

Unión biliopancreática anómala, una causa poco frecuente de pancreatitis recurrente

Anomalous biliopancreatic junction, a rare etiology of recurrent pancreatitis

Dagoberto Rafael Duarte Misol^{1,2}, Mario Fernando Prada Rivera^{1,3}, Juliana Celedon Moy¹, Marco Antonio Medina Ortega^{1,2}, Jesús Maria Pérez Orozco^{1,2}

¹ Endomedical IPS, Barranquilla, Colombia.

² Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

³ Universidad Libre, Barranquilla, Colombia.

⁴ Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.

Recibido: 06/05/2025

Aprobado: 08/12/2025

En línea: 30/12/2025

Contribución de los autores

DRDM, MFPR, JCM, MAMO, JMPO: Conceptualización, Metodología, Validación, Investigación, Recursos, Curaduría de datos, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición, Visualización, Administración del proyecto. Todos los autores analizaron e interpretaron los datos del paciente, escribieron el manuscrito, analizaron e interpretaron las imágenes y contribuyeron a la preparación del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Citar como

Duarte Misol DR, Prada Rivera MF, Celedon Moy J, Medina Ortega MA, Pérez Orozco JM. Unión biliopancreática anómala, una causa poco frecuente de pancreatitis recurrente. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(4):426-8. doi: 10.47892/rgp.2025.454.1931.

RESUMEN

La unión biliopancreática anómala es una patología muy poco frecuente, con incidencias muy bajas en Asia, 1:1000 habitantes y aún más bajas en occidente, hasta 1:100.000. La imagen diagnóstica de elección es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Esta patología consiste en la unión del conducto biliar y pancreático por fuera de la pared duodenal, lo que predispone a reflujo de bilis y de jugo pancreático, favoreciendo que los pacientes presenten pancreatitis aguda recurrente. Es por esto que es muy importante diagnosticarla de forma oportuna y posteriormente tratarla de forma adecuada.

Palabras clave: Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica; Conducto Biliar; Conducto Pancreático; Pancreatitis Aguda (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Anomalous biliopancreatic junction is a very rare condition, with very low incidences in Asia, 1:1000 inhabitants and even lower in the West, up to 1:100,000. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is the diagnostic imaging technique of choice. This condition involves the junction of the biliary and pancreatic ducts outside the duodenal wall, predisposing patients to reflux of bile and pancreatic juice, which increases the risk of recurrent acute pancreatitis. Therefore, timely diagnosis and appropriate treatment are crucial.

Keywords: Cholangiopancreatography, Endoscopic Retrograde; Common Bile Duct; Pancreatic Duct; Pancreatitis, Acute (source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Dagoberto Rafael Duarte Misol
Facultad de medicina, Universidad de
Cartagena, Cartagena, Colombia.
+57 3014522177
E-mail: misold@uninorte.edu.co

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda recurrente se define como la presencia de al menos dos episodios de pancreatitis aguda con resolución completa entre uno y otro episodio, en ausencia de diagnóstico por imagen de pancreatitis crónica. La etiología de esta patología no se logra encontrar hasta en el 30% de los casos. Dentro de las causas más comunes incluyen cálculos o lodo biliar, disfunción del esfínter de Oddi, entre otras, sin embargo, existe algunas variantes ductales anatómicas que interfieren con el flujo de salida del jugo pancreático, las cuales no son tan fáciles de diagnosticar y requieren de un abordaje clínico adecuado ⁽¹⁾.

La unión biliopancreática anómala es una de estas, y consiste en que la unión del conducto pancreático y biliar se da por fuera de la pared duodenal, lo que predispone a reflujo tanto biliar como del jugo pancreático, aumentando el riesgo de presentar pancreatitis recurrente e incluso neoplasias de la vía biliar ⁽²⁾.

Esta entidad es infrecuente, con pocos casos reportados en todo el mundo, en su mayoría en Asia con una incidencia de 1:1000 y en occidente de 1:100000. Puede ser diagnosticada mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), colangiografía intraoperatoria o colangiografía percutánea transhepática, siendo la CPRE el gold standard, sin embargo, dado a sus posibles complicaciones, se prefiere realizar una colangioresonancia magnética como imagen diagnóstica, la cual es menos invasiva y por ende tiene menores efectos adversos ⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 22 años con antecedente patológico de 3 episodios previos de pancreatitis aguda que requirieron hospitalización, sin llegar en ninguno de los episodios al diagnóstico etiológico; ingresa por cuadro clínico de 2 días de evolución

consistente en dolor abdominal en epigastrio progresivo, en banda e intenso, asociado a episodios eméticos, sin ictericia, sin otros síntomas asociados. En los paraclínicos se observa una elevación de la lipasa de 1240, con elevación discreta de bilirrubinas a expensas de la bilirrubina directa. Al ingreso ordenan una tomografía axial de abdomen que reportaba una formación quística a nivel de la ampolla de Vater con comunicación con el conducto pancreático por lo que se solicita una colangioresonancia magnética (Figuras 1 y 2) en la cual se describe una dilatación focal de la ampolla de Vater, con un calibre de 17 x 19 mm, y con una lesión intraluminal, hipointensa focal de 10 x 8 mm, definida como lesión ocupante de espacio a nivel de ampolla de Vater que sugiere entre otros diagnósticos: lesión polipoidea vs cálculo impactado.

Posteriormente, se indica la realización de una CPRE, en la cual se observa una papila de aspecto usual, se canula selectivamente vía biliar con papilotomo de arco y guía hidrofílica, se contrasta la vía biliar encontrando intrahepáticos de diámetro normal, vesícula in situ, colédoco de diámetro normal, dilatación quística del colédoco intraduodenal y Wirsung que desemboca en vía biliar (Figura 3).

Realizamos entonces el diagnóstico de dilatación del colédoco intraduodenal secundario a unión biliopancreática anómala, Komi tipo 2. Se avanza guía hidrofílica se instala prótesis biliar de 7 Fr x 10 cm con el fin de conducir la bilis hacia el duodeno disminuyendo así el reflujo biliar hacia el conducto pancreático. El paciente es interconsultado al servicio de cirugía hepatobiliar para continuar con su manejo quirúrgico.

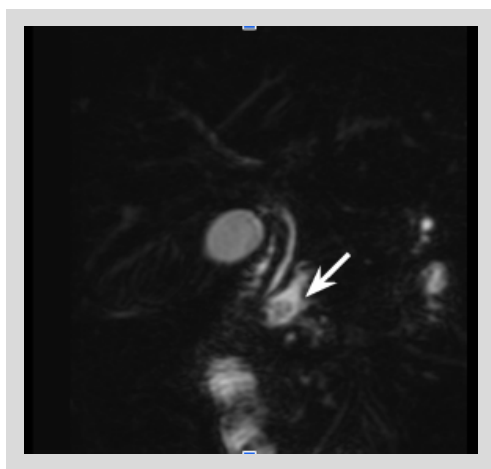


Figura 1. Colangioresonancia magnética. Quiste en la unión biliopancreática (flecha blanca).

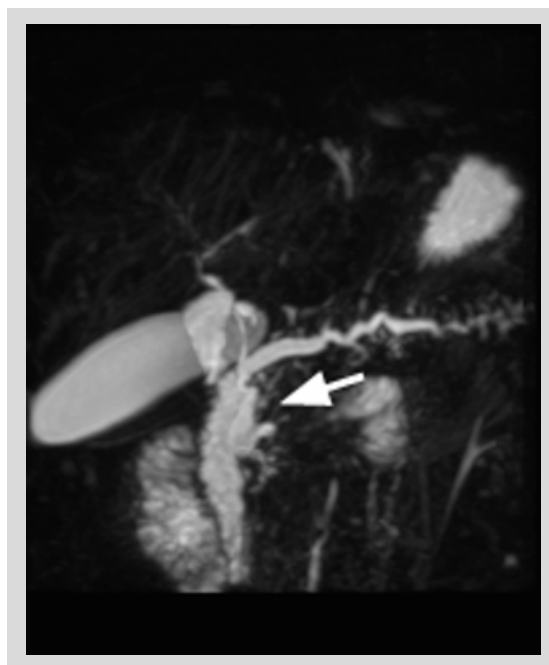


Figura 2. Colangioresonancia magnética. Malunion biliopancreático y quiste asociado (flecha blanca).



Figura 3. CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica). Imagen de la vía biliar posterior a la inyección de contraste. Unión anómala del conducto pancreático y biliar. Presencia de quiste a este nivel (flecha negra).

Consideraciones éticas

Los autores declaramos que este artículo no contiene información personal que permita identificar al paciente, preservando, según el protocolo institucional, su anonimato así como la información vital de la historia clínica solo es conocida y manejada por parte de los investigadores. Esta publicación cumple la normativa vigente en investigación bioética y la Declaración de Helsinki. No se realizaron experimentos en animales o en humanos. De acuerdo con la Resolución Número 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, Título II, de la investigación en seres humanos, Capítulo 1 De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Artículo 11, este estudio se considera sin riesgo ético. Se solicitó consentimiento informado al paciente además de la autorización de publicación del presente reporte de caso al comité de ética institucional de la IPS Endomedical Barranquilla, Colombia.

DISCUSIÓN

La unión biliopancreática anómala es una malformación congénita muy rara con una incidencia baja en Asia y aún más baja en los países occidentales, la cual consiste en que los conductos pancreáticos y biliares confluyen por fuera de la pared duodenal, generando así un canal común bastante largo que predispone al reflujo biliar y de jugo pancreático, siendo este un factor de riesgo para desarrollar pancreatitis aguda recurrente ⁽⁴⁾.

Según la guía japonesa para el manejo de esta condición, se puede clasificar mediante la clasificación de Komi, en 3 tipos distintos, según los hallazgos de imagen, teniendo en cuenta características como el ángulo en el que se unen los conductos pancreático y biliar: El tipo I, en el que el conducto biliar se une al conducto pancreático en un ángulo recto; el tipo 2, los conductos se unen en un ángulo agudo; y el tipo 3, en el que los dos conductos se unen de una manera tan compleja que la unión no puede clasificarse como ninguno de los dos tipos anteriores, siendo esta última la que tenía nuestro paciente ⁽⁵⁾.

El tratamiento es quirúrgico en todos los casos, y consiste en la resección del quiste además del manejo de la estenosis de la vía biliar si es el caso. A pesar de la baja incidencia y la escasa literatura acerca de esta patología en el mundo occidental, es una causa de pancreatitis aguda recurrente y de pancreatitis crónica, la cual puede ser potencialmente mortal y es vital sospecharla y diagnosticar de forma oportuna para darle el manejo que requiere.

En conclusión, la pancreatitis aguda recurrente en una patología frecuente; sin embargo, en un gran porcentaje se desconoce su causa, siendo una de ellas la unión biliopancreática anómala, la cual solo se puede diagnosticar mediante el uso de colangiografía magnética o colangiopancreatografía, de allí que es importante tenerla presente en estos pacientes para poder realizar un adecuado abordaje diagnóstico de la misma y poder tratarla de forma oportuna y evitar que se den complicaciones como la neoplasia de la vía biliar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Testoni PA. Acute recurrent pancreatitis: Etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol.* 2014;20(45):16891-901. doi: 10.3748/wjg.v20.i45.16891.
2. López Grove R, Aineseder M, Ossana MJ, Spina JC. Anomalia de la unión biliopancreática: una entidad infrecuente en Occidente. *Rev Argent Radiol.* 2021;85(3):62-67. doi: 10.1055/s-0040-1721341.
3. Itokawa F, Kamisawa T, Nakano T, Itoi T, Hamada Y, Ando H, *et al.* Exploring the length of the common channel of pancreaticobiliary maljunction on magnetic resonance cholangiopancreatography. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2015;22(1):68-73. doi: 10.1002/jhbp.168.
4. Kamisawa T, Ando H, Suyama M, Shimada M, Morine Y, Shimada H, *et al.* Japanese clinical guidelines for pancreaticobiliary maljunction. *J Gastroenterol.* 2012;47:731-59. doi: 10.1007/s00535-012-0611-2.
5. Komi N. Our studies on choledochal cysts and review of the literature: with special reference to pancreaticobiliary maljunction. In: Koyanagi Y, Aoki T, editors. *Pancreaticobiliary maljunction.* Tokyo: Igaku Tosho; 2002. p. 1-16. doi: 10.1007/s00276-016-1669-y.