

Caso Clínico: LITIASIS MULTIPLE EN EL CONDUCTO PANCREATICO.

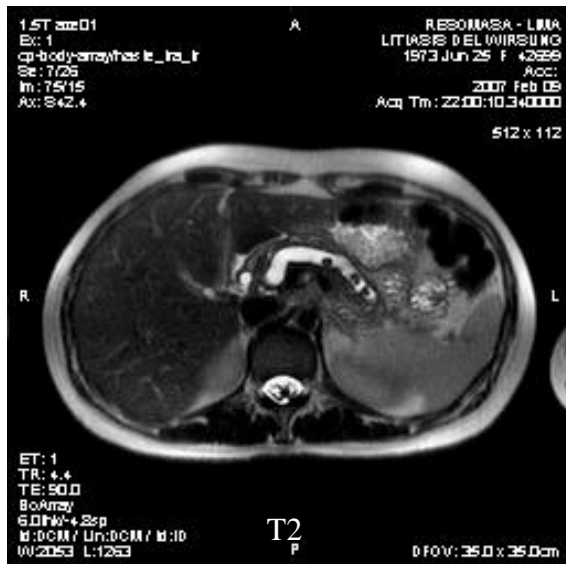
Paciente Mujer de 33 años, natural y procedente de Lima, con episodios de dolor abdominal a repetición. En el último episodio, en febrero del 2007, se identificó elevación de la amilasa y la lipasa pancreática séricas. Niega esteatorrea, dispepsia, diarrea y malnutrición.

Se solicita resonancia magnética de abdomen.

Descripción de los hallazgos:

EL ESTUDIO POR RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN Y PELVIS SE REALIZA EN SECUENCIAS SPIN-ECHO POTENCIADA EN T1 EN PLANO AXIAL; FAST SPIN-ECHO POTENCIADA EN T2 EN PLANOS AXIAL, CORONAL Y SAGITAL.

(El estudio completo se encuentra en el CD adjunto)

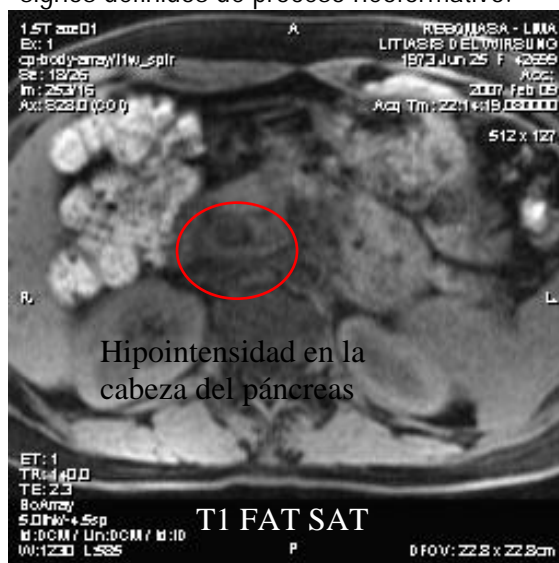


El hígado tiene tamaño, morfología y señal interna normal, no se identifica lesión focal parenquimal y dilatación de la vía biliar. La vesícula biliar es de paredes finas, no se observa cálculos en su interior.

El bazo, ambas glándulas supra-renales como siluetas renales y el retroperitoneo se observa sin alteraciones.

En la actualidad no existe evidencia de líquido libre en cavidad o lesiones de naturaleza expansiva.

El estudio muestra dilatación marcada del conducto de Wirsung, el cual llega a tener un diámetro ántero posterior de aproximadamente 11 mm., que condiciona marcada disminución en el volumen del parénquima pancreático. Este conducto se encuentra ocupado por varias formaciones hipointensas en prácticamente todo su trayecto hasta inclusive a nivel de la cabeza pancreática. La cabeza pancreática presenta un área de bordes poco definidos, de aproximadamente 2.9 x 1.8 cm. de diámetros, que se comporta como hiposeñal en T1 y en T1 con saturación de la grasa, no presenta signos definidos de proceso neoplasivo.



CONCLUSION:

MODERADA DILATACIÓN DEL CONDUCTO DE WIRSUNG, EL CUAL TIENE UN DIÁMETRO ANTERO POSTERIOR DE APROXIMADAMENTE 11 MM. EL MISMO QUE SE ENCUENTRA OCUPADO POR VARIOS CÁLCULOS. PRESENCIA DE UN ÁREA DE 2.9 CM DE DIAMETRO MAYOR LOCALIZADA EN LA CABEZA PANCREÁTICA, CUYO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INCLUYE PANCREATITIS FOCAL Y MÁS ALEJADA LA POSIBILIDAD DE PROCESO NEOFORMATIVO.

EL RESTO DEL ABDOMEN Y RETROPERITONEO SE OBSERVA DENTRO DE LIMITES MORFOLÓGICOS NORMALES.



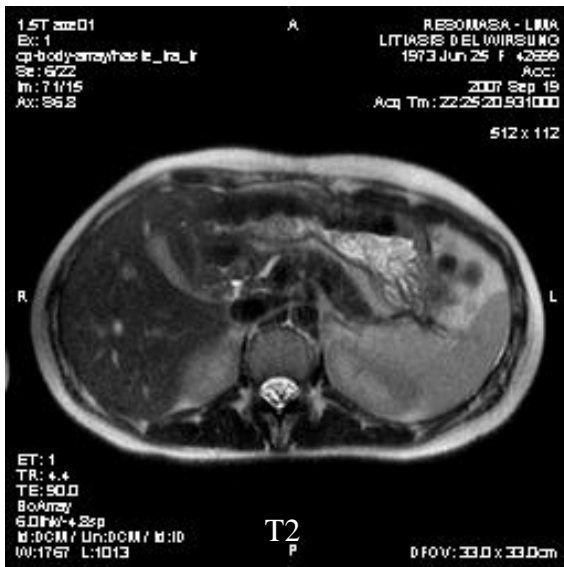
SEGUIMIENTO:

La paciente fue sometida endoscopia, con esfinterotomía y extracción de los cálculos. La paciente cursa con mejora inicial de los síntomas. Sin embargo luego de unos meses vuelve a presentar sintomatología. Regresan los dolores abdominales episódicos. Se decide tomar un estudio de seguimiento en setiembre del 2007.

Descripción de los hallazgos:

LA COLANGIOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA SE REALIZA CON TÉCNICA "HASTE" Y POSTERIOR RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL. ESTUDIO AMPLIATORIO DE ABDOMEN REALIZADO EN SECUENCIA T2 EN PLANOS CORONAL Y AXIAL.

(El estudio completo se encuentra en el CD adjunto)



Ambos riñones, las glándulas supra-renales y el bazo presentan caracteres normales.

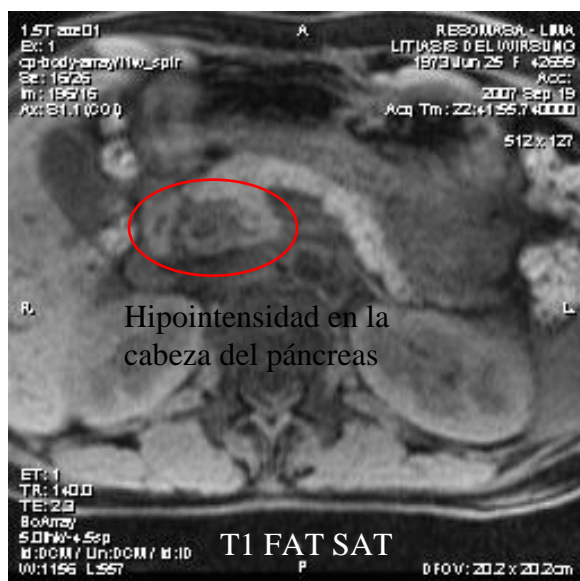
La cabeza pancreática presenta un área de bordes poco definidos, de aproximadamente 2.9 x 1.9 cm. de diámetros, que se comporta como hiposeñal en T1 y en T1 con saturación de la grasa, leve hiperseñal en T2 y STIR y no presenta signos definidos de proceso neoplasia.

En el retroperitoneo, la arteria aorta y la vena cava presentan diámetros normales, sin evidencia de adenopatías asociadas.

En comparación con estudio previo del 09.02.07 no se observa signos de litiasis en el interior del conducto pancreático. Así mismo

En este estudio se observa el conducto colédoco y a las vías biliares intra-hepáticas de diámetro normal, sin evidencia de proceso neoplasia en el interior de los mismos. El conducto pancreático presenta leve dilatación alcanzando hasta 5 mm. de diámetro antero-posterior, no se evidencia proceso neoplasia en el interior del mismo, ni signos de litiasis.

En el estudio ampliatorio del abdomen se observa al hígado de tamaño y morfología normal, sin evidencia de lesiones focales. La vesícula biliar se encuentra a parcial repleción, de paredes delgadas, sin evidencia de litiasis en su interior ni signos de proceso neoplasia.



este conducto ha disminuido significativamente en su diámetro ántero-posterior, midiendo en la actualidad 5 mm. Los hallazgos descritos en la cabeza pancreática no presentan diferencias significativas en comparación con el estudio previo.

CONCLUSIÓN:

PRESENCIA DE UN ÁREA DE 2.9 CM DE DIAMETRO MAYOR LOCALIZADA EN LA CABEZA PANCREÁTICA, CUYO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INCLUYE CAMBIOS POST-QUIRÚRGICOS, PANCREATITIS FOCAL Y PROCESO NEOFORMATIVO. LA POSIBILIDAD DE PROCESO NEOFORMATIVO SE CONSIDERA MÁS ALEJADA DEBIDO AL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ESTUDIO PREVIO SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS. LEVE DILATACIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO, SIN LITIÁSIS EN SU INTERIOR Y CON DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DEL DIÁMETRO ÁNTERO-POSTERIOR EN COMPARACIÓN CON EL ESTUDIO PREVIO.

DISCUSION:

La litiasis pancreática puede ser la causa o la consecuencia de la pancreatitis crónica¹, La pancreatitis crónica se caracteriza por la formación de calcificaciones dentro de los conductos pancreáticos que van creciendo hasta constituir grandes cálculos, los cuales obstruyen el flujo de las secreciones. Esta obstrucción, con la consecuente elevación de la presión dentro de los conductos pueden provocar fibrosis periductal e interlobular progresiva con atrofia de los acinis². En algunas ocasiones los cálculos en el conducto pancreático pueden ocasionar pancreatitis aguda³. En el caso que observamos la paciente no tiene cambios morfológicos, ni se reportaron síntomas que sugieran pancreatitis crónica, lo que sugiere que los cálculos en el conducto pancreático le ocasionaban pancreatitis a repetición, el último episodio de febrero del 2007 era el único que se documento como tal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Hernández F, Matus C, Cerda R, Leiva L, Montalva S, Alvarez S. Pancreatitis Crónica y litiasis pancreática. Revista Chilena de Cirugía 1999; 51(6): 633-8.
- 2.- Sarles H. Etiopathogenesis and definition of chronic pancreatitis. Dig Dis Sci 1986; 31: 91-107.
- 3.- Chowdary R, Patel R, Ahsley J, Huw M, Guillou P, Menon K. Solitary Main Pancreatic Ductal Calculus of Possible Biliary Origin Causing Acute Pancreatitis. J Pancreas (Online) 2005; 6(5):437-440.

Producido por: Segundo Cabrera Hipólito

CMP: 36527

