

No fue necesario la autorización del comité de ética de la institución ya que en ningún momento incumplen o violan normas de anonimato del paciente, ni se realiza algún procedimiento experimental que pusiere en riesgo la integridad del paciente.

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para la elaboración del presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

Referencias

- Kentley J, Ooi JL, Potter J, et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge. *Trop Med Int Health*. 2017;22:994–9, <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12908>.
- Ruiz Cuesta P, Iglesias Flores E, García Sánchez V, et al. Tuberculosis intestinal y diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn. *RAPD Online*. 2012;35:269–72.
- Ma JY, Tong JL, Ran ZH. Intestinal tuberculosis and Crohn's disease: challenging differential diagnosis. *J Dig Dis*. 2016;17:155–61, <http://dx.doi.org/10.1111/1751-2980.12324>.
- Limsrivilai J, Shreiner A, Pongpaibul A, et al. Meta-analytic Bayesian model for differentiating intestinal tuberculosis from Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2017;112:415–27, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2016.529>.
- Giouleme O, Paschos P, Katsarons M, et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge – case report and review of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2012;23:1074–7, <http://dx.doi.org/10.1097/MEG.0b013e32834a9470>.
- Merino Gallego E, Gallardo Sánchez F, Gallego Rojo F. Tuberculosis intestinal: importancia y dificultad del diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn. *Rev Esp Enferm Dig*. 2018;110:650–7, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5184/2017>.
- Mosquera Klineger GA, Ucroz Benavides A. Enfermedad de Crohn vs tuberculosis intestinal: un diagnóstico diferencial desafiante. Revisión de tema. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2018;33:423–30, <http://dx.doi.org/10.22516/25007440.172>.
- Kedia S, Das P, Madhusudhan KS, et al. Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *World J Gastroenterol*. 2019;25:418–32, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v25.i4.418>.
- Mosli MH, Zou G, Garg SK, et al. C-reactive protein, fecal calprotectin, and stool lactoferrin for detection of endoscopic activity in symptomatic inflammatory bowel disease patients: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2015;110:802–19, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2015.120>.
- Ricciuto A, Griffiths AM. Clinical value of fecal calprotectin. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2019;56:307–20, <http://dx.doi.org/10.1080/10408363.2019.1619159>.
- Ayling RM, Kok K. Chapter Six - Fecal Calprotectin. *Adv Clin Chem*. 2018;87:161–90, <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acc.2018.07.005>.

L.M. Aguirre-Padilla*, B.E. Madrid-Villanueva, M.E. Ugarte-Olvera y J. Alonso-Soto

Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba

*Autor para correspondencia. Hospital Hermanos Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Centro Habana, La Habana, Cuba, 10200. Teléfono: + 5356080535. Correo electrónico: luismarcelo931028@gmail.com (L.M. Aguirre-Padilla).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2021.02.007>
0375-0906/ © 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Adenocarcinoma ampular en un paciente con páncreas anular portal: relevancia del abordaje quirúrgico en el procedimiento de Whipple



Ampullary adenocarcinoma in a patient with portal annular pancreas: Relevance of the surgical approach in the Whipple procedure

Una mujer de 41 años, sin historia médica relevante, presentó dolor abdominal asociado con ictericia y pérdida de peso de 10 kg en un mes, además de niveles elevados de transaminasas.

En el abordaje inicial, se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, con drenado biliar transpapilar por medio de stent. Se identificó una lesión

ampular y el reporte histopatológico especificó adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La paciente fue referida a nuestro hospital. Una tomografía computarizada reveló conducto biliar común dilatado secundario a una lesión ampular. El conducto pancreático principal (CPP) estaba situado en una posición retroportal y el tejido pancreático circundaba la vena porta y la confluencia esplenoportal (fig. 1).

La paciente se sometió a un procedimiento de Whipple con preservación de píloro (pancreaticoduodenectomía), con una resección en 2 pasos del páncreas. Primero, se dividió la porción anteportal, revelando un conducto pancreático accesorio, de 5 mm de diámetro. A continuación, se dividió la porción retroportal, revelando el CPP, con un diámetro de 1.5 mm. El examen patológico macroscópico identificó un tumor con medidas de 1.6 × 1.6 cm, localizado en la ampolla de Vater, 1/10 ganglios linfáticos positivos

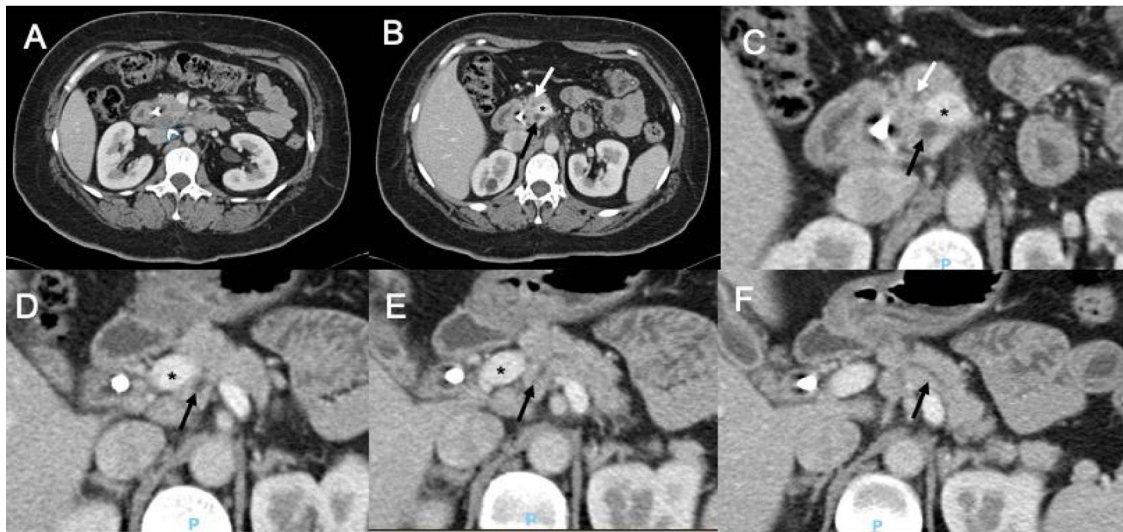


Figura 1 Tomografía computarizada abdominal que muestra: A) una lesión hipodensa en la cabeza del páncreas (punta de flecha) y B-F) páncreas *divisum* con conducto retroportal principal (flecha negra) y un conducto pancreático accesorio anteportal (flecha blanca). Vena porta (*).

(peripancreáticos), y márgenes quirúrgicos libres de tumor. El análisis microscópico mostró un adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado. El curso postoperatorio de la paciente fue sin eventos, y recibió 8 ciclos de quimioterapia adyuvante con capecitabina/gemcitabina. La paciente actualmente está en seguimiento activo por el Servicio de Oncología, y el control de imagen más reciente reveló recurrencia local de la enfermedad, a 27 meses del diagnóstico inicial.

El páncreas anular es una condición rara caracterizada por el involucramiento circunferencial de otra estructura anatómica. El páncreas anular portal (PAP) es la anomalía congénita menos frecuente del páncreas, con una incidencia de alrededor del 1.14%^{1,2}. Esta variación anatómica es el resultado de una fusión aberrante del proceso uncinado del páncreas, con envoltura portal completa y/o confluencia esplenoportal^{3,4}.

El PAP es clasificado dependiendo de los patrones del CPP: tipo 1 (CPP retroportal), tipo 2 (tipo 1 asociado con páncreas *divisum*) y tipo 3 (CPP anteportal); o de acuerdo con su relación con la confluencia portal: supraesplénico, infraesplénico y tipos mixtos, respectivamente¹⁻⁵.

En México no existen publicaciones relacionadas con el PAP. Nuestro reporte es el primero en América Latina sobre pancreatoduodenectomía en un paciente con la anomalía. El PAP usualmente es asintomático y tiende a ser un hallazgo incidental. Sin embargo, su diagnóstico perioperatorio es crucial para identificar la topografía precisa del CPP y planear bien la estrategia quirúrgica, con lo cual, se reduce el riesgo de la complicación principal: la fístula pancreática postoperatoria.

Se debe ser cuidadoso en la resección parenquimal, de forma que se disminuya el riesgo de fístula pancreática postoperatoria y se obtengan mejores resultados a corto y largo plazo⁶. En casos de PAP, la confirmación preoperatoria e intraoperatoria de la integridad del sistema de conductos pancreáticos es de la mayor importancia, de manera que se

eviten problemas técnicos en el momento de la pancreatoduodenectomía.

Responsabilidades éticas

Se requirió el consentimiento firmado de la paciente para recibir el tratamiento. Los autores obtuvieron el consentimiento informado de la paciente para la publicación de datos e imágenes y la presente carta científica fue aprobada por el comité institucional de ética.

Financiación

No existió financiamiento con relación a este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Karasaki H, Mizukami Y, Ishizaki A, et al. Portal annular pancreas, a notable pancreatic malformation: Frequency, morphology, and implications for pancreatic surgery. *Surgery*. 2009;146:515–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2009.03.018>.
2. Matsumoto I, Shinzeki M, Fukumoto T, et al. An extremely rare portal annular pancreas for pancreatoduodenectomy with a special note on the pancreatic duct management in the dorsal pancreas. *Surgery*. 2013;153:434–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2011.08.017>.
3. Marjanovic G, Obermaier R, Benz S, et al. Complete pancreatic encasement of the portal vein—Surgical implications of an extremely rare anomaly. *Langenbecks Arch Surg*. 2007;392:489–91, <http://dx.doi.org/10.1007/s00423-006-0123-8>.
4. Foo FJ, Gill U, Guthrie JA, et al. Ampullary carcinoma associated with an annular pancreas. *JOP*. 2007;8:50–4.

5. Joseph P, Raju RS, Vyas FL, et al. Portal annular pancreas. A rare variant and a new classification. JOP. 2010;11:453-5.
6. Yamaguchi H, Kimura Y, Nagayama M, et al. Central pancreatectomy in portal annular pancreas for metastatic renal cell carcinoma: A case report. World J Surg Oncol. 2019;30:76, <http://dx.doi.org/10.1186/s12957-019-1622-8>.

E. Castro^a, G.E. Sánchez-Morales^a,
J.D. Hernández-Acevedo^a, E. Sánchez García-Ramos^a
y C. Chan^{b,*}

^a Departamento de Cirugía General, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

^b Departamento de Cirugía Hepatopancreatobiliar, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Departamento de Cirugía General, Servicio de Cirugía Hepatopancreatobiliar, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Av. Vasco de Quiroga, 15 col. sección XVI. Del. C.P. 14080, Ciudad de México, México. Teléfono: 01 (52) 54 87 09 00 ext. 2133.

Correo electrónico: chancarlos@me.com (C. Chan).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.02.011>

0375-0906/ © 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Diverticulitis aguda en íleon terminal: un caso raro a tener en cuenta



Acute diverticulitis in the terminal ileum: a rare case to have in mind

Mujer de 62 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por dolor abdominal a nivel de hemiabdomen derecho acompañado de fiebre de hasta 39.5 °C de perfil bacteriémico junto con náuseas, sin alteraciones del hábito deposicional. Las pruebas de laboratorio revelan un valor de proteína C reactiva de 91 mg/l (valor de referencia 0-5), así como una procalcitonina de 6.3 ng/ml (valor de referencia 0.02-0.5) y leucocitos 16.500 UI/l con el 94% de neutrófilos. Ante la clínica y los hallazgos analíticos se solicita TC abdominal, que evidencia formación diverticular en íleon terminal con cambios inflamatorios sugestivos de diverticulitis (fig. 1A,B). En hemocultivos extraídos a su llegada se objetivó crecimiento de *Eggerthella lenta*. Se decide ingreso

en planta con antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico, con buena evolución posterior, siendo dada de alta con seguimiento en consultas externas. Tras resolución del episodio agudo se solicita colonoscopia con ileoscopia, que confirma la existencia de dichos divertículos a nivel del íleon terminal (fig. 2).

A excepción del divertículo de Meckel, la presencia de divertículos en íleon es una entidad poco frecuente. Su incidencia en la población general varía desde el 0.3 hasta el 2.3% según las últimas series¹. Su patogenia se atribuye a una herniación de la mucosa y la submucosa a través de la capa muscular intestinal debido a aumentos locales de presión intraluminal y anomalías del músculo liso. La mayoría de casos (60%) suelen ser asintomáticos, y en el caso de presentar síntomas (40%), solo una pequeña parte (10%) llega a desarrollar complicaciones graves. Su principal complicación es la diverticulitis, aunque también pueden manifestarse como hemorragia y obstrucción intestinal². En el caso de la diverticulitis, esta puede complicarse a modo de perforación en casos de diagnóstico tardío. El diag-

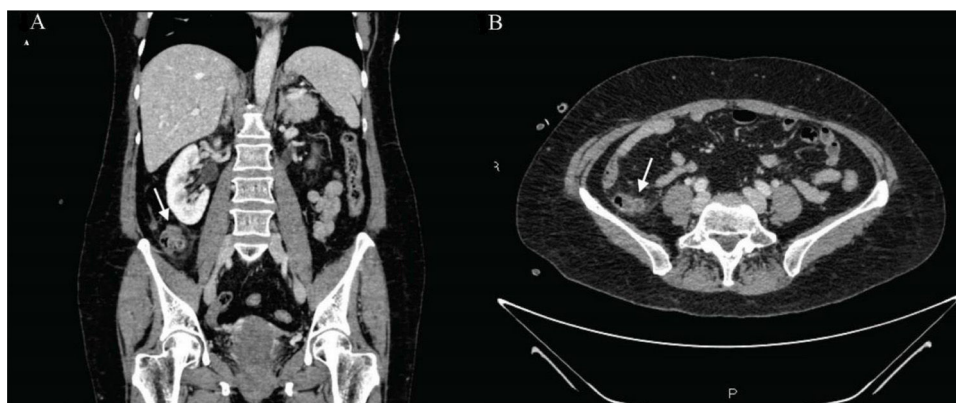


Figura 1 Cortes coronal (A) y axial (B) de TC abdominal con contraste intravenoso en el que se visualiza formación diverticular de aproximadamente 11 mm en íleon terminal con cambios inflamatorios de la grasa adyacente y láminas de líquido libre adyacente sugestivo de diverticulitis.