

Páncreas divisum y pancreatitis: presentación de un caso

Pancreas divisum and pancreatitis: presentation of one case

Dra. Diana Gabriela Maldonado-Pintado, Dr. Juan José Pablo Cortés-Romano, Dr. Miguel Ricardo Barinagarrementería-Aldatz, Dra. María Angélica Maldonado-Vázquez, Dr. Manuel González-Guevara, Dr. Víctor Manuel Oviedo-Molina, Dr. Jorge Rodolfo Betancourt-García

Resumen

Objetivo: Mostrar, mediante un caso clínico, la relación entre páncreas divisum (PD) y pancreatitis recurrente.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño: Presentación de caso clínico.

Caso clínico: Paciente del género masculino de 31 años con dos cuadros repetitivos de pancreatitis aguda y ultrasonidos (US) normales, con dolor abdominal inespecífico y sin datos de importancia en la exploración física. Sus exámenes de laboratorio revelaron amilasa y lipasa elevada y la tomografía axial computada (TAC) de abdomen reveló una imagen sugestiva de pancreatitis crónica. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) visualizando ámpulas mayor y menor abombada, demostrando drenaje por separado y se realizó esfinterotomía de ambas papilas. Su evolución fue favorable.

Conclusión: Esta anomalía congénita del páncreas, cuando se relaciona con pancreatitis, puede ser diagnosticada y tratada por vía endoscópica, con muy buenos resultados.

Abstract

Objective: To show, through a case report, the relation between pancreas divisum (PD) and recurrent pancreatitis.

Setting: Third level health care hospital.

Design: Case Report.

Case report: Male patient, 31-years-old, with recurring clinical symptoms of acute pancreatitis and normal ultrasounds, with unspecific abdominal pain, and without relevant data on physical examination. Laboratory test revealed elevated amylase and lipase, and the abdominal CAT scan revealed a chronic pancreatitis suggestive image. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) was performed, which allowed visualizing enlargement of the minor and major papilla, with separate drainage; sphincterotomy was performed in both papillae. The patient evolved favorably.

Conclusion: This congenital anomaly of the pancreas, when related with pancreatitis, can be diagnosed and treated through endoscopy with very good results.

Palabras clave: Páncreas, divisum, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Cir Gen 2009;31:125-128

Key words: Pancreas, divisum, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Cir Gen 2009;31:125-128

www.medigraphic.com

Hospital Ángeles Del Pedregal.

Recibido para publicación 8 Noviembre 2007

Aceptado para publicación 30 Abril 2008

Correspondencia: Dra. Maldonado-Pintado Diana Gabriela Teléfono: 044-55-39-26-39-69; 55-68-78-34; 56-52-79-30.

Camino a Santa Teresa 1055, Col. Héroes de Padierna. 10700, México, D.F.

E-mail: dgabymp@yahoo.com.mx

Introducción

La fusión anómala del divertículo dorsal y la yema ventral (divertículos del intestino anterior primitivo) da origen al páncreas divisum (PD).¹ Este PD es la malformación congénita más frecuente del páncreas, se encuentra en 3 a 10% de la población general y en 10% de las autopsias. Los conductos pancreáticos pueden presentar cinco variantes anatómicas, siendo más frecuente la presencia de un conducto principal dominante (Wirsung) con ausencia total o casi total del conducto de Santorini en 52% de los casos. La forma más frecuente de PD presenta un conducto de Wirsung de menor tamaño que drena la porción ventral de la cabeza del páncreas y el proceso uncinado desemboca en la ampolla de Vater y un conducto de Santorini que drena el páncreas dorsal y desemboca en la papila menor (5%). El PD afecta a hombres y mujeres por igual y usualmente se presentan asintomáticos; sin embargo, se han relacionado con dolor abdominal crónico o cuadros de pancreatitis crónica y/o aguda recurrentes.

La pancreatitis aguda asociada al PD tiende a una evolución benigna, con leve incremento de amilasa. En los pacientes con PD y pancreatitis crónica, la dificultad más frecuente es el tratamiento del dolor.²⁻⁴ El ultrasonido en el diagnóstico del PD es sensible y con alta especificidad (94%) en pacientes con dolor abdominal y pancreatitis.⁵⁻⁷ La presencia de un conducto pancreático dorsal prominente y del signo de conductos cruzados, así como la ausencia del signo del pareamiento de conductos en fila se han asociado con PD.⁶⁻⁸ El estudio de elección para diagnóstico y tratamiento es la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE); aunque la aparición de la colangiografía por resonancia magnética parece tener mayor exactitud diagnóstica, es menos invasiva y con menores limitaciones y riesgos que la técnica endoscópica.⁹ El objetivo del tratamiento es ampliar el lumen de la papila menor estrecha, realizando dilatación o esfinterotomía

de la papila menor con o sin colocación de endoprótesis; sin embargo, se ha observado reestenosis como una complicación.¹⁰ El tratamiento quirúrgico consiste en esfinteroplastia, pero sólo se realiza en pacientes sintomáticos y tras fracasar el tratamiento endoscópico. Las complicaciones como estenosis o pancreatitis parecen ser menos frecuentes posterior a la esfinterectomía de la papila menor que posterior a la inserción de endoprótesis pancreáticos (25% vs 44%).

El objetivo del presente trabajo es mostrar, mediante un caso clínico, la relación entre PD y pancreatitis recurrente.

Caso clínico

Paciente masculino de 31 años con dos cuadros repetitivos de pancreatitis aguda y con ultrasonidos (US) normales (**Figura 1**), que presenta dolor abdominal epigástrico tipo cólico, intenso, progresivo, con irradiación en cinturón, posterior a ingesta de colecistocinéticos. A la exploración física con signos vitales normales, abdomen distendido, blando, peristalsis aumentada, doloroso a la palpación media y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal. En estudios de laboratorio se encontró amilasa de 448 mg/dl y lipasa de 1,153 mg/dl. Se practicó US de abdomen, cuyos resultados fueron normales. La TAC de abdomen demostró dilatación del conducto de Wirsung y alteración estructural del páncreas (**Figura 2**). Se realizó CPRE, que permitió visualizar las ámpulas mayor y menor del mismo tamaño y abombado, se canalizaron selectivamente encontrando drenaje por separado, lo que corresponde a una variante de PD (**Figuras 3 y 4**). Por ello, se realizó esfinterotomía de ambas papilas sin complicaciones. Su evolución fue satisfactoria y tras ocho días de estancia intrahospitalaria, fue dado

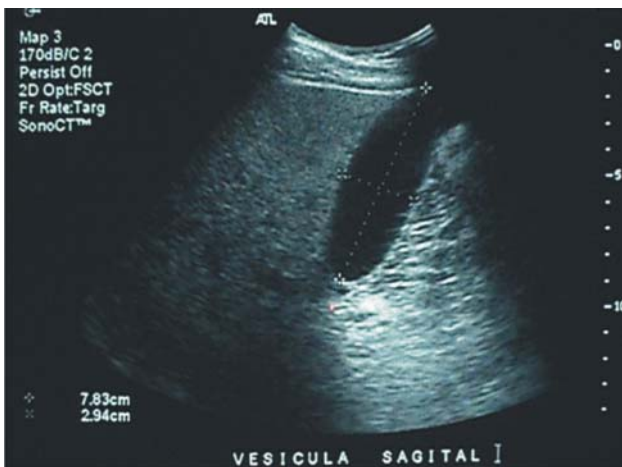


Fig. 1. Ultrasonido abdominal en corte sagital de vesícula que no muestra litiasis vesicular



Fig. 2. TAC de abdomen con dilatación del conducto de Wirsung.

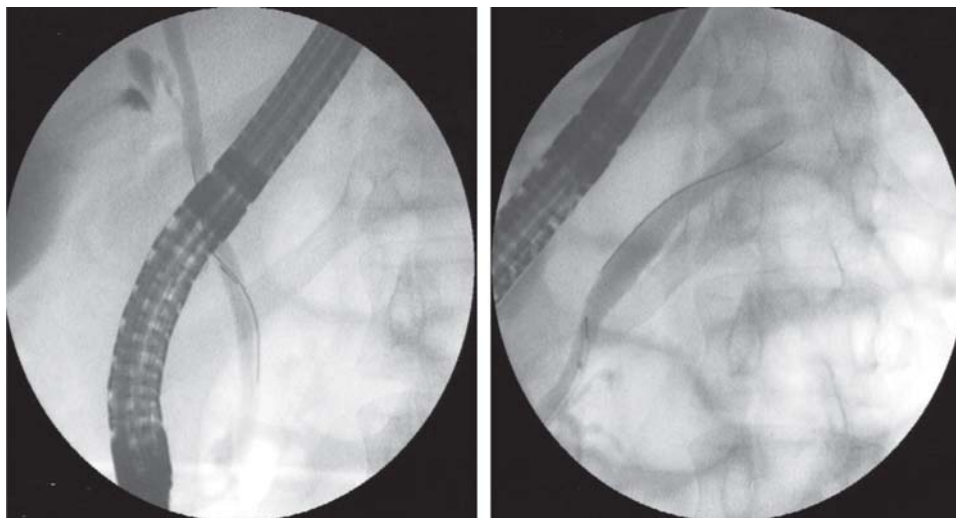
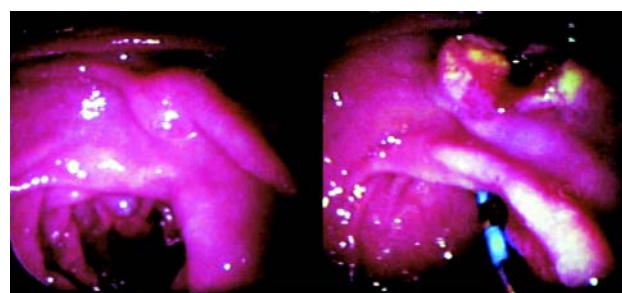


Fig. 3. Pancreatografía con contraste transendoscópica que muestra falta de comunicación entre los dos conductos.

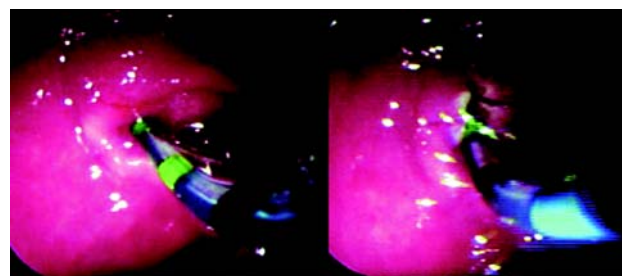
de alta con franca mejoría, encontrándose asintomático a 24 meses de seguimiento.

Discusión

La asociación entre PD, una anomalía congénita común de los conductos pancreáticos, y pancreatitis continúa en debate, ya que la mayor parte de la información se basa en estudios observacionales y retrospectivos. Una pequeña porción de pacientes con PD puede desarrollar fibrosis de la papila menor y pancreatitis obstructiva con drenaje del parénquima a través del conducto dorsal, por lo cual en varios estudios se cree que la descompresión de este conducto beneficia de manera importante a los pacientes. Sin embargo, no existe un consenso adecuado con respecto a una terapia óptima. Inicialmente, se puede ofrecer un manejo conservador, incluyendo evitar ingesta de alcohol y de alimentos ricos en grasas, así como un suplemento de enzimas pancreáticas. A la fecha, no existen estudios adecuados que comparen el tratamiento quirúrgico y el endoscópico. Hay gran cantidad de datos relativos a los procedimientos terapéuticos endoscópicos, pero sin control, sistematización y derivados de pequeños números de pacientes. Se debe realizar una cuidadosa evaluación de cada paciente antes de considerar cada modalidad de tratamiento, pues no existe en esta patología una uniformidad de criterios o de métodos terapéuticos. En nuestro paciente, la elevación de enzimas pancreáticas y el dolor indicaban un tercer y nuevo cuadro de pancreatitis aguda repetitiva y aunque el US no mostró datos patológicos, en la TAC se observó dilatación del conducto de Wirsung; la CPRE documentó adecuadamente la presencia de estenosis de ambas papilas y drenaje independiente de cada una. Con ese motivo, se consideró como la mejor opción terapéutica la esfinterotomía de cada papila, misma que se llevó a cabo. La evolución ulterior fue favorable, lo que indica que la elección terapéutica fue la adecuada y que probablemente sea la recomendable ante estos casos.



Papila mayor y menor



Canalización y esfinterotomía de papila mayor



Canalización y esfinterotomía de papila menor

Fig. 4. Imágenes directas de CPRE mostrando papilas abombadas, canalización de las mismas y esfinterotomía de ambas.

Referencias

1. Go VL, Gardner JD, Brooks FP, et al. *The exocrine pancreas. Biology and diseases*. Ed. Raven Press, New York, 1986: 33, 773.
2. Cohen SA, Siegel JH. Pancreas divisum; endoscopic therapy. *Surg Clin North Am* 2001; 81: 467-77.
3. Butte J. Pancreas divisum. *Rev Chilena Cir* 2005; 57: 169-174.
4. Klein SD, Affronti JP. Pancreas divisum, an evidence-based review: part I, pathophysiology. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 419-425.
5. Klein SD, Affronti JP. Pancreas divisum, an evidence-based review: part II, patient selection and treatment. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 585-589.
6. Gerke H, Byrne MF, Jowell PS. Unusual finding in a patient with pancreas divisum and abdominal pain. *Med Gen Med* 2003; 5: 14.
7. Bhutani MS, Hoffman BJ, Alhajes RH. Diagnosis of pancreas divisum by endoscopic ultrasonography. *Endoscopy* 1999; 31: 167-9.
8. Chen R. Diagnosing pancreas divisum in patients with abdominal pain and pancreatitis: Is endoscopic ultrasound accurate enough? *Gastrointest Endosc* 2002; 56: S150.
9. Rodríguez-Asiain M, Gómez-Pérez MG, Sánchez-Cortázar J, Téliz-Meneses MA, Angulo-Suárez M, Vicente-Andrews Y. Colangiopancreatografía por resonancia magnética. *Acta Med Gpo And* 2006; 4: 33-41.
10. Heyries L, Barthet L, Delvasto C, Zamora C, Bernard JP, Sahel J. Long-term results of endoscopic management of pancreas divisum with recurrent acute pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 376-81.