

Sección: Caso radiológico

El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M.D.¹



DESCRIPCION RADIOLÓGICA

La serie gastroduodenal permite observar el marco duodenal ensanchado, aumentado de tamaño y con signos de compresión sobre el borde medial de la segunda porción del arco duodenal.

DISCUSION

1. El cuadro clínico de la pancreatitis se caracteriza por dolor abdominal intenso que se localiza en el epigastrio y a veces se irradia hacia el hipocondrio izquierdo. El dolor es súbito. Este cuadro aparece muchas veces después de comidas copiosas o ingestión de bebidas alcohólicas. El vómito es otro síntoma común. La ictericia no es frecuente, depende de la severidad de la pancreatitis y se manifiesta del segundo al séptimo día¹⁻². Al examen físico el abdomen se encuentra disten-

dido, con dolor a la palpación profunda en la zona pancreática sin que haya una franca defensa abdominal, a menos que la pancreatitis sea del tipo hemorrágico en cuyo caso las zonas de hemorragia y necrosis pueden abarcar no solamente las zonas pancreáticas sino el retroperitoneo, el saco menor de las reflexiones peritoneales, por esto puede haber grados variables desde la hipotensión al shock.

Es clásico la elevación de las amilasas que no aparece en el caso en discusión. El marco duodenal, por hallarse en estrecha relación con la cabeza del páncreas, se puede dilatar y mostrar signos de compresión interna, espículas. Otros hallazgos radiológicos de la pancreatitis aguda son el derrame pleural izquierdo, la dilatación del colon transverso, el borramiento de la sombra del psoas,

HAGA SU DIAGNOSTICO

Mujer de 20 años. Tiene ictericia, dolor en el epigastrio, prurito generalizado y masa de consistencia blanda en el hipocondrio derecho. La bilirrubina total, 7.5 mg%; la directa, 4.5 mg%; fosfatasas alcalinas, 325 U; transaminasas GOA, 240 U; las amilasas dieron cifras normales.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Pancreatitis.
2. Quiste del colédoco.
3. Adenopatías peripancreáticas.

* Profesor Titular, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia..

asas delgadas dilatadas en la parte vecina al páncreas y que se llaman "asas centinelas", etc. Es importante anotar la asociación de pancreatitis y enfermedad biliar litiásica².

2. Los quistes del colédoco aparecen con mayor frecuencia en mujeres con una relación 4/2; se han descrito casos en adultos pero se diagnostican más en niños. La paciente muestra la clásica tríada del quiste del colédoco: dolor, ictericia y masa. Esta tríada no está presente en 100% de los casos³.

El diagnóstico del quiste del colédoco se establece mediante la ecografía que muestra la presencia de una masa anecoica relacionada con la porta hepatis⁴. La colecistografía, la colangiografía endovenosa, la colangiografía transparietohepática, pueden ser de ayuda en estos casos. Además de la vesícula, con el medio de contraste se visualiza la masa quística contrastada por dentro de la vesícula. Otros exámenes que se pueden utilizar además de los anteriores, aunque más costosos, son la gammagrafía con tecnecio 99 y la tomografía computadorizada. Esta última informa con mejor detalle la extensión del quiste hacia el parénquima hepático⁵.

La serie gastroduodenal empleada en la paciente muestra dilatación del arco duodenal debido a la estrecha relación que existe entre el colédoco y la cabeza del páncreas enmarcada por el arco duodenal. El quiste también puede comprimir y desplazar anteriormente el bulbo duodenal².

La clasificación de los quistes comprende 4 categorías y para otros autores⁵, siendo la más frecuente la forma sacular, que simula un "aneurisma" que engloba el colédoco, sin comprometer el esfínter de Oddi. Esta forma corresponde a la variedad¹.

3. Las adenopatías inflamatorias como las de origen tuberculoso⁶ pueden ensanchar el marco duodenal, también las que muestran compromiso por linfoma, metástasis, leucemias. El cuadro clínico de las entidades mencionadas es diferente. La tuberculosis suele ser secundaria a tuberculosis de origen pulmonar y en 30-50% de los casos suele haber signos de tuberculosis en los pulmones visibles en la placa simple de tórax. Los linfomas, carcinomas, leucemias comprometen el estado general. Hay pérdida de peso, inapetencia, anemia, etc, hallazgos y síntomas ausentes en el caso en discusión.

DIAGNOSTICO FINAL

Quiste del colédoco tipo I.

REFERENCIAS

1. Conn, HF, Clohecy, RJ & Conn, RB. *Current diagnosis*. Pp. 374-376, WB Saunders Co, Philadelphia, 1967.
2. Braunwald, E, Isselbacher, KJ. *Harrison: Principios de Medicina Interna*. Pp. 1676-1682, 2a. ed, Interamericana, McGraw Hill, México, Bogotá, Buenos Aires, 1987.
3. Chamorro-Mera, C, Cantillo, E & Marín, C. Quistes del colédoco. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de 6 pacientes. *Colombia Med*, 1986, 17: 91-98.
4. Tsardakas, EN & Robnett, AH. Congenital cystic dilatation of the common bile duct. Report of three cases, analysis of 57 cases and review of the literature. *Arch Surg*, 1956, 72: 311-327.
5. Havrilla, TR, Haaga, JR, Alfydi, RJ & Reich, NE. Computed tomography and obstructive biliary disease. *AJR*, 1977, 128: 765-768.
6. Chamorro-Mera, C. El caso radiológico. Tuberculosis intestinal, adenitis pancreatoduodenal. *Colombia Med*, 1981, 12: 122-123.