite la visualización multiplanar no invasiva de la vía biliar y el conducto pancreático sin inyección de material de contraste.<sup>3</sup>

## REFERENCIAS

1. Sosa Lozano LA. Magnetic resonance cholangiopancreatography: what the gastroenterologist needs to know. *Endoscopia*. 2012; 24 (4): 166-176.
2. Wang BD, Yu J, Fulcher A, Turner M. Pancreatitis in patients with *pancreas divisum*: imaging features at MRI and MRCP. *World J Gastroenterology*. 2013; 19 (30): 4907-4916.
3. Borghesi P, Sokhadon F, Shirkhoda A, Desiree EM. Anomalies, anatomic variants, and sources of diagnostic pitfalls in pancreatic imaging. *Radiology*. 2013; 266: (1) 28-36.