

# Caso Radiológico

## Pancreatitis Crónica

GONZÁLEZ-IBARRA FP<sup>1</sup>, GUZMÁN-ASTORGA CP<sup>1</sup>, GÓMEZ-LLANOS NM<sup>1</sup>,  
GALLARDO-ANGULO VE<sup>2</sup>, LIZÁRRAGA-LÓPEZ JA<sup>2</sup>, ARCE- SÁNCHEZ HA<sup>3</sup>

### INTRODUCCIÓN

La pancreatitis crónica es una entidad clínica que se caracteriza por la presencia de cambios inflamatorios progresivos en el páncreas que resultan en daño estructural permanente, lo cual culmina en afección de la función endócrina y exócrina.<sup>1</sup>

La pancreatitis crónica es una enfermedad de diagnóstico difícil. Es confundida en muchas ocasiones con otras enfermedades, incluso con la misma pancreatitis aguda u otros trastornos abdominales.<sup>2</sup>

Las alteraciones de laboratorio no son muy útiles para llevar a cabo el diagnóstico o sospechar de la enfermedad, y los estudios de gabinete en una gran parte de los casos son muy útiles, pero la presencia de alteraciones importantes en dichos estudios no es muy común.<sup>3</sup>

Presentamos el caso de un paciente con pancreatitis crónica que mostró la presencia de alteraciones en sus estudios radiológicos muy sugestivos y representativos de esta enfermedad.

### RESUMEN CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años de edad con antecedentes de alcoholismo de larga evolución de manera importante. El paciente refiere múltiples hospitalizaciones debido a brotes de dolor abdominal localizado en epigastrio con irradiación a espalda. El dolor lo describe como progresivo en intensidad a través del tiempo. Al inicio, el dolor se presentaba después de la ingesta de alimentos, pero últimamente menciona la aparición súbita del dolor sin factores asociados. No refiere otra sintomatología.

Lo más relevante en la exploración física era la presencia de dolor a la palpación de abdomen en epigastrio de manera

moderada, y mayor a la palpación profunda; no se mostraba otro dato de importancia. Sus estudios de laboratorio no revelaban ningún dato de interés. La amilasa, lipasa y pruebas de función hepática estaban dentro de rangos normales.

Sus estudios de imagen fueron la parte más interesante dentro de su abordaje diagnóstico. La radiografía de abdomen mostraba múltiples imágenes calcícas en región epigástrica en la topografía del páncreas, siguiendo el trayecto de la cabeza y el cuerpo del mismo. (Figura 1)

La imagen por colangiografía magnética mostraba heterogeneidad del páncreas con zonas de ausencia de señal, predominantemente hacia el cuerpo pancreático, las mayores son intraparenquimatosas con zonas de ectasia focal del conducto pancreático principal. (Figura 2)

La CPRE confirmó el diagnóstico de pancreatitis crónica y se colocó prótesis pancreato-duodenal. (Figura 3)

### DISCUSIÓN

Dentro de las causas de pancreatitis crónica podemos mencionar el abuso de alcohol, la pancreatitis tropical, enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico, el hiperparatiroidismo y la hipertrigliceridemia, causas genéticas como mutaciones en el gen de la fibrosis quística o la pancreatitis hereditaria; situaciones que llevan a obstrucción ductal tales como trauma, pseudoquistes, tumores, cálculos, páncreas divisum, y por último la pancreatitis idiopática.<sup>4-10</sup>

El alcohol ha sido reportado como la causa más común de todas, y se ha asociado hasta en un 70-80% aproximadamente, pero solamente el 5-10% de los pacientes alcohólicos desarrollan pancreatitis crónica.<sup>11</sup>

Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad son

<sup>1</sup> Médico residente de Medicina Interna del Hospital General de Culiacán. <sup>2</sup> Médico adscrito al servicio de Gastroenterología del Hospital General de Culiacán. <sup>3</sup> Médico adscrito y jefe del servicio de Radiología del Hospital General de Culiacán.

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias al Dr. Fernando Pavel González Ibarra al departamento de Medicina Interna del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum", Aldama y Nayarit s/n col. Rosales, Culiacán, Sinaloa, tel. (6677)169820. ext. 136. drpavelglez@yahoo.com.

Artículo recibido el 5 de enero de 2010.

Artículo aceptado para publicación el 17 de febrero de 2010.

Este artículo podrá ser consultado en Imbiomed, Latindex, Periódica y [www.hgculiacan.com](http://www.hgculiacan.com).



**Figura 1.** Radiografía simple de abdomen.

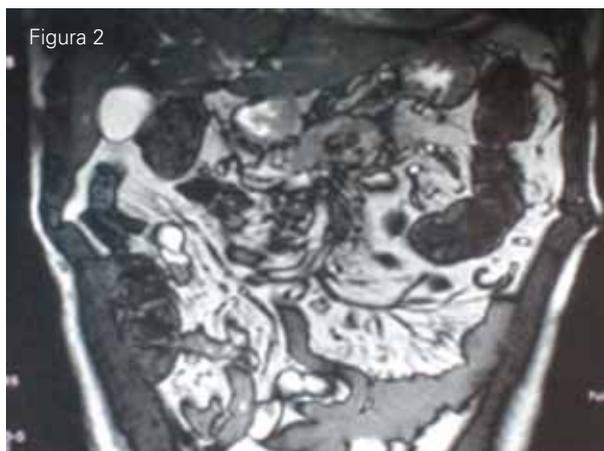


Figura 2



Figura 3

**Figura 2.** Imagen por colangiorensonancia magnética en secuencia corona y axial en trueFIST. **Figura 3.** Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en la que se visualiza proceso de colocación de prótesis pancreato duodenal a través de la cual se introduce material de contraste con visualización de conducto pancreático principal sin evidencia de trayecto fistuloso.

dolor abdominal y aquellas manifestaciones dadas por insuficiencia pancreática.<sup>1</sup>

El dolor es el dato pivote en la gran parte de los casos, y es de localización en el epigastrio, irradiado a espalda, que empeora 15-30 minutos después de los alimentos y que alivia parcialmente al doblarse hacia adelante. El dolor se vuelve más frecuente con la evolución de la enfermedad.<sup>12</sup>

La insuficiencia pancreática exócrina se manifiesta como datos de mala absorción de grasas y de proteínas. Esto es un signo tardío que no se presenta hasta que está afectada un 90% o más de la función del páncreas, y la ma-

nifestación principal es la esteatorrea.<sup>13</sup>

La insuficiencia pancreática endócrina se manifiesta en su gran mayoría con datos de intolerancia a la glucosa, la diabetes es rara cuando se presenta en etapas tardías de la enfermedad.<sup>14</sup>

Los estudios de laboratorio en pacientes con pancreatitis crónica no son muy útiles. Las enzimas pancreáticas como amilasa y lipasa pueden ser normales. Probablemente el estudio más útil es la detección de esteatorrea y para esto, la medición de elastasa fecal es la elección.<sup>15</sup>

Los estudios de gabinete son un punto importante. La

radiografía de abdomen es anormal solo en el 30% de los pacientes, y el dato más relevante es la presentación de calcificaciones en el páncreas, en especial en el conducto pancreático principal.<sup>13</sup> El ultrasonido de abdomen tiene una sensibilidad del 60-70% y una especificidad del 80-90%,<sup>16</sup> similar a la tomografía que tiene una sensibilidad del 75-90% y una especificidad del 85%.<sup>17</sup> La resonancia magnética no le añade beneficios en lo que respecta a diagnóstico, pero la utilidad mayor es en la detección de formas segmentarias raras de pancreatitis crónica.<sup>18</sup>

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ha sido el estándar de oro clásico para el diagnóstico, actualmente está siendo reemplazada por la colangiografía magnética. La apariencia cortada o partida del conducto pancreático principal y ramas ectásicas ductales es pato-

nomónico.<sup>13</sup>

El tratamiento es desalentador y está enfocado a aliviar el dolor, mejorar la insuficiencia pancreática con suplementos de enzimas pancreáticas y tratar las complicaciones si se presentan.<sup>1,13</sup>

## CONCLUSIONES

La pancreatitis crónica es una enfermedad que debe sospecharse en cualquier paciente con antecedentes de alcoholismo importante y dolor abdominal crónico. Es un diagnóstico difícil debido a que puede ser confundido con muchas otras entidades que son muy similares. La utilidad de los estudios de imagen es de gran ayuda para el diagnóstico, desafortunadamente el tratamiento es desalentador y el pronóstico de estos pacientes es malo.

## Referencias.

1. Steer ML, Waxman I, Freedman SD. Chronic pancreatitis. *N Engl J Med* 1995; 332:1482-90.
2. Swaroop VS, Chari ST, Clain JE. Severe acute pancreatitis. *JAMA* 2004; 291:2865-8.
3. Balakrishnan V, Chatni S, Radhakrishnan L, Narayanan VA, Nair P. Groove pancreatitis: a case report and review of literature. *JOP* 2007; 8:592-7.
4. Wilson JS, Bernstein L, McDonald C, Tait A, McNeil D, Pirola RC. Diet and drinking habits in relation to the development of alcoholic pancreatitis. *Gut* 1985; 26:882-7.
5. Bhatia E, Choudhuri G, Sikora SS, Landt O, Kage A, Becker M, et al. Tropical calcific pancreatitis: Strong association with SPINK1 trypsin inhibitor mutations. *Gastroenterology* 2002; 123:1020-5.
6. Borum M, Steinberg W, Steer M, Freedman S, White P. Chronic pancreatitis: A complication of systemic lupus erythematosus. *Gastroenterology* 1993; 104:613-5.
7. Bess MA, Edis AJ, Van Heerden JA. Hyperparathyroidism and pancreatitis. Chance or causal association? *JAMA* 1980; 243:246-7.
8. Cox DW, Breckenridge WC, Little JA. Inheritance of apolipoprotein C-II deficiency with hypertriglyceridemia and pancreatitis. *N Engl J Med* 1978; 299:1421-4.
9. Sossenheimer MJ, Aston CE, Preston RA, Gates LK Jr, Ulrich CD, Martin SP, et al. Clinical characteristics of hereditary pancreatitis in a large family, based on high risk haplotype. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:1113-6.
10. Lehman GA, Sherman S. Pancreas divisum. Diagnosis, clinical significance, and management alternatives. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1995; 5:145-70.
11. Lu Z, Karne S, Kolodczek T, Gorelick FS. Alcohols enhance caerulein-induced zymogen activation in pancreatic acinar cells. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2002; 282:G501.
12. Ammann RW, Muellhaupt B. The natural history of pain in alcoholic chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1999; 116:1132-40.
13. Mergener K, Baillie J. Chronic pancreatitis. *Lancet* 1997; 350:1379-85.
14. Del Prato S, Tiengo A. Pancreatic diabetes. *Diabetes Reviews* 1993; 1:260.
15. Keim V, Teich N, Moessner J. Clinical value of a new fecal elastase test for detection of chronic pancreatitis. *Clin Lab* 2003; 49:209-15.
16. Bolondi L, Li Bassi S, Gaiani S, Barbara L. Sonography of chronic pancreatitis. *Radiol Clin North Am* 1989; 27:815-33.
17. Luetmer PH, Stephens DH, Ward EM. Chronic pancreatitis: Reassessment with current CT. *Radiology* 1989; 171:353-7.
18. Balakrishnan V, Chatni S, Radhakrishnan L, Narayanan VA, Nair P. Groove pancreatitis: a case report and review of literature. *JOP* 2007; 8:592-7.