

Pancreatitis del surco

Groove pancreatitis

Susana Araújo-Fernández¹, Alberto Fernández-Villaverde², María González-Vázquez³, Javier de la Fuente-Aguado¹

¹Servicio Medicina Interna, ²Servicio Digestivo, ³Servicio Radiología. Hospital Povisa Vigo.

Resumen

La pancreatitis del surco o pancreatitis groove es una forma segmentaria de pancreatitis crónica caracterizada por la presencia de fibras cicatriciales en el área del surco pancreatoduodenal.

Dada la infrecuencia de dicha patología se expone el caso de un varón de 60 años que acude a las consultas externas por dolor epigástrico episódico de años de evolución asociado en los últimos meses a un cuadro constitucional. Se realizaron análisis sanguíneos incluyendo marcadores tumorales y una TAC abdominal que fueron normales. Ante la persistencia de los síntomas se realizó una colangiorresonancia en la que se evidenció la presencia de una lesión compatible con una pancreatitis del surco. Se inició tratamiento conservador con analgésicos y abstención del tabaco con remisión de los síntomas hasta el momento actual.

Es una entidad rara, pero que habría que tener presente en el paciente con dolor abdominal de origen inexplicado y como diagnóstico diferencial del carcinoma de cabeza de páncreas, ya que tanto el tratamiento como el pronóstico difieren en gran medida, por lo que creemos importante la comunicación de un nuevo caso.

Palabras clave: Pancreatitis crónica. Ductos pancreáticos. Carcinoma.

Introducción

La pancreatitis del surco o pancreatitis groove es una forma segmentaria de pancreatitis crónica caracterizada por la presencia de fibras cicatriciales en el área del surco pancreatoduodenal. Este surco está delimitado por la cabeza del páncreas, la tercera porción duodenal y el colédoco.

Es una entidad muy poco frecuente que habría que tener presente en el paciente con dolor abdominal de origen inexplicado y como diagnóstico diferencial del carcinoma de cabeza de páncreas, puesto que tanto el tratamiento como el pronóstico difieren en gran medida, por lo que creemos importante la comunicación de un nuevo caso.

Caso clínico

Presentamos un paciente de 60 años fumador de 60 paquetes/año y ex bebedor desde hace 6 años de 80 g de etanol/día con antecedentes de una prostatectomía radical por un adenocarcinoma de próstata que acude por dolor epigástrico de años de evolución tipo cólico, no irradiado, en ocasiones asociado a náuseas y no relacionado con la ingesta que en los últimos meses se había asociado a un cuadro de astenia, anorexia y pérdida de peso. La exploración física no reveló ninguna anomalía de interés. Se realizaron análisis sanguíneos incluyendo hemograma, bioquímica, función renal y hepática, estudio ferrocínético, amilasa, lipasa, hormonas tiroideas, marcadores tumorales (CEA, Ca 19,9), reactantes de fase aguda y sangre oculta en heces sin alteraciones. La endoscopia digestiva alta apreció una duodenitis eritematosa cuya anatomía patológica fue compatible con

Abstract

Groove pancreatitis is a segmental chronic pancreatitis characterized by the presence of fibrous scars in the anatomic space between the dorsocranial part of the head of the pancreas, the duodenum and the common bile duct.

Being this disease unusual we report the case of a 60-year-old man who presented with episodic epigastric pain of several years duration. In the last months he was very tired and he had unintentional weight loss. Blood tests, including tumour markers and CT scan were normal. As symptoms were unremitting, an abdominal MRI was performed, which showed an image that supports the diagnosis of groove pancreatitis. The patient was treated with analgesics and smoking cessation was recommended. Until now, the patient is free of symptoms.

It is a rare disease, but we must keep it in mind when we make the differential diagnosis of patients with abdominal pain of unknown origin. It is very important to distinguish this pathology from a pancreatic head carcinoma, as both treatment and prognosis differ greatly, so we believe important communication of a new case.

Key words: Chronic pancreatitis. Pancreatic ducts. Carcinoma.

gastritis crónica con metaplasia intestinal. No se demostró la presencia de *Helicobacter pylori*. Se realizó una TC abdominal observándose cambios post-prostatectomía y colecistectomía sin otras alteraciones. Dado que la clínica del paciente persistía, se completó el estudio con una colangiorresonancia informada como existencia de una lesión de 18 mm que se interpone entre la cabeza del páncreas y la pared del duodeno que presenta calcio en su interior, es heterogénea y se comporta en su señal, de forma diferente al tejido pancreático normal. Estos hallazgos son típicos de pancreatitis crónica del surco pancreático-duodenal. (Figura 1).

Se inició tratamiento conservador con analgésicos y se recomendó abstención del tabaco y del alcohol, presentando mejoría de los síntomas.

Discusión

La pancreatitis del surco fue descrita en 1973 por Becker *et al*. Posteriormente Becker y Mischke clasificaron la pancreatitis del surco en *pura*, la que afecta exclusivamente al área del surco y *segmentaria* que además del surco pancreatoduodenal afecta a la porción dorso-cranial de la cabeza del páncreas².

Es una entidad rara cuya incidencia es desconocida^{3,4}. Se ha descrito con mayor frecuencia en varones entre la 4ª y 5ª década de la vida con historia previa de alcoholismo moderado-severo⁵, como el paciente previamente comentado.

La clínica más frecuente es la presencia de dolor en el hemiabdomen superior acompañado de náuseas postprandiales y asociado a pérdida ponderal que puede variar entre pocas semanas a más de un año de evolución. También se puede

Figura 1. Imagen potenciada en T1 tras la administración de contraste mostrando una masa (M) con menor captación que el resto de la cabeza de páncreas (P) y limitada externamente por el duodeno (D).



presentar como ictericia secundaria a la compresión del colédoco y, ocasionalmente, no produce síntomas⁴.

La patogenia no está definida. Una de las teorías más aceptadas sería la presencia de un conducto de Santorini anómalo que produciría una interrupción de la salida del jugo pancreático por hiperplasia de las células de Brunner provocando un retroceso de la secreción pancreática de la cabeza del páncreas y con esto, la pancreatitis del surco. También puede haber otros factores desencadenantes como la presencia de heterotopia pancreática en el duodeno, la resección gástrica o la presencia de quistes verdaderos en la pared duodenal^{6,7}.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen como la TC o RM abdominal. La presencia de pseudoquistes y el afilamiento progresivo y liso del colédoco, son datos que apoyan el diagnóstico radiológico de la pancreatitis del surco. La principal implicación clínica de esta entidad sería el excluir la presencia de un adenocarcinoma de la cabeza del páncreas, que puede presentar una clínica y unos hallazgos radiológicos similares.

Además habría que completar el diagnóstico diferencial con otras causas de pancreatitis, como las descritas en la tabla 1⁸⁻¹¹.

Hay autores que defienden que dicho diagnóstico diferencial, especialmente si no hay quistes en el interior de la masa, se debería completar con la realización de un eco-endoscopia (con posibilidad de realizar una PAAF) o una CPRE y cepillado para citología. Si persisten las dudas, estaría indicada la realización de una biopsia de la mucosa duodenal^{8,9}.

El tratamiento inicial debe ser conservador con analgésicos, abstinencia del tabaco y del alcohol, aconsejando un estrecho seguimiento¹⁰. Si persisten los síntomas o hay dudas de una etiología neoplásica se debería realizar como primera elección la duodenopancreatectomía mediante la técnica de Whipple⁴.

Bibliografía

1. Becker V. Proceedings: Fundamental morphological aspects of acute and chronic pancreatitis. *Langenbecks Arch Surg* 1973; 334: 317-22.
2. Becker V, Mischke U. Groove pancreatitis. *Int J Pancreatol* 1991; 10: 173-82.
3. Kim JD, Han YS, Choi DL. Characteristic clinical and pathologic features for preoperative diagnosed groove pancreatitis. *J Korean Surg Soc.* 2011; 80: 342-7.
4. Balakrishnan V, Chatni S, Radhakrishnan L, Narayanan VA, Nair P. Groove pancreatitis: a case report and review of literature. *J Pancreas (online)* 2007; 8: 592-7.
5. Manzelli A, Petrou A, Lazzaro A, Brennan N, Soonawalla Z, Friend P. Groove pancreatitis. A mini-series report and review of the literature. *J Pancreas (online)* 2011; 12: 230-3.
6. Levenick et al. A comprehensive, case-based review of groove pancreatitis. *Pancreas* 2009 (38) 169-75.
7. Badía C, Díaz FJ, Rodríguez R, Marchena J. Pancreatitis del surco y su diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de páncreas. *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32 (1):22-8
8. Rosendahl J, Bødeker H, Mössner J, Teich N. Hereditary chronic pancreatitis. *Orphanet J Rare Dis.* 2007; 2: 1.
9. Dettlefsen S, Drew AM. Autoimmune pancreatitis. *Scand J Gastroenterol.* 2009; 44 (12):1391-407.
10. Rao RN, Pandey R, Kumar Rana M, Rai P, Gupta A. Pancreatic and peripancreatic tuberculosis presenting as hypoechoic mass and malignancy diagnosed by ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology. *J Cytol.* 2013 Apr-Jun; 30(2): 130-5.
11. Barman KK, Premalatha G, Mohan V. Tropical chronic pancreatitis. *Postgrad Med J* 2003;79:606-15
12. Gabata T, Kadoya M, Terayama N, Sanada J, Kobayashi S, Matsui O. Groove pancreatic carcinomas: radiological and pathological findings. *Eur Radiol* 2003; 13: 1679-84.
13. Yu J, Fulcher AS, Turner MA, Halvorsen RA. Normal anatomy and disease processes of the pancreatoduodenal Groove: imaging features. *AJR* 2004;183:839-46
14. Germán V, Ekmektzoglou KA, Kyriakos N, Patouras P, Kikilas A. Pancreatitis of the gastroduodenal groove: a case report. *Case Report Med.*2010; 2010: 329587.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial con distintos tipos de pancreatitis crónica.

TIPO	EDAD	CLÍNICA	LABORATORIO	RADIOLÓGICO	TRATAMIENTO
Tóxico-metabólica	4ª-5ª década	Dolor abdominal. Esteatorrea.	Amilasa y lipasa frecuentemente normales. Colestasis.	Calcificaciones, dilatación de conductos y atrofia del páncreas.	Evitar tabaco-alcohol. Analgesia. Enzimas pancreáticas.
Hereditaria	2ª década	Dolor abdominal. Esteatorrea.	Test genéticos: PRSS1, CFTR y SPINK1	Calcificaciones pancreáticas.	Evitar alcohol y tabaco. Antioxidantes y analgésicos. Pancreatectomía.
Autoinmune	5ª-6ª década	Ictericia obstructiva. Dolor abdominal leve. Pérdida de peso.	Colestasis. Amilasa y lipasa normales o ligeramente elevada. IgG4 elevada. ANA positivos.	TAC: parénquima difusamente agrandado y halo de hipotenuación tras contraste. RM: incremento en la intensidad de señal en las imágenes en T2 y ocasionalmente un borde peripancreático hipointenso	Glucocorticoides
Tuberculosa	4ª-5ª década	Dolor epigástrico, ictericia, fiebre y pérdida de peso.	Mantoux positivo (70%). Elevación VSG y PCR.	Habitualmente masas pancreáticas multiquísticas, más frecuentemente en cabeza del páncreas.	Tratamiento antituberculoso con 4 fármacos durante 6-12 meses
Tropical	2ª-3ª década	Dolor intenso y recurrente. Esteatorrea. DM años después.	Déficit de vitaminas y oligoelementos (selenio magnesio). Hiperglucemia.	Calcificaciones pequeñas, irregulares y espiculadas. Conductos pancreáticos dilatados con cálculos intraductales bien delimitados y densos.	Analgesia, antioxidantes enzimas pancreáticas.