Pancreatitis aguda causada por quiste de duplicación duodenal y páncreas divisum en hombre adulto.

Tutor: Dr. Eduardo Redondo Cerezo. **Grupo 9A:** María Rubio García; Ana Rubio Santoyo; Lucía Teresa San Nicolás Calderón; Nuria Ruiz Murcia; Blanca Ruiz de Almirón de Andrés; M^a del Mar Rubio Polo; Laura Sánchez Villanueva; David Rueda Moreno; Rosa María Salido Guerrero; Cristina Ruiz Dote; Esteban Rueda Soler; Ángel Pignard; Claudio Rossi.

Presentamos nuestro caso que se trata de una patología muy frecuente pero con una presentación inusual.

Comenzando con el caso clínico en sí: acude a la consulta de urgencias un paciente varón de 37 años con una crisis de dolor abdominal en epigastrio, sin referir irradiaciones concretas ni factores que lo alivien.

Es importante destacar que el paciente refiere que ha presentado otras crisis de dolor abdominal atribuibles a pancreatitis y cólico biliar en los últimos 3 años, con ingresos repetidos en urgencias; por lo que este cuadro será nuestra principal sospecha. También es necesario señalar que no posee alergias medicamentosas conocidas, ni cirugías previas.

Tras la anamnesis, se pasa al paciente a la camilla para realizarle una exploración física general, torácica y abdominal; y posteriormente una analítica dirigida y una serie de exploraciones complementarias.

Procedemos a realizar una exploración física de forma sistemática y organizada que nos puede aportar mucha información sobre el diagnóstico de nuestro paciente. El paciente llega a consulta consciente y orientado y no encontramos signos de trastorno neurológico. Tras esto, comenzamos con la exploración::

En la **exploración general** no encontramos ningún dato de interés. Continuamos con la **exploración torácica** donde observamos una ligera taquicardia y en la auscultación respiratoria no hay nada que nos haga sospechar algún problema (no roncus, sibilantes y crepitantes, no disnea).

Debido al motivo de consulta del paciente, nos centramos en la **exploración abdominal** (donde sospechamos que está el problema). Procedemos a la inspección y auscultación; no presentando nada fuera de lo común, a continuación le indicamos al paciente que vamos a continuar con palpación y que nos indique el punto donde refiera más dolor para comenzar por las zonas periféricas. Esto nos hace comprobar que presenta un dolor abdominal en epigastrio con signos de molestia y dolor a la descompresión. Para finalizar la exploración abdominal nos centramos en la percusión, la cual resulta normal, posteriormente le decimos al paciente (tumbado en la camilla) que levante el muslo derecho mientras le oponemos una resistencia, como no le provoca dolor

descartamos apendicitis (Signo del Psoas) .

Para terminar pedimos al paciente que haga una respiración profunda y le avisamos que vamos a presionar hacia abajo el reborde costal derecho, no vemos nada fuera de lo común por lo que descartamos una posible colecistitis aguda (Signo de Murphy) .

Esta exploración física, que en su mayoría es negativa, nos ha permitido ir descartando diversas patologías y concluimos que debemos seguir estudiando a nuestro paciente.

El siguiente paso que adoptamos en base a la clínica y a la exploración del paciente, es hacer una analítica.

Los hallazgos que hemos obtenido en la **analítica dirigida**, se corresponden en su mayoría con valores normales, excepto en el caso de la amilasa pancreática, cuyo valor está claramente elevado (el valor obtenido en el paciente es de 510 U/L, siendo el valor normal de 20-96 U/L).

La amilasa, es una enzima α -1,4-glucosidasa que encontramos tanto en la saliva como en el jugo pancreático, y que participa en la digestión de los polisacáridos, ya que hidroliza los enlaces α -1,4. De esta manera, da lugar a glúcidos más simples que se pueden absorber más fácilmente. Además, sabemos que la enzima pancreática se eleva en procesos inflamatorios del páncreas, por lo que desde ya comenzamos a sospechar de una pancreatitis aguda

Respecto a la **exploración complementaria**, comenzamos con una ecografía abdominal, la cual no nos aportó datos significativos. Por ello, se realizó una resonancia magnética en la que se observó una vesícula biliar normal con dilatación quística a nivel distal del colédoco periampular, que sobresale en la luz duodenal. Estas primeras observaciones inclinaron el diagnóstico hacia un coledococèle.

Con este hallazgo concluimos que nos serviría de ayuda realizar una endoscopia abdominal, la cual nos reveló un quiste en la segunda porción duodenal, con mucosa normal suprayacente, craneal y ligeramente lateral al pliegue coledocal.

Una vez realizada satisfactoriamente dicha prueba, tras la observación del quiste y la realización de una endoscopia ultrasonido lineal (gracias a la cual observamos la cavidad quística y los detritos en su interior), se procedió a la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. La colangiografía no mostró nada fuera de lo común, mientras que la pancreatografía dejó ver una parada en el primer tercio del conducto pancreático. Además, no se encontró la papila menor pese a una exhaustiva búsqueda de la misma. Ambos hallazgos son sugestivos de páncreas divisum, diagnóstico que se confirmaría un mes más tarde por medio de una resonancia magnética.

Junto con dicha resonancia y para comprobar que el quiste fue correctamente drenado, se realizó una endoscopia ultrasonido radial, en la cual no se halló nada extraño dejando ver que había desaparecido exitosamente.

En cuanto al **diagnóstico** concluimos que el paciente presenta pancreatitis por un quiste de duplicación duodenal, originado por el páncreas divisum. Se considera un hallazgo funcional, que orientó la exploración complementaria, los niveles elevados de amilasa, hasta tres veces por encima de los valores normales. Los puntos clave para el diagnóstico se centraron en los hallazgos morfológicos encontrados mediante ecoendoscopia y otras pruebas de imagen, descartando así otras etiologías. Estos fueron:

- Dilatación quística a nivel distal del colédoco periampular en resonancia magnética (RM) y quiste duodenal en ecoendoscopia abdominal, que son lesiones propias del quiste de duplicación duodenal.
- Parada en el primer tercio del conducto pancreático y no hallazgo de papila menor en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), característicos del páncreas divisum.

Finalmente respecto al **tratamiento**, generalmente es un tanto expectante en asintomáticos, mientras que en sintomáticos se ha venido practicando la resección quirúrgica completa o parcial cuando podía verse comprometido en drenaje biliar y pancreático. No obstante, en casos como el nuestro de un quiste de duplicación duodenal, la marsupialización endoscópica es el tratamiento de elección por ser menos invasivo y de mejor pronóstico.

Como **conclusiones**, en primer lugar, la pancreatitis aguda tiene múltiples causas, encontrándose entre las más frecuente la alcohólica y la biliar, pero puede ser también por causas congénitas. En segundo lugar, siendo muy frecuente la pancreatitis aguda, esta forma de presentación con un quiste de duplicación duodenal es muy infrecuente. En tercer y último lugar, vemos que en estos casos puede presentarse como un cuadro leve, siendo la ecoendoscopia y pruebas de imagen claves para el diagnóstico, y sin mayores complicaciones el tratamiento endoscópico resulta sencillo y exitoso.

Terminamos destacando lo que hemos aprendido de este caso y del trabajo en su conjunto :

- Saber correlacionar la clínica del paciente con el diagnóstico mediante todas las pruebas esenciales y complementarias.
- Realizar un diagnóstico diferencial.
- Conocer los quistes de duplicación duodenal y algunas posibles consecuencias de la presencia de un páncreas divisum.

Referencias bibliográficas.

- Dipasquale V, Barraco P, Faraci S, Balassone V, De Angelis P, Di Matteo FM, Dall'Oglio L, Romano C. Duodenal Duplication Cysts in Children: Clinical Features and Current Treatment Choices. *Biomed Hub*. 2020 Jul 13;5(2):152-164. doi: 10.1159/000508489. PMID: 32884929.
- Pérez Arellano, José Luis. Sisinio De Castro. *Manual de Patología general*, 8ª Edición. Elsevier. España; 2020.
- Ramia Ángel JM, De La Plaza Llamas R, Quiñones Sampedro JE, Gómez Caturla A, García-Parreño Jofré J. Quiste de duplicación duodenal [Duodenal duplication cyst]. *Cir Esp*. 2011 Feb;89(2):118-20. Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2010.01.003. Epub 2010 May 23. PMID: 20546715.
- Redondo-Cerezo E, Pleguezuelo-Díaz J, de Hierro ML, Macias-Sánchez JF, Ubiña CV, Martín-Rodríguez Mdel M, Teresa-Galván JD. Duodenal duplication cyst and pancreas divisum causing acute pancreatitis in an adult male. *World J Gastrointest Endosc*. 2010 Sep 16;2(9):318-20. doi: 10.4253/wjge.v2.i9.318. PMID:21160764;PMCID:PMC2999032.