6. Ansell SM, Grant CS, Habermann TM. Primary thyroid lymphoma. *Semin Oncol* 1999; 26: 316-23.
7. Takashima S, Ikezoe J, Morimoto S, Arisawa J, Hamada S, Ikeda H, et al. Primary thyroid lymphoma: evaluation with CT. *Radiology* 1988; 168: 765-8.
8. Shibata T, Noma S, Nakano Y, Konishi J. Primary thyroid lymphoma: MR appearance. *J Comput Assist Tomogr* 1991; 15: 629-33.
9. Pedersen RK, Pedersen NT. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the thyroid gland: A population based study. *Histopathology* 1996; 28: 25-32.
10. Thieblemont C, Mayer A, Dumontet C, Barbier Y, Callet-Bauchu E, Felmen P, et al. Primary thyroid lymphoma is a heterogeneous disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 105-11.

menor o por inyección en ambos conductos pancreáticos. La resonancia magnética también ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad para el despistaje de PD (7). El tratamiento depende del tipo de grupo. En el grupo 1, el tratamiento es exclusivamente médico, mientras que en los grupos 2 a 4, consiste en la papilotomía endoscópica de la papila menor siendo los resultados buenos entre un 75-90% en el grupo 2 y un 20-40% en el grupo 4. Siendo la pancreatitis post ERCP en un 11,2 % la principal complicación (1,8).

En los pacientes en los que fracase la misma y si el conducto dorsal se encuentra dilatado se recomienda la pancreatoyeyunostomía (8). Por último recordar la necesidad de descartar un PD en toda pancreatitis aguda recidivante o en la que la etiología enólica o biliar se ha descartado.

J. Martí, M. Álvarez, F. Bao

Servicio Medicina Interna. Hospital Zumárraga. Guipúzcoa

***Pancreas divisum.* Causa de pancreatitis aguda recidivante**

Sr. Director:

El *Pancreas divisum* (PD) es una anomalía en el desarrollo embrionario, resultado de la falta de unión de los conductos dorsal y ventral del páncreas. De esta forma, la mayor parte de la secreción pancreática exocrina (producida en el páncreas dorsal) drena a través del conducto de Santorini o dorsal en la, relativamente, pequeña papila accesoria y sólo una pequeña parte del páncreas, el ventral, desagua a través del conducto principal o de Wirsung en la papila mayor. En el desarrollo pancreático normal la situación es la inversa, lo que puede dar lugar a la presencia de pancreatitis agudas recidivantes, dolor abdominal crónico con elevación o no de enzimas pancreáticos y pancreatitis crónicas (1-3). Presentamos un nuevo caso de pancreatitis aguda recidivante asociado a pancreas divisum.

Varón de 39 años, con antecedentes de dos episodios de pancreatitis aguda leve en los últimos 12 meses, sin ingesta enólica ni farmacológica previa y ecografías sin colelitiasis. Ingresa por nuevo episodio de pancreatitis aguda.

EF. Constantes vitales normales. Paciente joven colaborador buen estado general. Exploración cardiopulmonar: normal. Abdomen blando y depresible, dolor en hipocondrio derecho y epigastrio. Resto exploración normal. Exploraciones complementarias: Rx tórax y abdomen normales. Ecografía abdominal: edema de páncreas compatible con pancreatitis aguda, sin colelitiasis ni colédocolitiasis.

Analítica: hematemetría normal, pruebas hepáticas normales, amilasaemia 456 u/l.

Colangiografía: se objetiva la presencia de un páncreas divisum. Posteriormente se le practicó ERCP que confirmó el diagnóstico y se efectuó esfinterotomía endoscópica de papila menor.

El PD se encuentra entre el 5-10% de las autopsias (4), en el 1-6% de los pacientes con pancreatitis aguda y en el 25% de las idiopáticas (5). El 95% de los pancreas divisum son asintomáticos y las manifestaciones clínicas parecen consecuencia de la estenosis relativa o real de la papila menor (1). Clínicamente los pacientes con PD se dividen en 5 grupos: grupo 1, síntomas mínimos; grupo 2, pancreatitis recurrentes o dolor abdominal sin otra causa; grupo 3, pancreatitis crónicas; grupo 4, pancreatitis crónica y dolor; grupo 5, pacientes con otras complicaciones (6).

El diagnóstico definitivo de PD se realiza mediante ERCP con inyección de contraste en el conducto ventral a través de la papila

1. Scholsser W, Rau BM, Berger B. Surgical treatment of Pancreas divisum causing chronic pancreatitis: The outcome benefits of duodenum-preserving pancreatic head resection. *J Gastrointest Surg* 2005; 9: 710-5.
2. Dumont F, Yzet T, Vibert E, et al. Pancreas divisum and the dominant dorsal duct syndrome. *Ann Chir* 2005; 130: 5-14.
3. Thomson R. Hepatobiliary and pancreatic: Pancreas divisum. *J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19: 596.
4. Kleitsch WP. Anatomy of the pancreas. A study with special reference to the duct system. *Arch Surg* 1955; 71: 795.
5. Cotton PB. Congenital anomaly of pancreas divisum as cause of obstructive pain and pancreatitis. *Gut* 1980; 21: 105.
6. Johnson VS. Pancreas divisum. *Int J Pancreatol* 1999; 25: 135-41.
7. Soto JA, Lucey BC, Stuhlfaut JW. Pancreas divisum: depiction with multi-detector row CT. *Radiology* 2005; 235: 503-8.
8. Gerke H, Byrne MF, Stiffler HL, et al. Outcome of endoscopic minor papillotomy in patients with symptomatic pancreas divisum. *JOP* 2004; 5: 122-31.

Elevación del marcador tumoral CA-125 en un aspergiloma pulmonar

Sr. Director:

El CA-125 es una glucoproteína (mucina) que se sintetiza en diferentes epitelios, y por tanto no es un antígeno específicamente tumoral, pudiendo estar elevado tanto en procesos benignos como malignos del tejido donde se origina. Presentamos el caso de un paciente evaluado por síndrome constitucional que presentaba elevación del CA-125 y un aspergiloma pulmonar, descartándose razonablemente otras causas de elevación del mismo, especialmente la patología tumoral, hepatopatías y afectación de serosas.

Se trata de un paciente de 54 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar hace 30 años con reactivaciones en 1990 y en el año 2000, ex-toxicomano en régimen de metadona, fumador de 1 paquete/día con criterios de bronquitis crónica, exbebedor, psicosis, úlcus duodenal y prostatismo que ingresa para evaluación de cuadro de astenia, anorexia y pérdida ponderal de 2 kg en los últimos meses junto a expectoración ocasional con "hilillos" de sangre. En la exploración física se apreció intensa delgadez (peso 43,5 kg) aunque con estado general conservado y acropaquias. No se detectaron adenopatías periféricas, soplos cardiacos, hepa-