

Pancreatitis de repetición en paciente de 16 años

Recurrent pancreatitis in a 16-year-old patient

La prevalencia de divertículos duodenales en la población varía de 0,16 al 22%¹. Generalmente, se presentan de forma asintomática y son hallazgos incidentales en pruebas de imagen. Cuando dan clínica, suele ser hemorrágica, de diverticulitis, formación de bezoares, obstrucción, perforación, pancreatitis, compresión extrínseca de los conductos biliares o colangitis^{2,3}. Presentamos el caso de una paciente de 16 años sin antecedentes de interés, que acudió en sucesivas ocasiones al servicio de urgencias por dolor epigástrico; siendo diagnosticada de pancreatitis aguda, ingresa para estudio. La ecografía abdominal y la colangiorresonancia magnética fueron normales. El tránsito gastrointestinal evidenció un divertículo duodenal intraluminal que ocupaba la luz desde la rodilla duodenal hasta la tercera porción. La gastroscopia confirmó la existencia del divertículo situado cercano a la papila mayor. La paciente se intervino de manera programada, realizando duodenotomía, diverticulectomía y sutura hemostática. Evolucionó favorablemente, recibiendo el alta hospitalaria al octavo día de la intervención.

Discusión

Los divertículos duodenales son congénitos en pacientes jóvenes y adquiridos en los adultos. Los congénitos suelen ser verdaderos, conteniendo todas las capas de la pared duodenal, y los adquiridos, falsos (herniaciones de la mucosa duodenal a través de la capa muscular). Se pueden presentar en la segunda, tercera o cuarta porción duodenal, teniendo preferencia por la segunda⁴. Tan solo el 10% produce clínica⁵. En nuestro caso, posiblemente el acúmulo de material intestinal en el divertículo fue el causante de la compresión

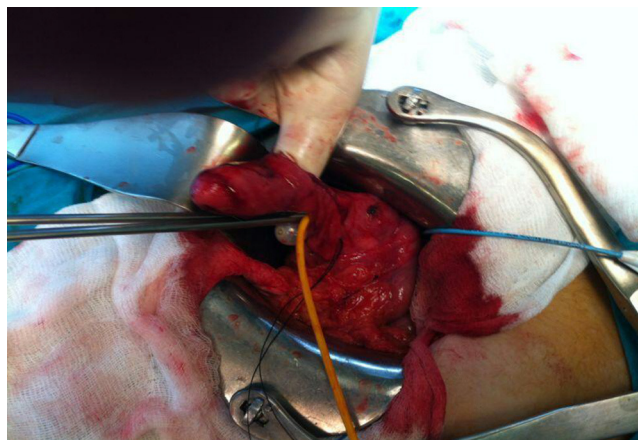


Figura 2 - Intervención quirúrgica.

del conducto pancreático o de la vía biliar, ocasionando la pancreatitis de repetición⁶. Otra causa es la colonización del divertículo por bacterias productoras de betaglucuronidasas favorecedoras de la formación de bilirrubinato cálcico. Las posibilidades terapéuticas en casos de divertículos duodenales que producen clínica de pancreatitis son la resección por endoscopia, la diverticulotomía por laparotomía o laparoscópica⁷ o la derivación bilioentérica mediante hepático-yeyunostomía en Y de Roux⁸. La posibilidad de un divertículo duodenal intraluminal debe estar en mente en el diagnóstico diferencial en casos de pancreatitis no filiada o en pacientes muy jóvenes. (figs. 1 y 2)

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nishiyama N, Mori H, Rafiq K, Kobara H, Fujihara S, Kobayashi M, et al. Active bleeding from a periampullary duodenal diverticulum that was difficult to diagnose but successfully treated using hemostatic forceps: A case report. *J MED Case Rep.* 2012;6:367.
2. Sadio A, Peixoto P, Castanheira A, Cancela E, Ministro P, Silva A, et al. Dieulafoy's lesion in a duodenal diverticulum successfully treated with-butyl-2-cyanoacrylate. *Rev Esp Enf Dig.* 2010;102:396-8.
3. Kim JH, Chang JH, Nam SM, Lee MJ, Maeng IH, Park JY, et al. Duodenal obstruction following acute pancreatitis caused by a large duodenal diverticular bezoar. *World J Gastroenterol.* 2012;18:5485-8.



Figura 1 - Tránsito gastrointestinal.

4. Martínez-Cecilia D, Arjona-Sanchez A, Gomez-Alvarez M, Torres-Tordera E, Luque-Molina A, Valenti-Azcarate V, et al. Conservative management of perforated duodenal diverticulum: A case report and review of the literature *World. J Gastroenterol.* 2008;14:1949-51.
5. Seneviratne SA, Samarasekera DN. Massive gastrointestinal haemorrhage from a duodenal diverticulum: A case report. *Cases J.* 2009;2:6710.
6. Reicher MC, Bittenbring JT, Fries P, Zimmer V, Lammert F, Dauer M. Recurrent pancreatitis caused by a huge intraluminal duodenal diverticulum. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2012;21:126.
7. Graur F, Bala O, Bodea R, Geczi-Toth I, Vlad L, Iancu C. Laparoscopic resection of duodenal diverticulum. A case report. *Rom J Gastroenterol.* 2005;14:405-8.
8. Beisani M, Espin F, Dopazo C, Quiroga S, Charco R. Manejo terapéutico del divertículo duodenal yuxtapapilar. *Cir Esp.* 2013;91:463-5.

Rebeca Saeta Campo^{a*}, Rosa Covas Alcocer^b,
Juan Navío Perales^b, Vanesa Maturana Ibáñez^b
y Emilio Meroño Carbajosa^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Virgen de la Salud de Elda, Elda, Alicante, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rebecasaeta@hotmail.com
(R. Saeta Campo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.04.006>

Mujer joven con tumoración quística en la cabeza pancreática

A young woman with a pancreatic head cystic neoplasm

El tumor sólido pseudopapilar pancreático (TSP) supone el 1-2% de los tumores pancreáticos¹. Descrito por Frantz en 1959², ha recibido múltiples denominaciones: tumor de Frantz, tumor de Hamoudi, tumor sólido quístico pancreático o neoplasia epitelial papilar. En 1996, la OMS estableció su denominación como tumor sólido pseudopapilar de páncreas³.

La epidemiología de esta neoplasia es muy característica, apareciendo casi exclusivamente en mujeres jóvenes, alrededor de la segunda o tercera décadas de la vida^{1,4,5}. Habitualmente es un hallazgo casual en estudios de imagen solicitados por otros motivos. A pesar de que un 15% de los casos puede presentar diseminación metastásica, se lo considera como un tumor con bajo potencial de malignidad, con cifras de

supervivencia global mayores del 95% y tasas de recurrencia inferiores al 10%^{4,5}.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 23 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal en la fosa ilíaca derecha. La exploración física así como la analítica básica no presentaban alteraciones. En la TC abdominal realizada se evidenciaba un engrosamiento de aspecto inflamatorio en el íleon terminal y una masa de 4 cm de diámetro, de márgenes bien delimitados y aspecto quístico, en la cabeza pancreática (fig. 1). El estudio se completó con una colonoscopia, cuyo resultado fue negativo, y una ecoendoscopia con punción de la lesión pancreática. El resultado de la citología no fue concluyente y el líquido

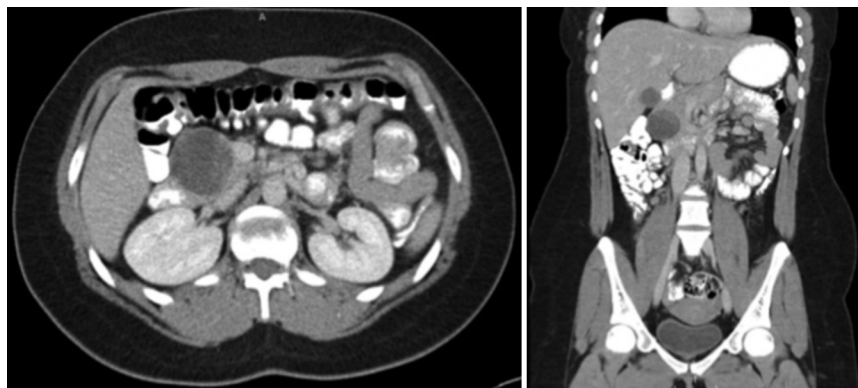


Figura 1 – Lesión quística con componente sólido intratumoral localizada en cabeza pancreática.