

Cartas al Director

“Groove pancreatitis” o pancreatitis del surco con estenosis duodenal

Palabras clave: Surco pancreaticoduodenal. Pancreatitis del surco. Cáncer de páncreas.

Key words: Pancreatoduodenal groove. Groove pancreatitis. Pancreatic cancer.

Sr. Director:

Presentamos un caso de pancreatitis del surco en su forma segmentaria. Se trata de un varón de 40 años con historia de etilismo crónico, ex-adicto a drogas vía parenteral, que presenta dolor abdominal de tres meses de evolución, con exacerbaciones nocturnas y más recientemente vómitos incoercibles. El hemograma y la bioquímica fueron normales, salvo las enzimas pancreáticas que estaban ligeramente elevadas. La TAC (Fig. 1) mostró un aumento de la cabeza pancreática con crecimiento exofítico y una pequeña imagen quística de 7 mm en su interior, que comprime y estenosa la segunda porción duodenal, acompañándose de engrosamiento parietal de la misma. En la esofagogastroduodenoscopia se observa un estómago retencionista y estenosis de la segunda porción duodenal de aspecto edematoso pero ligeramente mamelonada, que impide el paso. La biopsia sólo mostró ligera inflamación. El paciente precisó ingreso durante un mes, recuperándose paulatinamente de numerosas complicaciones, quedando sin dolor y tolerando la ingesta. Durante los meses siguientes presenta de nuevo dolor e intolerancia oral, negando nueva ingesta alcohólica. Dada la persistencia sintomática, es valorado por Cirugía General, reali-



Fig. 1. TAC abdominopélvico.

zándose duodenopancreatectomía cefálica. El diagnóstico anatomopatológico fue de pancreatitis crónica fibroesclerosante de la cabeza del páncreas con fibrosis del surco y dilatación quística de la pared duodenal. El paciente se encuentra asintomático, y en la última revisión presenta la completa normalidad de los parámetros clínico-analíticos.

Discusión

En 1982, Stolte y cols. denominaron “groove pancreatitis” o pancreatitis del surco a una forma especial de pancreatitis crónica caracterizada por una lámina fibrosa que se localiza en el espacio anatómico situado entre la cabeza pancreática, el duodeno y la vía biliar principal. Además puede estenotar el duodeno y la vía biliar distal, y a menudo existen quistes de la pared duodenal periampular, que se han descrito como páncreas heterotópico con distrofia quística, hamartoma pancreático duodenal, etc. Becker y cols. la clasi-

ficaron como forma "pura" cuando únicamente está afectado el surco y no el conducto pancreático común, hecho importante a la hora de diferenciarla del carcinoma de páncreas, existiendo también la forma "segmentaria" en la que puede estar afectado el resto del tejido de la cabeza pancreática. Es más frecuente en varones, entre 40-50 años y con etilismo crónico. Su especial topografía es la que determina la clínica de dolor abdominal postprandial, vómitos y pérdida de peso, al estenotar la luz duodenal. La pancreatitis del surco puede confundirse con el carcinoma de cabeza de páncreas, particularmente en aquellos casos de carcinoma con gran componente fibroso. También hemos de hacer el diagnóstico diferencial con: pancreatitis aguda con colecciones líquidas e inflamación en los espacios peripancreáticos; tumores neuroendocrinos sobre todo el gastrinoma, que puede surgir en el surco pancreatoduodenal; enfermedades asociadas al duodeno: divertículo duodenal que típicamente aparece en la región periampular y el adenocarcinoma exofítico de duodeno; enfermedades asociadas con adenopatías y enfermedades de los conductos biliares: colangiocarcinoma y quiste coledociano. Así pues la pancreatitis del surco debemos tenerla presente a la hora del diagnóstico diferencial de las masas de cabeza de páncreas y de estenosis duodenal. En casos de duda diagnóstica o complicaciones que no mejoran con el tratamiento médico ha de realizarse una duodenopancreatectomía cefálica y estudio anatomopatológico de la pieza.

C. Viñolo Ubiña, J. Morales Ruiz, C. Heredia Carrasco,
M. Ruiz-Cabello Jiménez, M. T. Villegas Herrera y
D. Garrote Lara

*Servicios de Aparato Digestivo y Cirugía General. Hospital
Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

Bibliografía recomendada

1. Stolte M, Weiss W, Volkholz H, Rosch W. A special form of segmental pancreatitis: "groove pancreatitis". *Hepatogastroenterology* 1982; 29: 198-208.
2. Becker V, Mischke U. Groove pancreatitis. *Int J Pancreatol* 1991; 10: 173-82.
3. Yamaguchi K, Tanaka M. Groove pancreatitis masquerading as pancreatic carcinoma. *Am J Surg* 1992; 163: 312-6.
4. Shudo R, Yazaki Y, Sakurai S, Uenishi H, Yamada H, Sugawara K, et al. Groove pancreatitis: report of a case and review of the clinical and radiologic features of groove pancreatitis reported in Japan. *Intern Med* 2002; 41: 537-42.
5. Mohl W, Hero-Gross R, Feifel G, Kramann B, Puschel W, Menges M, et al. Groove pancreatitis: an important differential diagnosis to malignant stenosis of the duodenum. *Dig Dis Sci* 2001; 46: 1034-8.
6. Itoh S, Yamakawa K, Shimamoto K, Endo T, Ishigaki T. CT findings in groove pancreatitis: correlation with histopathological findings. *J Comput Assist Tomogr* 1994; 18: 911-5.
7. 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.