

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AUTOINMUNE

<https://doi.org/10.46613/congastro2021-54>

Toledo P.¹, Parra C.², Espinoza D.², Sanhueza A.², Berger Z.¹ ¹Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico universidad de Chile, Santiago, Chile. ² Servicio de Imagenología, Hospital Clínico universidad de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN Las imágenes son de suma importancia para el diagnóstico, monitorización terapéutica y seguimiento de la pancreatitis autoinmune (PAI). Errores en el diagnóstico llevan a cirugías o terapia esteroidal innecesarias. **OBJETIVOS** Analizar los hallazgos imagenológicos y su frecuencia en pacientes con PAI confirmada. Evaluar la recuperación y secuelas imagenológicas después de tratamiento. **MÉTODO** Análisis retrospectivo de Tomografías Computadas (TC) y Resonancias Magnéticas (RM) de abdomen disponibles de pacientes con PAI confirmada controlados en nuestro hospital entre los años 2007-2021. Las imágenes fueron evaluadas por 3 radiólogos. **RESULTADOS** 53 pacientes (60% hombres), con 1 o más imágenes, la mayoría RM. Los hallazgos más frecuentes: compromiso difuso con aumento del volumen pancreático, con alteraciones en intensidad de señal y compromiso del colédoco intrapancreático (tabla 1). No hubo necrosis ni colecciones peripancreáticas mayores en ningún caso. PAI fue confirmada por histología en 14 casos con lesiones focales (6 por punción y 8 por resección), y en 16 pacientes se hizo una prueba terapéutica esteroidal con rápida mejoría imagenológica a 2 semanas. Atrofia del parénquima es la secuela tardía más frecuente (45%). **CONCLUSIÓN** Las imágenes características pueden servir como base del diagnóstico en la PAI (fig.1). Presencia de necrosis, colecciones peripancreáticas argumentan a favor de PA de otra etiología, dilatación marcada del CP es más compatible con cáncer. La atrofia pancreática fue la secuela más común, siendo la pancreatitis crónica excepcional.

Tabla 1. Hallazgos imagenológicos

Hallazgos Imagenológicos	Nº de Casos (N=53)	%
Compromiso Glandular Difuso	23	43.4%
Compromiso Glandular Focal	19	35.8%
Cabeza	7	13.2%
Cuerpo	7	13.2%
Cola	10	18.9%
Compromiso Glandular Multifocal (>1 foco)	11	20.8%
Halo peripancreático	16	30.2%
Aumento de volumen de páncreas	35	66.0%
Alteración densidad/intensidad	48	90.6%
Lesiones quísticas intrapancreáticas	2	3.7%
Estenosis focal conducto Wirsung	10	18.9%
Dilatación de conducto de Wirsung (máximo 9 mm, promedio 5,5 mm)	10	18.9%
Irregularidad de Wirsung	15	28.3
Necrosis pancreática/extrapancreáticas	0	0%
Colecciones líquidas pancreáticas	1	1.9%
Compromiso de la vía biliar	29	54.7%
Intrahepática	8	15.1%
Extrahepática	26	49.1%
Colédoco extrapancreático	3	5.7%
Colédoco intrapancreático	24	45.3%
Compromiso extrapancreático		
Fibrosis retroperitoneal	2	3.8%
Nefritis	7	13.2%
Seguimiento		
Recuperación completa de todas las lesiones	6	11.3%
Lesiones Secuelas	18	34.0%
Atrofia del parénquima	24	45.3%

Dilatación de conducto de Wirsung (máximo 11mm; promedio 6 mm)	6	11.3%
Calcificaciones, imagen de pancreatitis crónica avanzada	1	1.9%
Número de casos con recidiva de PAI demostradas por imágenes	11	20.8%