



## Carta al Editor

### Pancreatitis del surco: entidad benigna simuladora de tumor de cabeza de páncreas

#### *Groove pancreatitis. A benign entity simulating pancreatic head tumor*

Sr. Editor:

La pancreatitis del surco o paraduodenal es una forma segmentaria de pancreatitis crónica<sup>1</sup>, que puede simular neoplasias del área periampular.

Se describen dos casos de difícil diagnóstico diferencial en los que se indicó cirugía ante sospecha de patología tumoral.

Caso 1: Varón de 64 años con dolor epigástrico de un año de evolución y pérdida de 5 kg. Analíticamente destaca colestasis (GOT 65 U/L, GPT 82 U/L, GGT 1.834 U/L, FA 756 U/L) con bilirrubina normal y CEA de 4,14 ng/mL, CA19,9 de 100 U/mL. En ecografía, dilatación de vías biliares intra-extrahepáticas por tumoración de 9,5 x 4 x 7,5 cm en situación teórica de cabeza de páncreas. En TC se objetiva tumoración de 8 cm adyacente a cabeza pancreática que engloba segunda porción duodenal y papila sin afectar estructuras vasculares (fig. 1). La gastroscopia muestra pólipo en segunda porción duodenal de 8 mm ulcerado. Con la sospecha de neoplasia pancreática, se indica intervención quirúrgica: tumoración de tercera porción duodenal rodeada de gran componente desmoplásico, hepatopatía crónica y/o cirrosis hepática. Además, múltiples pólipos palpables y dilataciones venosas de forma difusa en la serosa del yeyuno ampliamente distribuidos por todo el intestino delgado. Se practicó duodenopancreatectomía cefálica.

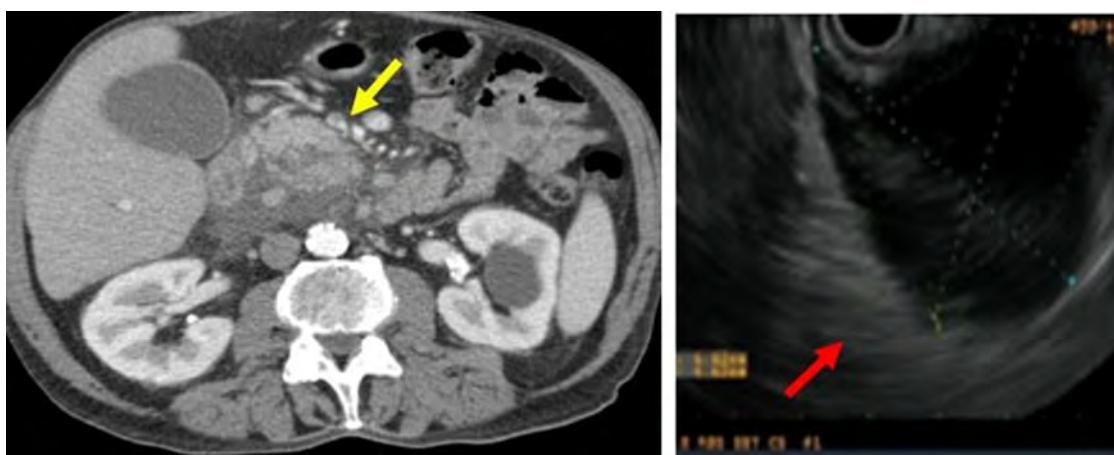
El informe anatomopatológico reveló fibrosis duodenal submucosa con extensión al páncreas, proliferación de células mioides,

miofibroblastos en patrón estoriforme, dilataciones quísticas ductales, atrofia acinar focal y esclerosis, endarteritis e infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario en agregados, células plasmáticas IGG4 + < 50/cga. En 28 ganglios linfáticos aislados histiocitosis sinusal. Se identifican malformaciones arteriovenosas submucosas yeyunales con cambios isquémico-necróticos. Todos los hallazgos concordantes con pancreatitis del surco con hiperplasia de glándulas de Brunner.

Caso 2: Varón de 53 años, HTA, policitemia, hábito enólico y exconsumidor de cocaína. Presenta dolor abdominal y vómitos de seis meses de evolución. Ingresa por obstrucción intestinal secundaria a compresión extrínseca duodenal por masa paraduodenal de origen incierto; quiste por duplicación vs. hematoma de pared duodenal en pruebas de imagen (eco abdominal, TAC, ecoendoscopia + PAAF (fig. 1), gastroscopia y EGD), objetivándose disminución progresiva de la lesión en controles, junto con desaparición paulatina de la sintomatología. Dos meses después ingresa por nuevo cuadro y el tránsito baritado confirma tumoración de 4-5 cm, dependiente de segunda porción duodenal y se indica intervención quirúrgica.

Se realiza duodenopancreatectomía cefálica. La histología confirmó pancreatitis del surco.

La pancreatitis del surco fue descrita en 1973 y clasificada en dos formas, pura y segmentaria, según afecte únicamente al área del surco o también a la cabeza pancreática. Se presenta en varones de 40-50 años con historia de hábito enólico y cursa generalmente con dolor epigástrico y vómitos posprandiales asociando pérdida de peso, a consecuencia de una alteración en la motilidad intestinal y de una estenosis duodenal, así como ictericia secundaria a la compresión sobre el colédoco, clínica que comparte con otras entidades como la neoplasia pancreática, planteando así un difícil diagnóstico diferencial<sup>1</sup>. De patogenia incierta, se han descrito varios factores



**Figura 1.** A) TAC Abdominal: Tumoración de 8 cm adyacente a cabeza pancreática. B) Ecoendoscopia: Imagen de posible quiste por duplicación vs. hematoma de pared duodenal.

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.05.040>

0025-7753/© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

asociados como úlceras pépticas, resección gástrica, quistes duodenales, y heterotopía pancreática en el duodeno. Para otros autores, la presencia de un conducto de Santorini anómalo es fundamental al interrumpir la salida de jugo que retrocede hacia el cuerpo pancreático donde queda estancado<sup>2</sup>.

La histología revela múltiples ductos dilatados y secreción espesa con cambios pseudoquisticos, hiperplasia de las glándulas de Brunner y excedente de fibrosis en el área del surco<sup>3</sup>.

En cuanto al diagnóstico por imagen, podemos identificar una estenosis duodenal en el tránsito esofagoduodenal y una estenosis del conducto pancreático principal en la CPRE. La ecoendoscopia es considerada técnica de elección, ya que además permite la obtención de material para estudio histológico<sup>4</sup>. En TC identificamos una masa hipodensa entre cabeza pancreática y segunda porción duodenal y engrosamiento de la pared duodenal con estenosis de su luz. En la RM detectamos una masa hipointensa respecto al parénquima pancreático en T1 e isointensa en T2 con realce tardío tras la administración de gadolinio. En la colangiografía se objetiva estenosis del colédoco intrapancreático (en 67% de las formas puras y 27% segmentarias) y a veces una estenosis del conducto de Wirsung<sup>5</sup>.

## Conclusión

El diagnóstico diferencial con tumores del área periampular es difícil, ya que comparten hallazgos radiológicos y en muchas ocasiones el diagnóstico final es histológico tras realizar una duodenopancreatectomía.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Bibliografía

1. Manzelli A, Petrou A, Lazzaro A, Brennan N, Soonawalla Z, Friend P. Groove pancreatitis. A mini-series report and review of the literature. JOP. 2011;12:230-3.
2. Egorov VI, Vankovich AN, Petrov RV, Starostina NS, Butkevich ATs, Sazhin AV, et al. Pancreas-preserving approach to paraduodenal pancreatitis treatment: Why, when, and how? Experience of 62 patients with duodenal dystrophy. Biomed Res Int. 2014;185-265. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/185265>.
3. Latham J, Sanjay P, Watt DG, Walsh SV, Tait IS. Groove pancreatitis: A case series and review of the literature. Scott Med J. 2013;58:28-31. <http://dx.doi.org/10.1177/0036933012474610>.
4. Brosens LAA, Leguit RJ, Vleggaar FP, Veldhuis WB, Van Leeuwen MS, Offerhaus GJA. EUS-guided FNA cytology diagnosis of paraduodenal pancreatitis (groove pancreatitis) with numerous giant cells: Conservative management by cytological and radiological correlation. Cytopathology. 2015;26:122-5. <http://dx.doi.org/10.1111/cyt.12140>.
5. Kalb B, Martin DR, Sarmiento JM, Erickson SH, Gobar D, Tapper EB, et al. Paraduodenal pancreatitis: Clinical performance of MR imaging in distinguishing from carcinoma. Radiology. 2013;269:475-81. <https://doi.org/10.1148/radiol.13112056>.

Marta Allue\*, Teresa Ramírez y Agustín García Gil

Servicio Cirugía General, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [martitaallue@hotmail.com](mailto:martitaallue@hotmail.com) (M. Allue).