



CARTA CIENTÍFICA

Estenosis duodenal secundaria a pancreatitis del surco resuelta con análogos de somatostatina



Duodenal stenosis secondary to groove pancreatitis resolved with somatostatin analogs

La pancreatitis del surco, también conocida como distrofia quística de la pared duodenal o pancreatitis paraduodenal, es un subtipo de pancreatitis crónica que afecta preferentemente al surco pancreático duodenal¹. Predomina en varones de edad media con abuso de alcohol y con frecuencia condiciona estenosis duodenal. Las opciones terapéuticas en la pancreatitis del surco incluyen el manejo conservador, el tratamiento endoscópico y la cirugía. La somatostatina o sus análogos pueden ser de utilidad en el tratamiento de esta afección ya que, al inhibir la liberación de colecistoquinina, disminuyen la secreción pancreática y, por tanto, favorecen el reposo de la glándula².

Presentamos el caso de un varón de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC, cardiopatía isquémica, tabaquismo (2 paquetes al día) y consumo perjudicial de alcohol (10 unidades de bebida estándar al día). El paciente no había presentado episodios previos de pancreatitis aguda ni tenía enfermedad pancreática conocida. Ingresó por dolor abdominal, vómitos posprandiales y pérdida ponderal. Se solicitó una tomografía computarizada que identificó una estenosis en la segunda porción duodenal y una imagen hipodensa en la cabeza pancreática (fig. 1A). Ante la sospecha de neoplasia pancreática, se realizó una ecoendoscopia que no objetivó la lesión en la cabeza pancreática descrita en la tomografía computarizada. Por el contrario, en esta se identificó un engrosamiento de la pared duodenal con presencia de quistes intramurales, todo ello compatible con pancreatitis del surco. Dado que

los hallazgos endosonográficos eran altamente indicativos de distrofia quística de la pared duodenal, no se realizó punción. A pesar de tratamiento conservador (analgesia, abstinencia de tóxicos y alimentación enteral), el paciente presentó una evolución tórpida con persistencia de obstrucción duodenal (fig. 1B). Por ello se valoró la realización de tratamiento endoscópico (dilatación duodenal y punción de quistes), así como la posibilidad de tratamiento quirúrgico (duodenopancreatectomía cefálica), que se desestimaron debido al importante deterioro clínico y al estado nutricional subóptimo del paciente, que implicaban un elevado riesgo de complicaciones. En este contexto se decidió intentar tratamiento farmacológico con análogos de somatostatina, iniciando lanreótido (30 mg intramuscular quincenal) con mejoría del dolor y vómitos desde la primera semana de tratamiento y rápida mejoría radiológica (fig. 1C y D). Se mantuvo tratamiento con 60 mg mensuales durante 5 meses. Un año tras finalizar el tratamiento, el paciente permanece asintomático.

El tratamiento de la obstrucción duodenal por pancreatitis del surco refractaria a tratamiento conservador ha sido tradicionalmente la duodenopancreatectomía cefálica. Dada la morbilidad de la cirugía, se han planteado alternativas menos invasivas, como el tratamiento endoscópico. Entre los procedimientos endoscópicos que se han descrito destacan la dilatación duodenal, el drenaje ductal, la punción de quistes y la gastroenteroanastomosis endoscópica². Por otra parte, el uso de somatostatina o análogos (octreótido/lanreótido, 60-90 mg mensuales durante 3-12 meses y hasta 2 años) puede conseguir una resolución completa o mejoría parcial de la sintomatología²⁻⁵. A pesar de que la baja prevalencia de la pancreatitis paraduodenal dificulta realizar estudios controlados que definan el papel de los análogos de somatostatina, estos podrían representar una alternativa terapéutica al tratamiento invasivo en pacientes de alto riesgo quirúrgico, así como un escalón previo a la cirugía, que quedaría como tratamiento de rescate en casos refractarios.

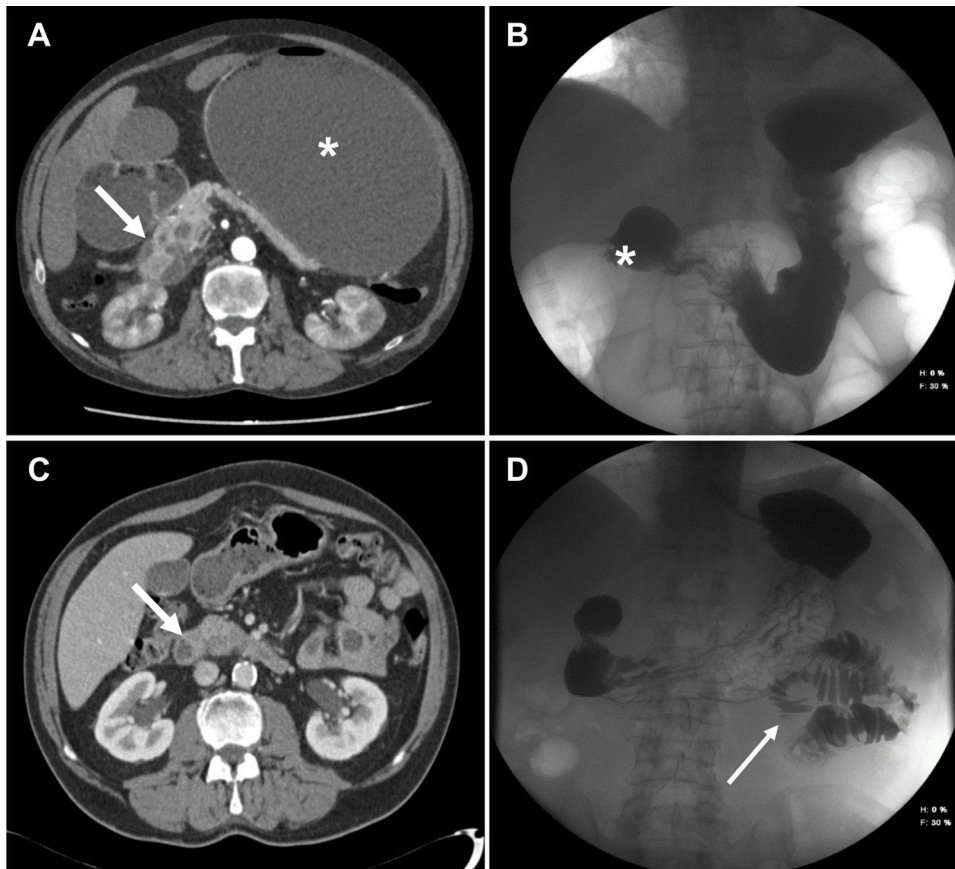


Figura 1 Obstrucción duodenal por pancreatitis del surco antes (A y B) y un mes después (C y D) de iniciar lanreótido. A: Tomografía computarizada con aumento de la cabeza pancreática y surco pancreatoduodenal (flecha) que condiciona estómago de retención (*). B: Estudio baritado sin paso de contraste a la segunda porción duodenal (*). C: Tomografía computarizada con resolución de cambios inflamatorios (flecha). D: Estudio baritado con paso de contraste a segmentos distales de intestino delgado (flecha).

Bibliografía

1. 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.
2. Pallisera-Lloveras A, Ramia-Ángel JM, Vicens-Arbona C, Cifuentes-Rodenas A. Groove pancreatitis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015;107:280-8.
3. Kager LM, Lekkerkerker SJ, Arvanitakis M. Outcomes after conservative, endoscopic, and surgical treatment of groove pancreatitis: A systematic review. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51:749-54.
4. Basili E, Allemand I, Ville E, Laugier R. [Lanreotide acetate may cure cystic dystrophy in heterotopic pancreas of the duodenal wall] French. *Gastroenterol Clin Biol.* 2001;25:1108-11.
5. Balduzzi A, Marchegiani G, Andrianello S. Pancreaticoduodenectomy for paraduodenal pancreatitis is associated with a higher incidence of diabetes but a similar quality of life and pain control when compared to medical treatment. *Pancreatol.* 2020;20:193-8.

Jesús Donate Ortega, Miguel Ángel Rodríguez Gandía y Ana García García de Paredes*

Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: anagpparedes@gmail.com
 (A. García García de Paredes).