

Una década de pancreatitis recurrente secundaria a quiste de duplicación duodenal.

A decade of recurrent pancreatitis secondary to duodenal duplication cyst.

Autor:

Mendoza Mirka.

Posgrado Imagenología. Universidad San Gregorio de Portoviejo. Hospital Oncológico "Dr. Julio Villacreses Colmont" SOLCA. Portoviejo, Ecuador.

Resumen: Los quistes de duplicación duodenal son malformaciones congénitas infrecuentes que representan una causa excepcional de pancreatitis recurrente. Su presentación clínica e imagenológica puede simular entidades más frecuentes, como el pseudoquiste pancreático o el divertículo duodenal, lo que retrasa el diagnóstico definitivo.

Se presenta el caso de una paciente con episodios recurrentes de pancreatitis durante una década, inicialmente atribuida a patología biliar y posteriormente interpretada como pseudoquiste pancreático y divertículo duodenal. La reevaluación crítica mediante tomografía computarizada con contraste y colangiografía por resonancia permitió identificar una lesión quística mural dependiente del duodeno, compatible con quiste de duplicación duodenal. Este caso resalta la importancia del análisis imagenológico longitudinal e integrado en pacientes con pancreatitis recurrente de etiología no determinada.

Abstract: Duodenal duplication cysts are infrequent congenital malformations and represent an exceptional cause of recurrent pancreatitis. Their clinical and imaging presentation may mimic more common entities, such as pancreatic pseudocysts or duodenal diverticula, leading to delayed definitive diagnosis.

We report the case of a patient with recurrent episodes of pancreatitis over a decade, initially attributed to biliary pathology and later interpreted as a pancreatic pseudocyst and duodenal diverticulum. Critical re-evaluation using contrast-enhanced computed tomography and magnetic resonance cholangiopancreatography allowed identification of a mural cystic lesion arising from the duodenum, consistent with a duodenal duplication cyst. This case highlights the importance of longitudinal and integrated imaging assessment in patients with recurrent pancreatitis of undetermined etiology.

Palabras clave: Quiste de duplicación duodenal, pancreatitis recurrente, pseudoquiste pancreático, divertículo duodenal, diagnóstico por imágenes, malformación congénita.

Key words: Duodenal duplication cyst, recurrent pancreatitis, pancreatic pseudocyst, duodenal diverticulum, diagnostic imaging, congenital malformation.

Comité de ética: La paciente ha otorgado su consentimiento informado para la publicación de este caso. Cabe destacar que la paciente es, además, la autora de este reporte.

Correo para correspondencia del autor principal:
Dra. Mirka Mendoza
mirkaa98@hotmail.com

Fecha de recepción:
Diciembre de 2025.

Fecha de aceptación:
Diciembre de 2025.

Introducción

Los quistes de duplicación duodenal representan menos del 5–7% de las duplicaciones del tracto gastrointestinal y constituyen una malformación congénita infrecuente¹. Su presentación clínica es variable, desde hallazgos incidentales hasta dolor abdominal, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o ictericia.

La pancreatitis secundaria a un quiste de duplicación duodenal es aún más rara y se encuentra escasamente descrita en la literatura, lo que convierte esta asociación en un desafío diagnóstico^{2,3}.

Desde el punto de vista imagenológico, estas lesiones pueden confundirse con pseudoquistes pancreáticos o divertículos duodenales debido a su localización periampular y morfología quística.

En este contexto, la caracterización multimodal mediante ecografía, tomografía computarizada con contraste (TC) y colangiografía por resonancia (CPRM) resulta fundamental para establecer el diagnóstico correcto y orientar el manejo terapéutico.

Presentación del Caso

Paciente femenina de 17 años que en 2015 ingresó al servicio de urgencias por dolor epigástrico de inicio súbito, intenso, irradiado en hemicinturón hacia región dorsal, asociado a náuseas y vómitos.

Los estudios de laboratorio evidenciaron elevación significativa de enzimas pancreáticas, con lipasa sérica de hasta 506 U/L (valor de referencia: 8–78 U/L) y amilasa sérica de 889 U/L (valor de referencia: 25–125 U/L), confirmándose el diagnóstico de pancreatitis aguda.

En el estudio etiológico se realizó ecografía abdominal, que informó la presencia de barro biliar, por lo que se indicó colecistectomía laparoscópica. No se documentaron complicaciones quirúrgicas ni hallazgos patológicos adicionales.

En los años posteriores, la paciente presentó múltiples episodios de pancreatitis aguda recurrente, con elevaciones reiteradas de lipasa sérica (hasta 1100 U/L en controles posteriores), motivando hospitalizaciones repetidas.

Se descartaron causas metabólicas, autoinmunes e infecciosas mediante estudios complementarios, incluyendo pruebas inmunológicas (ANCA-P, M2-EIA) y electroforesis de proteínas séricas, sin alteraciones relevantes.

Entre 2019 y 2020, estudios de tomografía computarizada contrastada evidenciaron una lesión quística adyacente a la cabeza del páncreas. En el contexto clínico, esta fue interpretada inicialmente como pseudoquiste pancreático y, en evaluaciones posteriores, considerada como posible divertículo duodenal, sin lograr una correlación etiológica definitiva.

En 2025, una reevaluación crítica de los estudios de CPRM permitió una mejor caracterización de la lesión, identificándose una imagen quística mural dependiente de la segunda porción del duodeno, de aproximadamente $3.0 \times 2.1 \times 2.2$ cm, sin evidencia de comunicación con el conducto pancreático principal ni con la vía biliar.

El páncreas presentaba morfología y señal conservadas, con conducto pancreático de calibre normal. Estos hallazgos fueron compatibles con un quiste de duplicación duodenal, cuya localización y relación anatómica explicaban de manera plausible los episodios recurrentes de pancreatitis aguda.

Hallazgos imagenológicos relevantes

La caracterización imagenológica de la lesión evolucionó de forma progresiva a lo largo del seguimiento, con interpretaciones iniciales erróneas condicionadas por el contexto clínico de pancreatitis recurrente y por limitaciones en la identificación precisa de su origen anatómico.

En la Ecografía abdominal del 2017 se identificó una imagen anecoica en proyección periampular, inicial-

mente atribuida a barro biliar. La ecografía no permitió definir el origen mural de la lesión ni su relación con el duodeno, constituyendo una limitación temprana para su correcta clasificación.

La Tomografía computarizada contrastada de 2019 y 2020 evidencia una lesión quística bien delimitada, homogénea, de paredes finas, íntimamente adyacente a la cabeza pancreática y a la segunda porción duodenal, sin realce mural significativo ni presencia de gas intralesional. En el contexto de pancreatitis recurrente, estos hallazgos favorecieron inicialmente el diagnóstico de pseudoquiste pancreático; en un control posterior se sugirió como diagnóstico alternativo un divertículo duodenal.

En retrospectiva, la ausencia de cambios inflamatorios pancreáticos asociados y la falta de comunicación con el conducto pancreático principal debieron alertar sobre un a etiología no pancreática, ver Figura 1a y 1b.

La CPRM de 2018 mostró una lesión ovalada, hiperintensa en T2 e hipointensa en T1, sin realce tras la administración de contraste, compatible con una lesión quística benigna. Si bien la morfología era sugestiva de quiste de duplicación duodenal, el informe la interpretó como un pseudoquiste adosado a la cabeza del páncreas, reflejando nuevamente la dificultad para identificar su dependencia mural duodenal.

Sin embargo, la reevaluación crítica realizada en 2025 permitió demostrar su localización mural yuxtapapilar, dependiente de la segunda porción duodenal, sin comunicación con el conducto pancreático ni con la vía biliar. Este hallazgo fue determinante para reclasificar la lesión como un quiste de duplicación duodenal y descartar definitivamente pseudoquiste pancreático y divertículo duodenal como diagnósticos diferenciales, ver Figura 2a y 2b.



Figura 1a. TC Contrastada de abdomen y pelvis fase arterial, venosa y tardía. Se observa una lesión quística bien delimitada (flecha), de paredes finas y contenido homogéneo, localizada adyacente a la cabeza pancreática y dependiente de la pared de la segunda porción del duodeno, sin realce mural ni signos inflamatorios pancreáticos asociados.

Fuente: Hospital Oncológico "Dr. Julio Villacreses Colmont, Solca. Manabí, Ecuador.

Lesión inicialmente interpretada como pseudoquiste pancreático, adosado a la cabeza del páncreas. Im-

agenológicamente, es un quiste de duplicación duodenal.

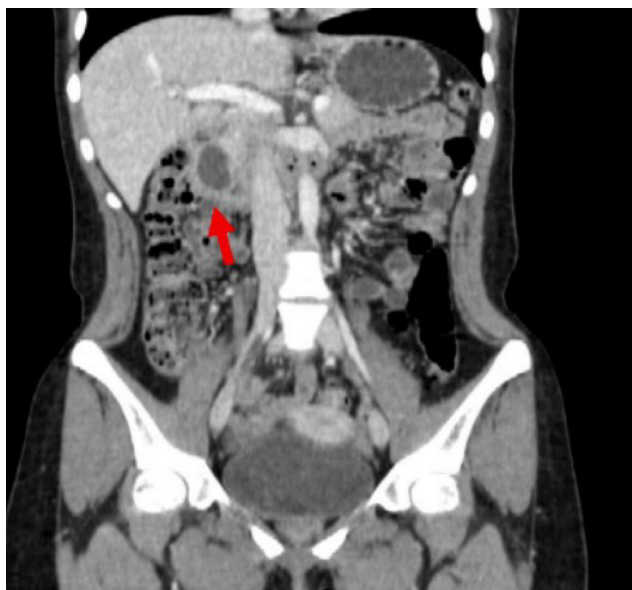


Figura 1b. TC contrastada de abdomen y pelvis fase arterial corte coronal. Lesión inicialmente interpretada como pseudoquiste pancreático, adosado a la cabeza del páncreas. Imagenológicamente, es un quiste de duplicación duodenal.

Fuente: Hospital Oncológico "Dr. Julio Villacreses Colmont, Solca. Manabí, Ecuador.



Figura 2a. Colangioresonancia realizada en 2025 T2 SPAIR. Localización duodenal confirma quiste de duplicación.

Fuente: Hospital Oncológico "Dr. Julio Villacreses Colmont, Solca. Manabí, Ecuador.



Figura 2b. Colangioresonancia realizada en 2025 T2 TSE. Se identifica una lesión quística mural dependiente de la segunda porción duodenal (flecha), sin comunicación con el conducto pancreático principal ni con la vía biliar, hallazgo clave para el diagnóstico de quiste de duplicación duodenal. Localización duodenal confirma quiste de duplicación..

Fuente: Hospital Oncológico "Dr. Julio Villacreses Colmont, Solca. Manabí, Ecuador.

Discusión

El análisis de los hallazgos de este caso, junto con la inespecificidad clínica de los síntomas, la baja incidencia de los quistes de duplicación duodenal y su localización periampular, explica la elevada tasa de errores diagnósticos descrita en la literatura. Hasta inicios de la década pasada se estimaban únicamente 100–120 casos reportados a nivel mundial, lo que evidencia la escasez de información disponible y la dificultad para establecer criterios diagnósticos estandarizados cuando estas lesiones se presentan como masas periampulares o colecciones peripancreáticas^{1,5,8}.

La asociación entre quiste de duplicación duodenal y pancreatitis recurrente en adultos es excepcional y constituye un escenario particularmente complejo desde el punto de vista imagenológico^{2,4}.

En este contexto, los antecedentes de pancreatitis generan un sesgo interpretativo que favorece la atribución de cualquier lesión quística adyacente al páncreas a una complicación secundaria, especialmente a pseudoquiste pancreático, incluso cuando los hallazgos imagenológicos no son plenamente concordantes.

Este fenómeno ha sido ampliamente señalado como una causa relevante de diagnóstico erróneo y tuvo un papel determinante en el presente caso^{2,6}. Desde el punto de vista imagenológico, cada modalidad aportó información significativa, aunque con limitaciones interpretativas.

La ecografía abdominal permitió identificar una lesión quística periampular, sin lograr definir su origen mural ni demostrar el double wall sign, caracterizado por una capa interna ecogénica correspondiente a la mucosa y una capa externa hipoeoica correspondiente a la muscular propia, hallazgo sugestivo de duplicaciones gastrointestinales¹.

La tomografía computarizada contrastada evidenció una lesión quística bien delimitada, homogénea y sin realce mural significativo; no obstante, su proximidad anatómica a la cabeza pancreática favoreció su interpretación como pseudoquiste, aun en ausencia de cambios morfológicos pancreáticos, lo cual resulta atípico para esta entidad⁶.

La resonancia magnética permitió una mejor caracterización tisular, confirmando la naturaleza quística benigna de la lesión, con señal hiperintensa en T2, hipointensa en T1 y sin realce tras la administración de

contraste, aunque inicialmente persistió la dificultad para establecer con claridad su dependencia mural duodenal^{2,5}.

La colangiopancreatografía por resonancia magnética constituyó el punto decisivo al demostrar de forma concluyente una lesión que con sus hallazgos permitieron reclasificarla como un QDD y descartar pseudoquiste pancreático y divertículo duodenal; este último típicamente asociado a comunicación con la luz intestinal y a la presencia de aire, nivel hidroaéreo o retención de contraste^{5,7}.

Además, el pseudoquiste pancreático suele presentarse como una colección líquida adyacente al páncreas, generalmente asociada a cambios inflamatorios previos o persistentes, con paredes que pueden engrosarse o realzar en fases tardías y, en algunos casos, con comunicación demostrable con el conducto pancreático⁶.

En contraste, el QDD corresponde a un quiste verdadero de localización mural duodenal, con paredes finas, contenido líquido homogéneo y ausencia de comunicación con el sistema pancreatobiliar^{1,5}.

Adicionalmente, en el seguimiento longitudinal se evidenció un aumento progresivo del tamaño de la lesión en comparación con estudios previos, hallazgo concordante con la literatura, que describe crecimiento progresivo de los quistes de duplicación duodenal secundario a secreción mucosa y episodios inflamatorios recurrentes^{2,3}.

Este crecimiento probablemente condicionó compresión extrínseca intermitente del conducto pancreático, explicando la persistencia de episodios de pancreatitis a pesar de la colecistectomía previa. Este hallazgo refuerza la importancia de la monitorización seriada mediante técnicas de imagen y de un abordaje terapéutico oportuno para evitar complicaciones mayores^{4,7}.

La comparación con el reducido número de casos publicados sugiere que el principal origen del error diagnóstico no radica en la técnica de imagen empleada, sino en la interpretación condicionada por el contexto clínico^{2,5,6}.

En este sentido, el presente caso aporta un valor adicional al documentar la evolución natural de la lesión durante un seguimiento prolongado, reforzando la necesidad de reconsiderar diagnósticos previos cuando los hallazgos imagenológicos no se ajustan plenamente a las entidades más frecuentes.

Conclusiones

El quiste de duplicación duodenal, aunque infrecuente, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de la pancreatitis recurrente en pacientes jóvenes sin factores de riesgo evidentes.

La evaluación imagenológica multimodal, especialmente mediante tomografía computarizada con

contraste, y colangiopancreatografía por resonancia magnética, es fundamental para diferenciar esta entidad de lesiones más frecuentes como el pseudoquiste pancreático o el divertículo duodenal.

Este caso resalta la importancia de una interpretación crítica, secuencial y contextualizada de los estudios de imagen, que permite reducir errores diagnósticos, evitar procedimientos innecesarios y optimizar la toma de decisiones terapéuticas.

Declaración de conflicto de interés: La paciente del caso clínico es autora del presente manuscrito. La autora declara no tener conflicto de interés, declara que no tiene ningún interés financiero en competencia conocida ni relaciones personales que pudieran influir en el trabajo presentado en este artículo.

Fuente de financiamiento: Propia de la autora.

Grado de contribución de los autores: La autora realizó la idea original, recolección de datos y redacción final.

Bibliografía

1. Puligandla PS, Laberge JM, Flageole H. Enteric duplication cysts: A 15-year experience. *J Pediatr Surg*. 2003;38(4):672–676. doi:10.1016/S0022-3468(03)00102-0
2. Redondo-Cerezo E, Pizarro-Moreno A, de Hierro MD, Rodrigo JM. Duodenal duplication cyst: A rare cause of acute pancreatitis. *Eur J Radiol*. 2010;73(1):168–170. doi:10.1016/j.ejrad.2009.03.022
3. Parray FQ, Chowdri NA, Malik AA, Wani MA. Duodenal duplication cyst causing severe pancreatitis. *J Clin Imaging Sci*. 2020;10:1–4. doi:10.25259/JCIS_76_2019
4. Mavridis G, Livaditi E, Christopoulos-Geroulanos G, Pitiakoudis M. Duodenal duplication cyst causing severe pancreatitis. *J Gastrointest Surg*. 2013;17(7):1262–1264. doi:10.1007/s11605-013-2232-0
5. Torres Díez E, Pellón Dabén R, Crespo Del Pozo J, González Sánchez FJ. Imaging findings of duodenal duplication cyst complicated with duodenal intussusception and biliary dilatation. *Case Rep Radiol*. 2016;2016:3069576. doi:10.1155/2016/3069576
6. Ramia JM, De la Plaza R, Quiñones J, García-Parreño J. Pseudoquiste pancreático: diagnóstico y tratamiento. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010;102(6):380–387. doi:10.4321/S1130-01082010000600002
7. Repiso A, Gómez-Rodríguez JM, Valenzuela J, De Dios-Vega E. Duodenal duplication cyst: A rare cause of gastric outlet obstruction. *Radiol Case Rep*. 2017;12(4):721–724. doi:10.1016/j.rad-cr.2017.04.007
8. Seeliger B, Piardi T, Marzano E, Pessaux P. Duodenal duplication cyst: A potentially malignant disease. *Ann Surg Oncol*. 2012;19(1):1–5. doi:10.1245/s10434-011-1941-2