

Caso	(788) Pancreatitis aguda secundaria a membrana duodenal incompleta
Autores	Maria Teresa Garzón Guiteria, Piedad Arias Rodríguez. Sara Marquez Batalla. irene Jimenez García. Sara De La Mano González. jose M ^a Garrido Pedraz
Centro	Hospital Universitario De Salamanca

EXPOSICIÓN DEL CASO

Lactante de 16 meses, con riñón en herradura, que acude a urgencias por vómitos alimenticios y dolor abdominal cólico. En la analítica destaca elevación de lipasa (641 u/l), por lo que ingresa con sospecha de pancreatitis aguda.

La ecografía abdominal realizada para descartar complicaciones pancreáticas muestra imagen de apariencia entérica con contenido líquido, sugerente de quiste de duplicación o duodeno dilatado.

Se realiza estudio gastroduodenal que muestra un estómago de morfología normal con buen vaciado a un duodeno que, se dilata severamente de forma progresiva, debido a una estenosis incompleta en la unión de la segunda-tercera porción duodenal. Lentamente pasa contraste al resto de asas y la unión duodenoyeyunal se sitúa en posición normal lo que descarta malrotación intestinal asociada.

Para descartar otras alteraciones congénitas (dada la anomalía renal) y valorar adecuadamente conductos pancreáticos se realiza resonancia abdominal y colangiorenancia. Confirma una estenosis duodenal, inmediatamente después de la ampolla de Vater, donde drenan colédoco y conducto pancreático normales, considerando esta confluencia anatómica como causa de la pancreatitis por efecto compresivo y/o posible reflujo de contenido al conducto pancreático.

Se interviene al paciente realizando duodenoyeyunostomia con diagnóstico de estenosis por membrana duodenal.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda es poco frecuente en la edad pediátrica. Los traumatismos abdominales constituyen la causa más frecuente, por accidente de tráfico o por causa no accidental.

Las infecciones, la toxicidad farmacológica, la litiasis por anomalía del árbol biliar, las enfermedades multisistémicas y las anomalías congénitas pancreáticas son posibles etiologías y las causas obstructivas pueden causar episodios crónicos.

La membrana duodenal es una causa de estenosis con frecuencia incompleta y en un 50% se asocia a anomalías congénitas, entre ellas genitourinarias, como el riñón en herradura de nuestro paciente.

Los niños presentan vómitos alimenticios y en ocasiones distensión abdominal. El diagnóstico suele hacerse en las primeras semanas de vida, pero en muchos casos el curso es larvado, justificado por la obstrucción incompleta y el diagnóstico tardío. Revisada la historia de nuestro paciente se constataban 7 consultas previas desde el primer mes, por episodios autolimitados de vómitos achacados a gastroparesia.

Constituye una causa rara de pancreatitis aguda, pero en casos como el presentado, en el que la dilatación duodenal es severa y la estenosis se localiza inmediatamente después de la ampolla de Vater, puede ocasionarla por efecto compresivo y / o reflujo de contenido intestinal al conducto pancreático.

Cuando se sospecha de inicio, puede realizarse una radiografía de abdomen que mostrará dilatación gástrica y duodenal. Este hallazgo es también valorable, como ocurrió en nuestro caso por ecografía y constitución indicación de un estudio gastroduodenal para valorar la obstrucción y localizar la unión duodenoyeyunal y descartar malrotación asociada.

La resonancia abdominal con Colangiorm permite valorar anomalías congénitas asociadas y en nuestro caso, confirmación de la pancreatitis, valoración de complicaciones asociadas y morfología y disposición de los conductos pancreáticos y del árbol biliar.

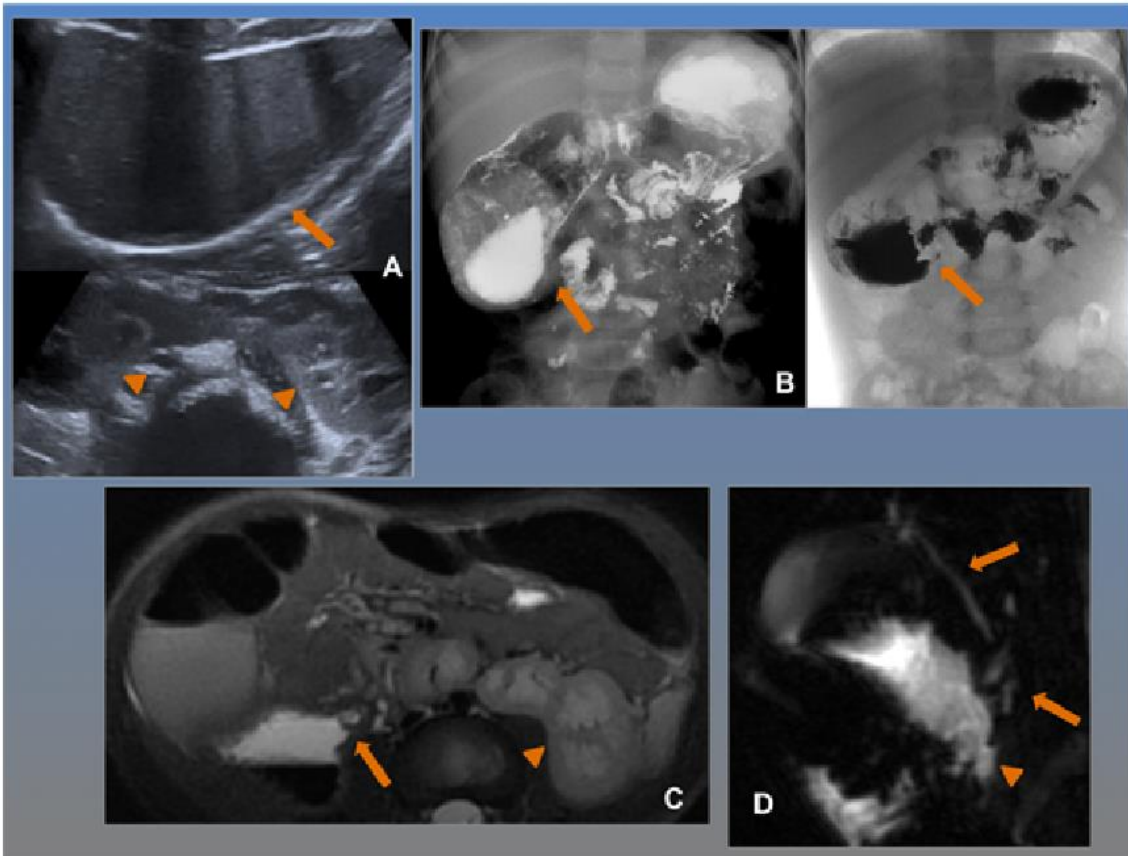
CONCLUSIÓN

La membrana duodenal es una causa rara de pancreatitis aguda condicionada por efecto compresivo y / o reflujo de contenido intestinal al conducto pancreático.

Debe pensarse en esta entidad ante episodios repetitivos de vómitos autolimitados, sobre todo en niños con anomalías congénitas asociadas.

El estudio diagnóstico de elección es el gastroduodenal que permite confirmar la obstrucción y descartar malrotación intestinal

La Colangiorenancia permite valorar colédoco, ampolla de Vater, conductos pancreáticos y su relación anatómica con la membrana duodenal.



A. Ecografía abdominal. Imagen de apariencia entérica con contenido líquido que se corresponde con duodeno dilatado (flecha). Riñón en herradura (cabezas de flecha). B. Estudio gastroduodenal. Dilatación severa de duodeno, con estenosis focal a nivel de la segunda porción duodenal (flechas). Treitz en posición normal. C. RM abdominal. Estenosis duodenal inmediatamente después de ampolla de Vater (flecha). Riñón en herradura (Cabezas de flecha). D. ColangioRM. Cístico y conducto pancreático normales (flechas) confluyendo en ampolla. Dilatación duodenal previa (Cabeza de flecha)

BIBLIOGRAFÍA

1. Berrocal T, Torres I, Gutiérrez J et-al. Congenital anomalies of the upper gastrointestinal tract. *Radiographics*. 19 (4): 855-72.
2. Mekitarian Filho E, Carvalho WB, Silva FD. Acute pancreatitis in pediatrics: a systematic review of the literature. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88 (2)101-14.
3. Cano Muñoz I, Montoya Mendoza N. Obstrucción duodenal en pacientes pediátricos. *Anales de Radiología México* 2011;4: 258-273.