

## Solución del caso. Dolor abdominal y tumoración pancreática

Viene de la página 8

En la TCMD de abdomen con contraste endovenoso se observan imágenes quísticas parietales (Figura 2) y engrosamiento de la pared duodenal con estrechamiento de su luz (Figura 3). Además se logra visualizar a nivel del surco pancreaticoduodenal rarefacción de la grasa y dilatación del colédoco (Figuras 4 y 5).

El área del surco pancreático está comprendida entre la cabeza (medial), la serosa duodenal descendente (lateral), la tercera porción del duodeno / vena cava inferior (posterior), el colédoco en su segmento intrapancreático es parte del límite posterior, la primera porción duodenal y el antro gástrico (anterior) (Figura 6).<sup>1</sup>

La pancreatitis del surco es una patología poco frecuente, que se presenta como causa de pancreatitis aguda a repetición con estenosis duodenal. El término fue acuñado en 1973 por Becker y Bauchspeichel.<sup>2</sup>

Afecta predominantemente a varones entre 40 y 50 años con historia de abuso de alcohol, aunque su etiología es incierta.<sup>3</sup> El diagnóstico representa un desafío para el médico radiólogo, que frente a una masa de morfología laminar entre la cabeza pancreática y la segunda porción duodenal, que se presenta en la TCMD como una formación hipodensa (Figura 4) acompañada de engrosamiento concéntrico de la pared duodenal con estenosis de su luz,<sup>4</sup> y presencia de formaciones quísticas en la pared del mismo<sup>5</sup> (Figuras 2 y 3), debe reconocer los múltiples diagnósticos diferenciales, como el carcinoma ductal pancreático y el carcinoma duodenal.

El tratamiento es principalmente conservador, con abstinencia alcohólica, analgésicos y reposo pancreático. Se espera una mejoría parcial de los síntomas ya que la alteración morfológica es permanente, siendo la ci-

rugía<sup>6-11</sup> (duodenopancreatectomía) el tratamiento de elección si los síntomas no mejoran y ante las eventuales complicaciones.<sup>5</sup>

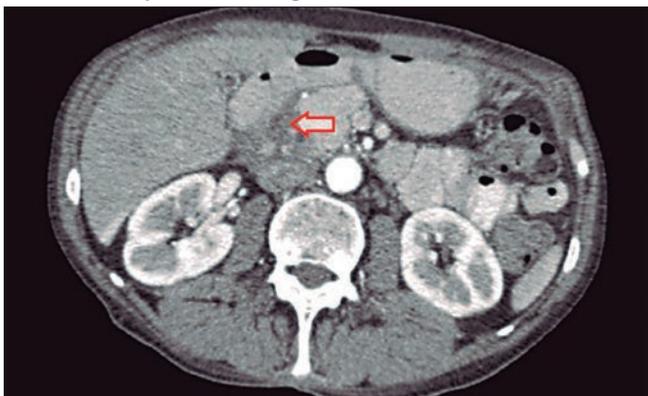
**Figura 2.** TCMD con contraste oral y endovenoso: imagen oval, hipodensa, compatible con quiste de la pared duodenal (círculo).



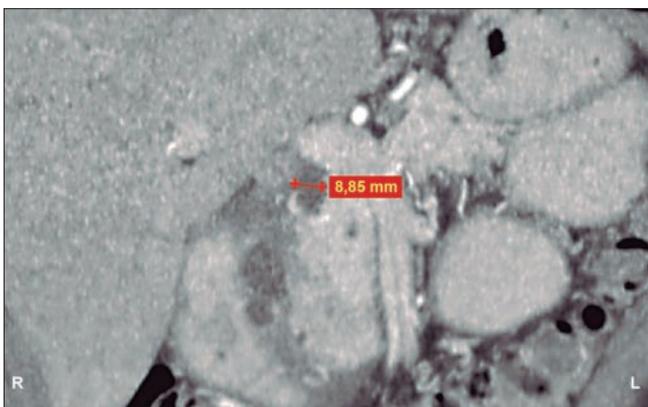
**Figura 3.** TCMD con contraste EV, corte axial, se marca el engrosamiento parietal del duodeno.



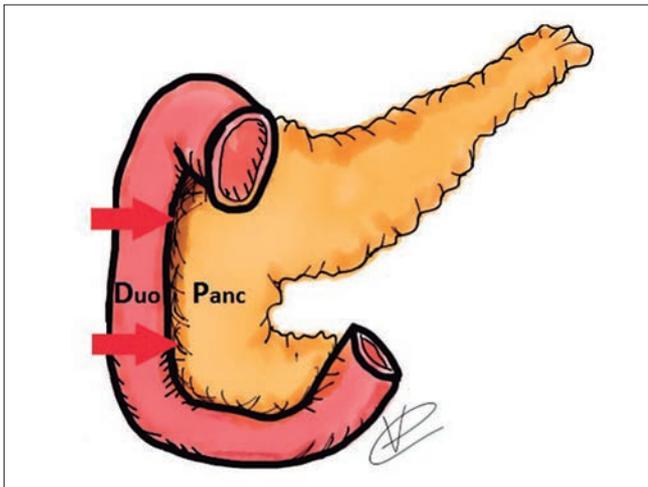
**Figura 4.** TCMD corte axial: se señala con flecha roja una zona con rarefacción de la grasa.



**Figura 5.** TCMD corte frontal: se marca la dilatación del colédoco.



**Figura 6.** En este dibujo esquemático se señala con flechas rojas el surco entre el duodeno (Duo) y el páncreas (Panc) donde se produce la patología descrita.



#### Aviso de derechos de autor



© 2021 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

**Cite este artículo como:** Polanco Amesquita VC, Larrañaga N, Clavijo González CN y col. Dolor abdominal y tumoración pancreática. Acta Gastroenterol Latinoam. 2020;50(1):8, 83-4. <https://doi.org/10.52787/bkel7000>

#### Referencias

1. Normal anatomy and disease processes of the pancreatoduodenal groove: imaging features. *AJR* 2004; 183: 839-846.
2. Groove pancreatitis. *Int J Pancreatol* 1991; 10: 173-182.
3. Paraduodenal pancreatitis: a clinico-pathologically distinct entity unifying cystic dystrophy of heterotopic pancreas, para-duodenal wall cyst, and groove pancreatitis. *Semin Diagn Pathol* 2004; 21: 247-254.
4. Groove pancreatic carcinomas: radiological and pathological findings. *Eur Radiol* 2003; 13: 1679-1684.
5. Cystic dystrophy of the duodenal wall in the heterotopic pancreas: radiopathological correlations. *J Comput Assist Tomogr* 2000; 24: 635-643.
6. A special form of segmental pancreatitis: groove pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 1982; 29: 198-208.
7. Normal anatomy and disease processes of the pancreatoduodenal groove: imaging features. *AJR* 2004; 183: 839-846.
8. Groove pancreatitis: report of a case and review of the clinical and radiologic features of groove pancreatitis reported in Japan. *Intern Med* 2002; 41: 537-542.
9. Paraduodenal pancreatitis: a clinico-pathologically distinct entity unifying cystic dystrophy of heterotopic pancreas, para-duodenal wall cyst, and groove pancreatitis. *Semin Diagn Pathol* 2004; 21: 247-254.
10. MRI of groove pancreatitis. *J Comput Assist Tomogr* 1998; 22: 651-655.
11. Duodenopancreatectomy for cystic dystrophy in heterotopic pancreas of the duodenal wall. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30: 24-28.