

Obstrucción duodenal por páncreas anular

Duodenal obstruction due to anular pancreas

Facundo I. Mandojana, Germán Viscido, M. Cecilia Bocco, Matías Parodi, Héctor Picón, Rafael Palencia, Alejandro M. Doniquian

Servicio de Cirugía General. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina.

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Correspondencia:
Germán Viscido
E-mail:
germanviscido@gmail.com

RESUMEN

El páncreas anular (PA) es una anomalía congénita infrecuente. Se caracteriza por la presencia de tejido pancreático ectópico alrededor del duodeno y puede estar asociado a obstrucción duodenal. Se presenta un paciente con cuadro de dolor abdominal y vómitos de 12 días de evolución. El laboratorio mostró elevación de lipasa en sangre. La tomografía computarizada de abdomen evidenció estómago y primera porción duodenal distendidos, en relación con una imagen en anillo de 5 cm de diámetro ubicada entre la cabeza del páncreas y la segunda porción del duodeno, sugestiva de PA. Ante la mala respuesta al tratamiento médico con reposo digestivo, sonda nasogástrica y nutrición parenteral, se decide conducta quirúrgica confirmando el diagnóstico de obstrucción duodenal por un PA. Se realiza gastroyeyunostomía en Y de Roux con buena evolución posquirúrgica. El PA puede manifestarse clínicamente como una obstrucción duodenal. Los casos con mala respuesta al tratamiento conservador requieren conducta quirúrgica para confirmar el diagnóstico y resolver la oclusión.

■ **Palabras clave:** páncreas anular, anomalías congénitas, obstrucción duodenal.

ABSTRACT

Annular pancreas (AP) is a rare congenital anomaly, characterized by ectopic pancreatic tissue surrounding the duodenum, that may associate with duodenal obstruction. We present a patient complaining of 12 days of abdominal pain and vomits. Blood tests showed hyperlipasemia. Computed tomography scan demonstrated stomach and first duodenal portion distended in relation to a 5 cm diameter image resembling a ring between the pancreatic head and the second portion of the duodenum, a well known characteristic of AP. Following a lack of clinical response to medical treatment, surgery was performed confirming a duodenal obstruction due to AP. Roux-en-Y gastrojejunostomy was done, with good postoperative outcome. Annular pancreas may present as a duodenal obstruction. For these cases, we suggest surgical treatment to confirm diagnosis and resolve the obstruction in cases with negative clinical response to conservative treatment.

■ **Keywords:** annular pancreas, congenital anomaly, duodenal obstruction.

Recibido el
17 de enero de 2017
Aceptado el
08 de junio de 2017

El PA es una anomalía congénita infrecuente¹. Se caracteriza por la presencia de tejido pancreático ectópico alrededor del duodeno y puede estar asociado a OD². La región duodenal más frecuentemente afectada es D2, y está asociado a diversos trastornos como síndrome de Down, atresia o estenosis duodenal, malrotación intestinal, entre otros¹. El PA es el responsable del 1% de las obstrucciones gastrointestinales¹.

Caso clínico: se trata de un paciente masculino de 43 años, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, que consulta en Urgencias por dolor abdominal epigástrico de 12 días de evolución. Asociados al cuadro presenta plenitud posprandial de 4 días de evolución y vómitos alimenticios (más de 5/día). No presentó cambios en el hábito intestinal, fiebre ni síntomas urinarios.

Se halla en buenas condiciones generales, con leve deshidratación, frecuencia cardíaca de 70 por minuto, tensión arterial 130/85 mm Hg y afebril. No presenta distensión abdominal. A la palpación se advierte abdomen blando, con dolor en epigastrio, sin signos pe-

ritoneales. Auscultación de ruidos hidroaéreos normales y timpanismo en hemiabdomen superior. Los exámenes de laboratorio destacan 10 800 glóbulos blancos sin neutrofilia, VSG 30 mm/hora y lipasa de 288 (VN: 60 U), amilasemia y hepatograma normal.

Con diagnóstico presuntivo de pancreatitis aguda se solicita ecografía abdominal que muestra vesícula biliar sin signos inflamatorios y con microlitiasis. Se destaca también marcada dilatación del estómago y primera porción duodenal. La TC de abdomen muestra estómago y primera porción duodenal con importante distensión, en relación con una imagen hipodensa en anillo de 5 centímetros de diámetro ubicada entre la cabeza del páncreas y la segunda porción del duodeno que no realza el contraste y se acompaña de discreto edema de la cabeza del páncreas con enrarecimiento de la grasa circundante (Fig. 1).

Ante la sospecha de estenosis duodenal por probable páncreas anular asociado a una pancreatitis aguda, se instala alimentación parenteral y sonda naso-

gástrica para descompresión. Al 3^{er} día de internación se realizó una videoendoscopia digestiva alta que mostró estómago de retención y una estenosis duodenal infranqueable a nivel de la 2^a porción. Se completó el estudio con tránsito de esófago, estómago y duodeno, que visualizó estómago, bulbo y segunda porción duodenal distendidos, con disminución del calibre en tercera porción duodenal y escaso pasaje hacia distal (Fig. 2).

La persistencia de altos débitos por la sonda nasogástrica (1800 cm³/día promedio) nos llevó a realizar una laparotomía al 9^o día de internación y se encontró, en la 2^a porción duodenal, una estenosis inflamatoria en forma de anillo, firmemente adherida a la pared del duodeno, la cual mostraba marcados signos inflamatorios y en íntimo contacto con la región cefálica del páncreas (Fig. 3). Dichos hallazgos fueron compatibles con páncreas anular, por lo que no se realizó maniobra alguna sobre la estenosis y se practicó una gastroyeyunostomía en Y de Roux y colecistectomía. El paciente presentó una buena evolución posoperatoria, buena tolerancia oral a la ingesta y recibió el alta a los 7 días.

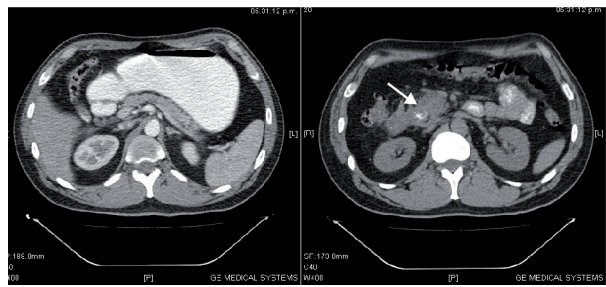
A un año del posoperatorio se encuentra en buenas condiciones y se mantiene en controles anuales.

El PA es una rara anomalía embriológica caracterizada por la presencia parcial o total de un anillo de tejido pancreático alrededor de la segunda porción del duodeno. Normalmente, el páncreas se desarrolla a partir de la fusión del brote pancreático dorsal y el ventral. Por lo general, el duodeno rodea la cabeza pancreática; esta situación se invierte en el PA, donde el tejido pancreático envuelve al duodeno. Existen varias teorías acerca de su formación; una de las más comunes es la de Lecco, quien sugirió que la adherencia del brote ventral del páncreas a la pared del duodeno deriva en un anillo de tejido que rodea al duodeno durante la rotación dorsal. Histológicamente, el anillo de tejido pancreático se entremezcla con el músculo liso de la pared duodenal y se extiende hasta la proximidad de la capa mucosa^{1,3}.

Afecta más a varones que a mujeres y con mayor frecuencia se manifiesta clínicamente en niños que en adultos^{2,4}. La región duodenal comúnmente afectada es D2 en el 70% y, con menos frecuencia, D1 y D3¹. Está asociado a diversos trastornos como síndrome de Down, atresia o estenosis duodenal, malrotación intestinal, fístula traqueoesofágica, páncreas divisum y defectos cardíacos, entre otros^{1,2}.

En adultos, los síntomas varían desde dolor abdominal crónico en abdomen superior, náuseas y vómitos, pudiendo estar asociado a úlcera péptica gastroduodenal, hasta pancreatitis aguda o crónica, litiasis pancreática y obstrucción duodenal^{1,2,4,5}. El PA es el responsable del 1% de las obstrucciones gastrointestinales. No hemos encontrado informes acerca de la asociación de obstrucción del tracto de salida gástrico y concomitantemente pancreatitis aguda en un mismo paciente.

FIGURA 1



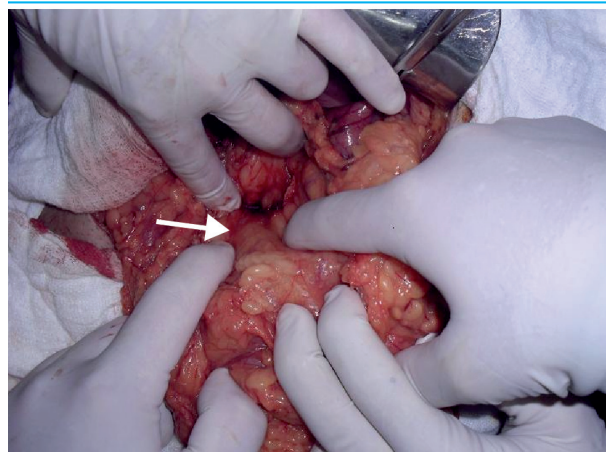
Izquierda: TC con doble contraste que muestra estómago distendido de retención con imagen de stop a nivel de la segunda porción duodenal. Derecha: aspecto inflamatorio de la cabeza pancreática y estenosis localizada en segunda porción duodenal

FIGURA 2



Tránsito esofagogastroduodenal que muestra antro y primera porción duodenal distendidos con imagen de stop en la segunda porción

FIGURA 3



Hallazgos intraoperatorios. Anillo inflamatorio completo sobre la 2^a porción duodenal

Los estudios contrastados objetivan la obstrucción del tracto de salida gástrico. La endoscopia visualiza una estenosis concéntrica con la dilatación duodenal preestenótica y además permite descartar otras causas comunes de obstrucción. La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) ha sido valorada como uno de los estudios más importantes para dilucidar los rasgos característicos y plantear una estrategia terapéutica³. Sandrasegaran y col. informan el diagnóstico utilizando CPRE, TC o resonancia magnética (RM) en pacientes con PA completo; en cambio, en pacientes con PA incompleto, el diagnóstico fue confirmado con CPRE o cirugía⁵. En nuestro caso, la TC sospechó el diagnóstico inicialmente y la cirugía confirmó la etiología definitiva.

Habitualmente, con tratamiento médico, el curso de la pancreatitis o la obstrucción duodenal relacionada es favorable. Cuando no responden con esta alternativa, se han propuesto numerosas opciones quirúrgicas. La gastroyeyunostomía, la duodenoyeyunostomía o la duodenostomía son las mejores opciones para paliar la obstrucción duodenal en adultos^{1,2}. La duodenopancreatectomía se ha recomendado cuando

el PA está asociado a pancreatolitiasis por pancreatitis crónica o cuando hay sospecha o certeza de tumor periampular². También ha sido informada la opción laparoscópica de estas técnicas⁶. No se recomienda la disección o remoción del anillo de tejido pancreático debido a la alta posibilidad de complicaciones, como fístula pancreática o duodenal o la erosión del tejido pancreático dentro de la pared del duodeno.

En resumen, el PA anular es una alteración infrecuente que puede estar asociada o no a otras enfermedades congénitas. No se conocen con exactitud su etiología ni su fisiopatología, y se manifiesta clínicamente como obstrucción duodenal en neonatos y adultos, pudiendo estar asociado a úlceras gastroduodenales, pancreatitis aguda y crónica y, con menos frecuencia, ictericia obstructiva o tumores periampulares. Los métodos por imagen como la TC, RM o CPRE aportan datos e incluso pueden llegar al diagnóstico en un gran porcentaje de pacientes, aunque en muchos casos el diagnóstico es quirúrgico. El tratamiento quirúrgico es el ideal en casos de obstrucción duodenal que no mejora con el tratamiento conservador.

Referencias bibliográficas

1. Withinngham PM, Riaz AA, Glayton G, Thompson HH. Anular páncreas – a rare cause of gastric obstruction in 82 – year – old patient. *Ann R Coll Surg Eng.* 2004; 86:1-3.
2. Jarry J, Wagner T, Rault A, Sa Cunha A, Collet D. Annular Pancreas: A Rare Cause of Acute Pancreatitis. *J Pancreas.* 2011; 12:155-57.
3. Paraskevas G, Papaziogas B, Lazaridis C, Gigis P, Papaziogas T. Annular pancreas in adults: embryological development, morphology and clinical significance. *Surg Radiol Anat.* 2001; 23:437-42.
4. Fen Fu P, Ren Yu J, Siun Lu X, Yun Shen Q, Sen Zheng S. Symptomatic adul anular pancreas: report the two cases and review of the literature. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2005; 4:468-71.
5. Sandrasegaran K, Patel A, Fogel E, Zyromski N, Pitt H. Annular Pancreas in Adults. *AJR.* 2009; 193:455-60.
6. De Ugarte D, Dutson E, Hiyama D. Annular pancreas in the adult: management with laparoscopic gastrojejunostomy. *Am Surg.* 2006; 72:71-3.