

Complicaciones locales de la pancreatitis aguda: hallazgos en TC y RM

Irene Gutiérrez Pérez, Luis Manuel López-Negrete Diaz-Faes, Alfonso Amadeo González Rodríguez

Yolanda Argüelles Riera, Ana Lucía Muñoz Ruiz, Eugenia Nachón Suarez

Hospital Valle del Nalón, Riaño(Langreo), Asturias

OBJETIVO DOCENTE

- Revisar las principales complicaciones locales de la pancreatitis aguda, sus hallazgos en tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM), y la relevancia de la clasificación de Atlanta para su diagnóstico y manejo.
 - Destacar la importancia del TC y la RM en el diagnóstico precoz de las complicaciones graves.
-

REVISION DEL TEMA

La **clasificación revisada de 2012 de Atlanta** establece dos tipos morfológicos de pancreatitis aguda y distingue cuatro tipos de colecciones de líquido peripancreático en la pancreatitis aguda según el contenido y el tiempo de evolución.

Tipos

Pancreatitis edematosa intersticial: en el TC con contraste la glándula suele mostrar un engrosamiento focal ó difuso y un realce generalmente homogéneo ó a veces heterogéneo por el edema, se suele observar desflecamiento de la grasa y se pueden observar pequeñas colecciones peripancreáticas

Pancreatitis necrotizante: necrosis del parénquima pancreático y/ó tejidos peripancreáticos, que en el TC con contraste se identifica como áreas hipocaptantes y/ó colecciones con detritus/ elementos sólidos en tejidos peripancreáticos

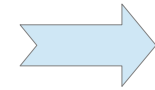
Colecciones

Colecciones peripancreáticas agudas. Aparecen en la pancreatitis edematosa intersticial. Densidad homogénea, no pared definida, se adapta a planos fasciales del retroperitoneo(celda peripancreática, espacios pararrenales anteriores,...)

Colecciones necróticas agudas. En pancreatitis necrotizante, densidad heterogénea. Puede afectar al parénquima o al tejido peripancreático, no pared definida, morfología frecuentemente loculada ó septada

Pseudoquiste. En pancreatitis edematosa, densidad homogénea, pared definida, líquido encapsulado, adyacente al pancreas. Poco frecuentes

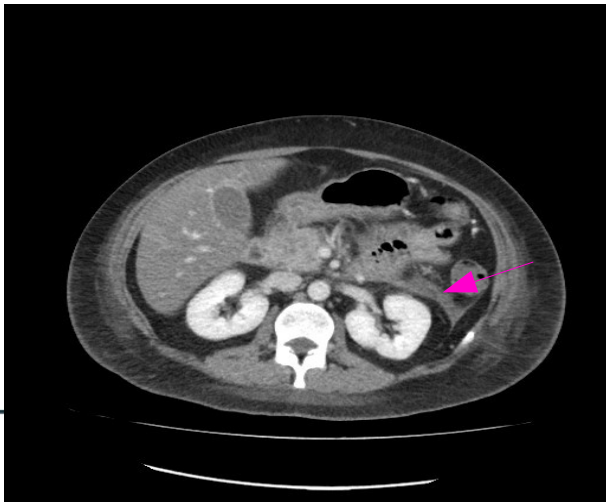
Necrosis encapsulada. En pancreatitis necrotizante, densidad heterogénea, pared definida encapsulada



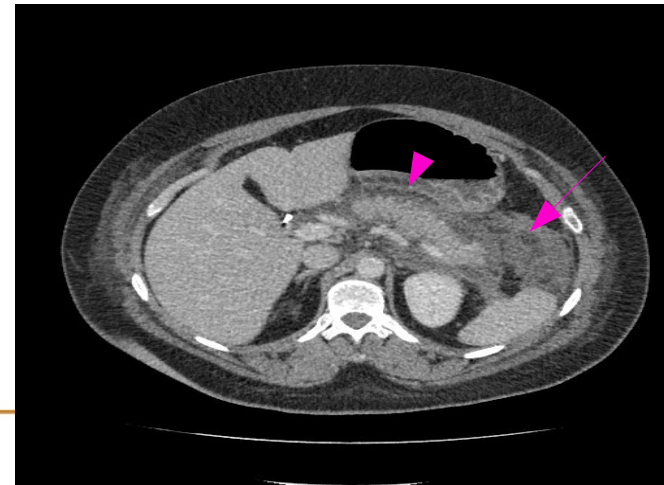
< 4 semanas



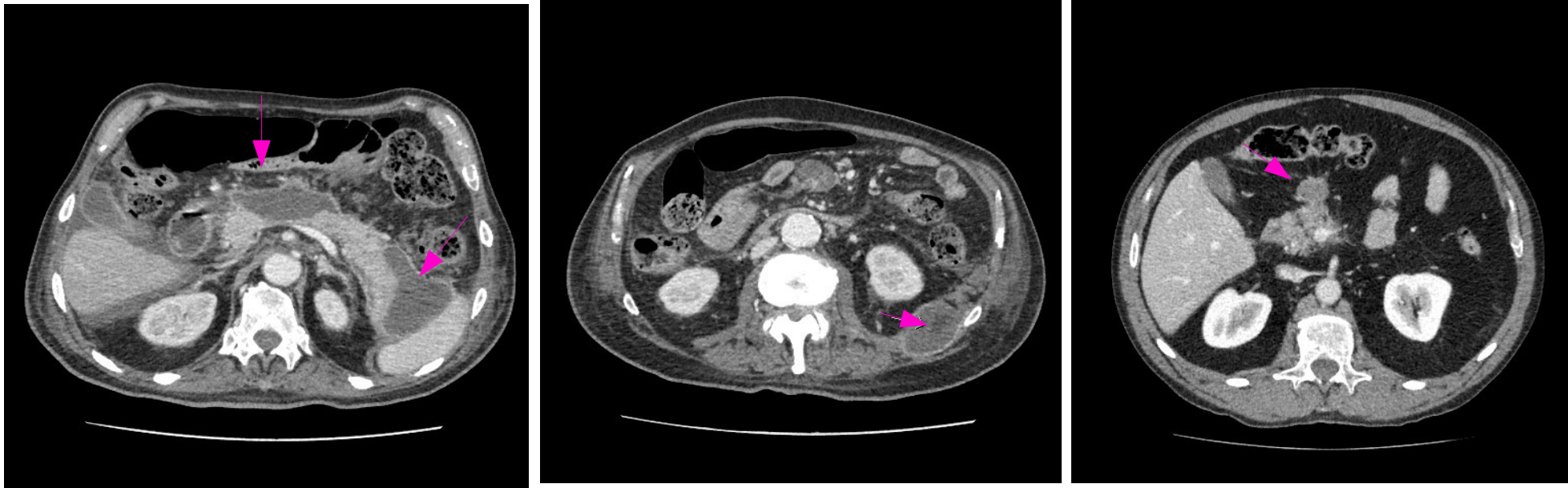
> 4 semanas



Coleccion peripancreática
aguda en espacio pararrenal
anterior izquierdo



Necrosis acinar(cabeza
de flecha) y colecciones
necróticas agudas



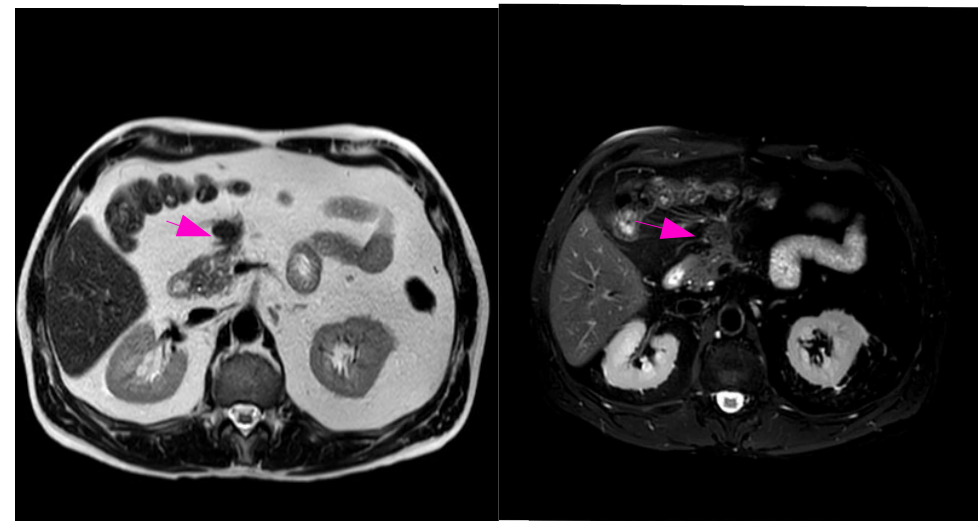
Necrosis encapsulada

La TC sólo se realizará en caso de diagnóstico incierto, cuando haya predictores clínicos de PA grave ó no exista mejoría a las 48-72 horas del inicio de los síntomas.

El *TC es la técnica de imagen de elección* para el diagnóstico y la estadificación de la pancreatitis aguda y sus complicaciones. El momento óptimo para realizarlo es a las 72 horas del inicio de los síntomas.

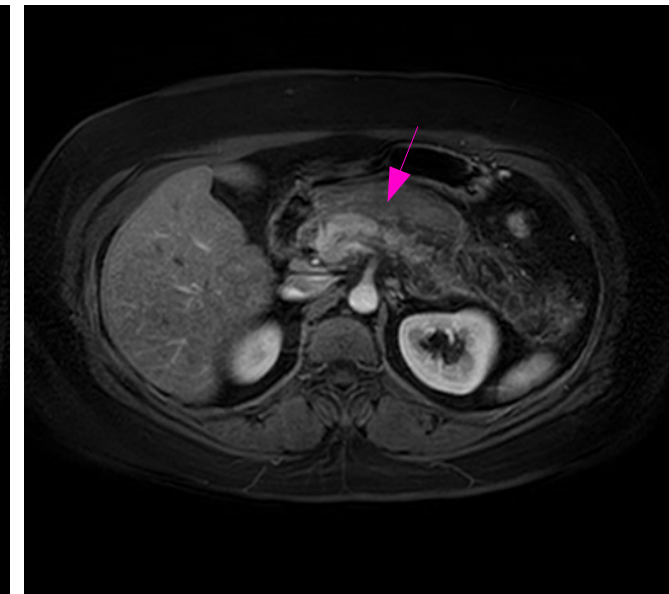
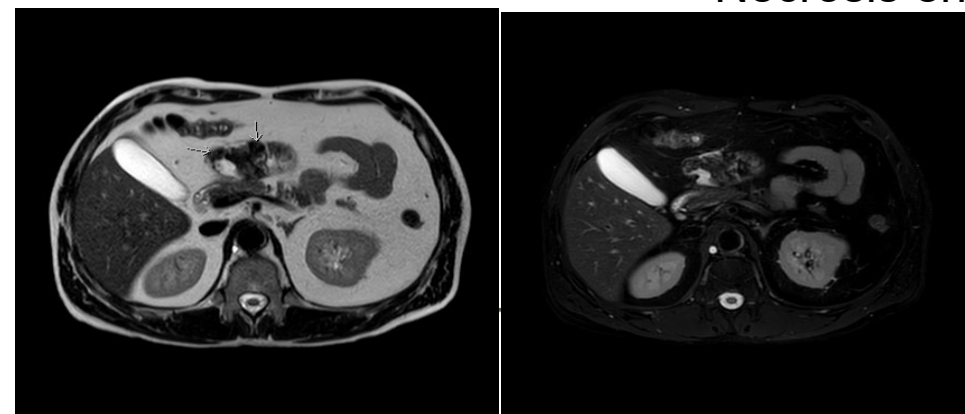
El índice de severidad de la TC (CTSI) combina el grado de Balthazar (0-4 puntos) con la extensión de la necrosis pancreática (0-6 puntos) en una escala de gravedad de 10 puntos.

La **RM** es superior al Tc para la caracterización del contenido líquido/sólido/ hemorrágico de las colecciones. Las secuencias colangiográficas permite una mejor valoración de la vía biliar(presencia de litiasis) obstrucción/ dilatación ductal, y complicaciones como el síndrome de desconexión del conducto pancreático



T2 TSE

T2 SPAIR Necrosis encapsulada

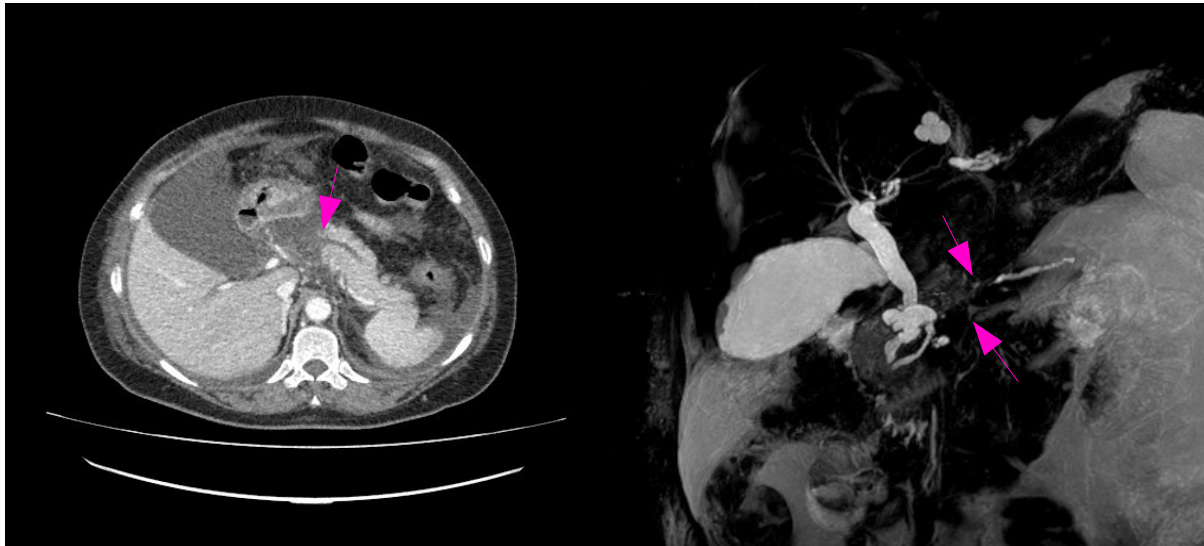


T1 gradiente sin y con contraste iv

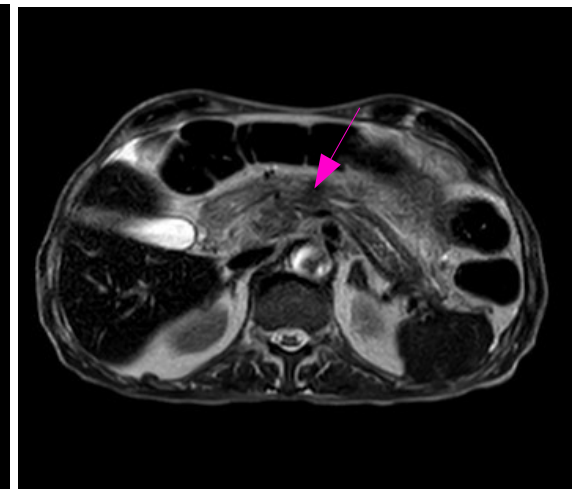
Necrosis encapsulada con contenido hemorrágico

La clasificación de Atlanta define **complicaciones** locales y sistémicas.

Las **locales** incluyen las colecciones peripancreáticas, la disrupción del conducto pancreático, vasculares arteriales y venosas (la más frecuente la trombosis de la vena esplénica), y, entre las especialmente graves, destacan la infección y la necrosis del tubo digestivo.



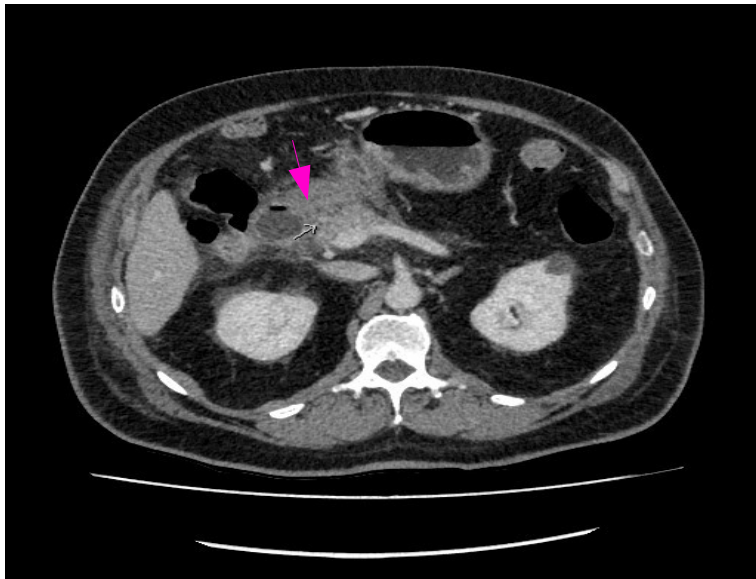
Secuencia colangiográfica



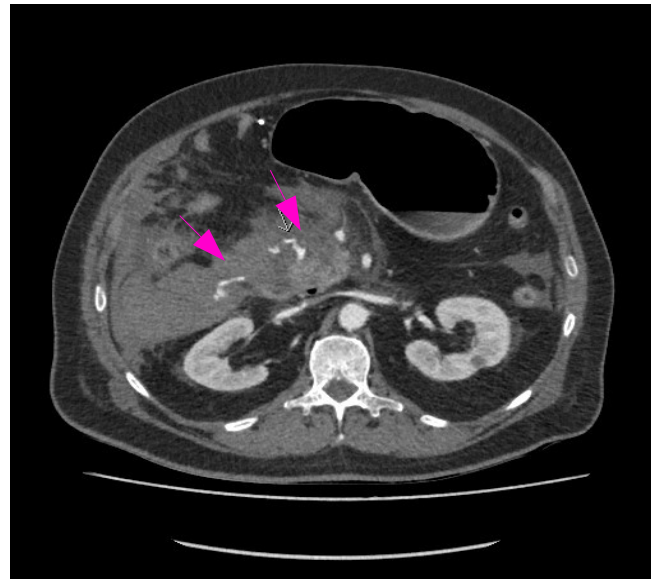
T2 TSE

Desconexión del conducto pancreático principal en dos pacientes con necrosis del cuello

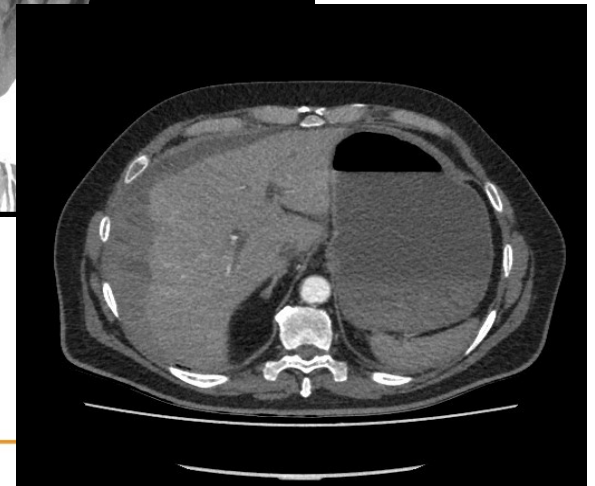
Las arteriales incluyen la formación de pseudoaneurisma, que puede dar lugar a hemorragia retroperitoneal, ó muy raramente puede presentarse un hemosuccus pancreático.



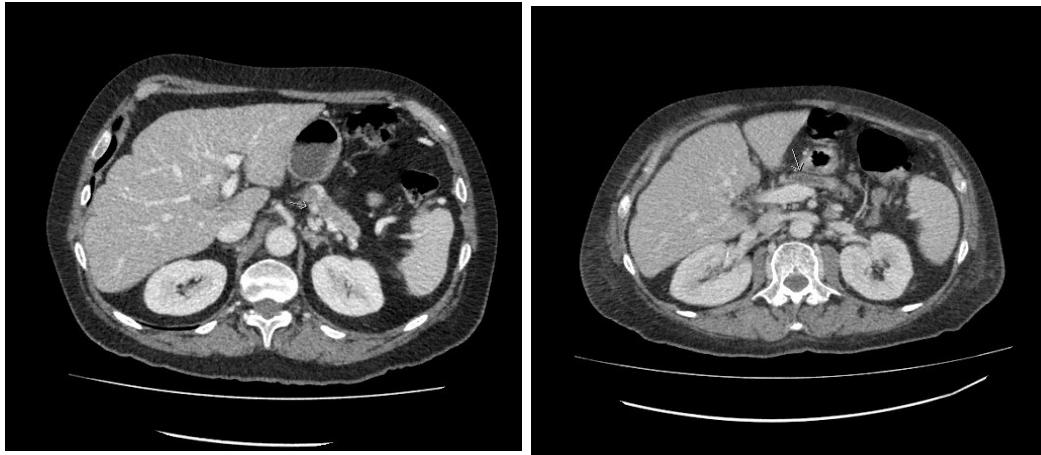
Pseudoaneurisma secundario a pancreatitis necrotizante



Sangrado activo arterial en TC realizado de urgencia en el mismo paciente con retro y hemoperitoneo



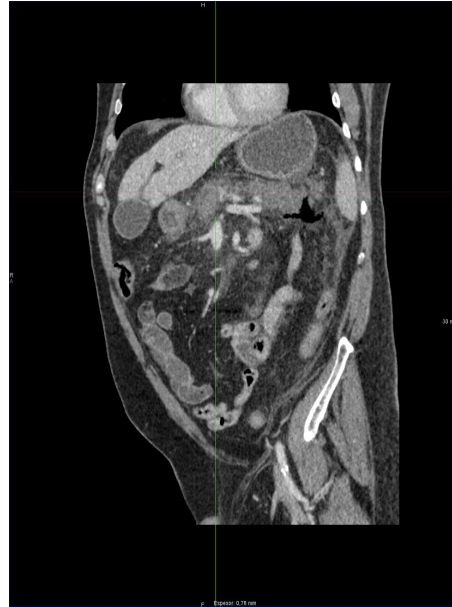
1º TC Pseudoaneurisma tras pancreatitis necrotizante, atrofia parcial del cuerpo con dilatación conducto pancreático principal



Infección



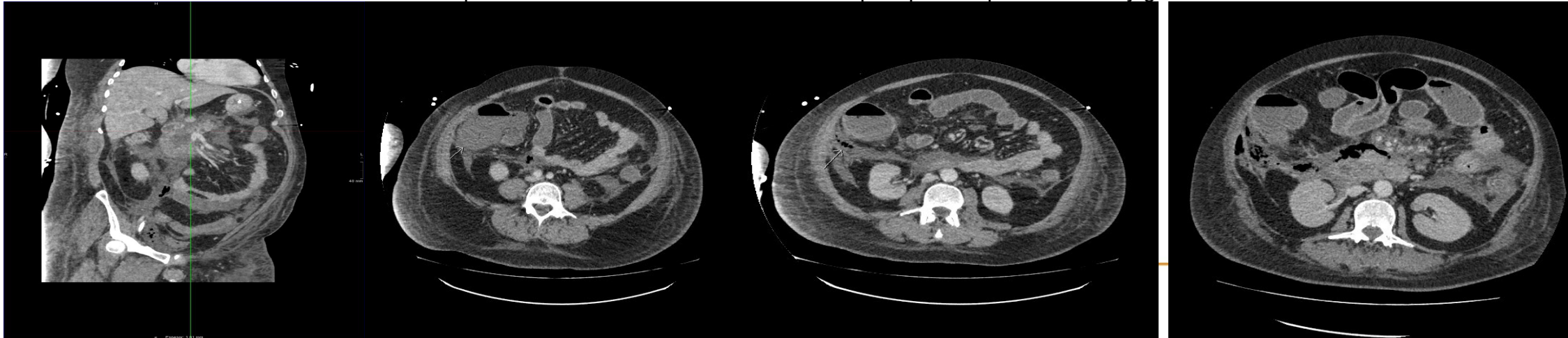
Pancreatitis necrotizante enfisematosa



Necrosis encapsulada infectada



Perforación de colon derecho secundario a pancreatitis necrotizante: se identifica hipocaptación parietal colon y gas extraluminal



CONCLUSIONES

La TC y la RM son complementarias en la evaluación de complicaciones locales de pancreatitis aguda. La clasificación de Atlanta facilita la estandarización diagnóstica. Aunque la mayoría de complicaciones son comunes, reconocer hallazgos de complicaciones graves es esencial para prevenir morbilidad y mortalidad asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

Acute Pancreatitis: Clinical and Morphologic Classification. María G. Gracia Muñoz, MD • Aarón H. Pérez Segovia, MD • Irwin Zamora Tapia, MD • Luis F. Uscanga Domínguez, MD • José A. Cienfuegos Alvear, MD Gustavo Alonzo Correa, MD • Fernanda Ortiz Haro y Nassar, MD • Francisco Flores García, MD • Yashant Aswani, MD. Gastrointestinal Imaging.

Hemosuccus pancreaticus. A propósito de un caso. J. Enamorado-Enamorado^a, Y. Corcia-Palomo^a, L. Martín-Villén ^a, V. Nacarino-Mejías^b y A. Iglesias-López. Medicina intensiva

Pancreatitis aguda en imágenes. S. Baleato-González, R. García-Figueiras, S. Junquera-Olay, M. Canedo-Anteloy J. Casas-Martínez. Radiología

Radiología de la pancreatitis aguda hoy: clasificación de Atlanta y papel actual de la imagen en su diagnóstico y tratamiento. C.M. Ortiz Morales, E.L. Girela Baena, J.R. Olalla Muñoz, E. Parlorio de Andrés y J.A. López Corbalán. Radiología

The classification of acute pancreatitis: current status. Liang Mao, Yudong Qiu. Intractable & Rare Diseases Research. 2012; 1(3):134-137.
