



CARTAS AL DIRECTOR

Distrofia quística de la pared duodenal y pancreatitis del surco**Cystic dystrophy of the duodenal wall and groove pancreatitis***Sr. Director:*

Recientemente se ha publicado en Gastroenterología y Hepatología un interesante artículo sobre la pancreatitis del surco (PS) y su diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma del páncreas¹. En él, Badía et al describen 4 casos clínicos de pacientes con lesión en el área del surco pancreatoduodenal; en 3 casos se trató de una PS y en un paciente el diagnóstico fue adenocarcinoma del surco. Los autores describen su clínica, pruebas complementarias y evolución.

En la revisión de la enfermedad del surco pancreatoduodenal realizada en la discusión, pensamos que hay cierta confusión de terminología al describir los tipos de PS como forma pura (afectación exclusiva del surco) y forma segmentaria (con afectación también de la zona dorsocraneal de la cabeza pancreática). Esta forma segmentaria se trata como un sinónimo de la distrofia quística de la pared duodenal (DQPD), y a la hora de describir la anatomía patológica también se nombran varias entidades que afectan al área del páncreas y el duodeno sin diferenciarlas de forma clara.

La zona, que incluye la cabeza del páncreas, el surco pancreatoduodenal (espacio anatómico delimitado por la parte dorsocraneal de la cabeza del páncreas, la serosa duodenal y el colédoco) y la segunda porción duodenal, puede verse afectada por una serie de entidades inflamatorias muy relacionadas con la pancreatitis crónica, que en su conjunto se han definido como pancreatitis paraduodenal². La pancreatitis paraduodenal incluye a la DQPD, a la PS, al hamartoma pancreático del duodeno y a la miomatosis duodenal. Las más frecuentes en la práctica clínica son la PS y la DQPD. La distinción entre ambas es anatómica: la DQPD ocurre por fenómenos inflamatorios que afectan al tejido pancreático heterotópico situado en la pared del duodeno, lo que conduce a la formación de quistes rodeados de inflamación y fibrosis a esa altura, que resultan en un engrosamiento de la pared duodenal (fig. 1). Se suele asociar a pancreatitis crónica de la glándula pancreática, aunque en un tercio de los casos se trata de formas puras³. Este fenómeno puede ocurrir a otras alturas del tubo digestivo (distrofia quística del páncreas heterotópico), pero su localización más frecuente es la duodenal. La PS

es la afectación del tejido pancreático presente en el área del surco, que se origina en la papila menor, donde fisiológicamente hay células pancreáticas que se continúan con las células del páncreas dorsal; por tanto, no se trata de heterotopia. La PS histológicamente se caracteriza por inflamación y fibrosis del área del surco, y en ocasiones produce problemas en el diagnóstico diferencial del adenocarcinoma del surco, como ilustra el artículo de Badía et al. Se ha descrito una forma pura (afectación únicamente del surco), una segmentaria con afectación simultánea de la cabeza del páncreas (pancreatitis crónica a esa altura) y, por último, afectación de todo el páncreas asociada a PS⁴.

Nuestro grupo presentó en la X Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología (Madrid, 2007) un estudio en el que describimos 7 pacientes con DQPD y 3 con PS⁵. El diagnóstico se evidenció mediante ecoendoscopia en todos los casos. Todos los pacientes fueron varones con una edad media de 50 años, y la etiología fue el alcohol, salvo en un caso idiopático con DQPD. En 5 pacientes el inicio de la clínica fue pancreatitis aguda y en 5, dolor crónico. En las pruebas de imagen, en un paciente el páncreas fue normal, en 4 había cambios crónicos en la cabeza del páncreas, y en 5 en todo el páncreas. Seis pacientes tenían estenosis duodenal en las pruebas de imagen (5 con DQPD y uno con PS), 3 de ellos sintomática (los 3 con DQPD). Cuatro pacientes con DQPD presentaban un colédoco dilatado, que era sintomático (ictericia o colangitis) en todos ellos.



Figura 1 Ecoendoscopia de un paciente con distrofia quística de un pared duodenal. Se aprecian un quiste y el engrosamiento de la pared duodenal.

Cuatro pacientes requirieron cirugía para controlar su enfermedad (3 con DQPD por estenosis duodenal o biliar, y uno con PS por dolor rebelde al tratamiento médico).

Concluimos que la DQPD y la PS son formas especiales de pancreatitis crónica con un curso que frecuentemente es agresivo, y que la ecoendoscopia es fundamental para su diagnóstico.

Bibliografía

1. Badía BC, Díaz Formoso FJ, Rodríguez FR, Marchena GJ. Pancreatitis del surco y su diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de páncreas. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32:22-8.
2. Adsay NV, Zamboni G. Paraduodenal pancreatitis: A clinicopathologically distinct entity unifying "cystic dystrophy of heterotopic pancreas," "para-duodenal wall cyst," and "groove pancreatitis". *Semin Diagn Pathol.* 2004;21:247-54.
3. Rebours V, Levy P, Vullierme MP, Couvelard A, O'Toole D, Aubert A, et al. Clinical and morphological features of duodenal cystic

dystrophy in heterotopic pancreas. *Am J Gastroenterol.* 2007;102:1-9.

4. Becker V, Mischke U. Groove pancreatitis. *Int J Pancreatol.* 1991;10:173-82.
5. Picó MD, De-Madaria E, Martínez J, Sempere L, Aparicio JR, Amorós A, et al. Distrofia quística de pared duodenal y pancreatitis del surco en el Hospital General Universitario de Alicante. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:198.

Enrique de-Madaria*, Juan Martínez, José Ramon Aparicio, María Dolores Picó y Miguel Pérez-Mateo

*Unidad de Patología Pancreática,
Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: demadaria_enr@gva.es (E. de-Madaria).

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.03.001

Xantelasma gástrico sobre pólipo hiperplásico

Gastric xanthoma on a hyperplastic polyp

Paciente mujer de 82 años de edad con antecedentes de hernia de hiato, colecistectomía y úlcus duodenal. Acude a consulta y refiere dispepsia de tipo ulceroso, por lo que se decide realizar una gastroscopia. En ésta se observan datos de gastritis erosiva antral y una lesión polipoide, sésil, de superficie lisa y coloración parduzca, de aproximadamente 8mm de longitud a la altura de la curvatura mayor del cuerpo gástrico, que se extirpa con asa de polipectomía

(fig. 1). Se envía la muestra para estudio anatómopatológico; se observa una lesión de morfología polipoidea con hiperplasia foveolar y una lámina propia con abundantes colecciones de células histiocitarias de citoplasma espumoso que alcanzan el borde de resección (fig. 2). El diagnóstico es pólipo hiperplásico con coexistencia de xantelasma.

Los xantelasmas son hallazgos casuales en las gastroscopias, con una incidencia variable de entre el 0,018 y el 0,8% en las series endoscópicas, cifra que aumenta con la edad¹. Suelen localizarse a la altura del tracto digestivo superior, en el antro y el píloro, en forma de nódulos blancoamarillentos, de bordes bien delimitados y con un tamaño que oscila entre 1 y 10 mm de diámetro².



Figura 1 Lesión polipoidea en curvatura mayor del estómago.