

PANCREAS ABERRANTE

INFORME DE 5 CASOS

*Por Ernesto Andrade Valderrama **

De esta entidad, descrita por Klob en 1859 por primera vez, hasta el año de 1952 se han publicado ya 548 casos según Wagner (13), sin embargo entre nosotros aún no se encuentra nada en la Literatura. La circunstancia de que hayamos observado 5 casos, en el curso de pocos años, nos mueve a presentarlos, para despertar mayor interés entre Clínicos, Radiólogos y Cirujanos en su Diagnóstico, lo cual puede evitar intervenciones demasiado mutilantes, al tomar esta lesión por otras más comunes y especialmente, por cáncer.

En la Literatura Médica reciente se aprecia el notable progreso del Diagnóstico, principalmente Radiológico, de las diversas localizaciones del Páncreas aberrante; sintetizando, pues, los conocimientos actuales sobre este Tema, comentaremos luego las Historias adjuntas.

Tres son las teorías principales invocadas para explicar la localización aberrante del tejido pancreático: Primera: Por trasplante durante el desarrollo embrional; Segunda: Por metaplasia del Tejido durante el mismo período embrional o posteriormente y Tercera: Por fenómeno atávico o de reversión a un tipo más primitivo. La primera parece la más aceptable.

Según la morfología HISTOLOGICA, Clarke divide el Tejido Pancreático aberrante en tres grupos: I: Contiene Acinos pan-

* Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica de la Universidad Nacional de Medicina. - Miembro Fundador de la Sociedad Colombiana de Gastroenterología.

creáticos. II: Es un verdadero Adenomioma con tejido muscular liso, acinos indiferenciados y Glándulas de Brunner. III: Grupo indiferenciado, con Acinos atípicos. Nuestros casos pertenecen todos al primer grupo, el más común. La INCIDENCIA oscila entre 0,6 y 5,6% según diversos autores; Feldman encuentra en necropsias de niños una incidencia mayor (5).

Los sitios de más frecuente hallazgo son según el mismo autor, el Estómago, Duodeno y Yeyuno; siguen en frecuencia el Ileum, Vías biliares, Bazo, Mesenterio, Epiplón, Meckel, Hígado y otros Divertículos.

En el estómago, la localización preferencial es la región del antro, hacia la gran curva. Macroscópicamente se describe allí como un pezón con orificio, o umbilicado o como pseudocráter o pseudodivertículo de la mucosa. Radiológicamente da en el estómago una imagen prominente en la mucosa, nodular, dentada y con defecto de repleción, de tamaño medio entre 1 y 2 cm. de diámetro mayor. Littener (10) describe hasta 14 signos Radiológicos de esta localización. Este aspecto se suele tomar por un pólipo o neoplasma y aún operatoriamente no es fácil de distinguir, lo cual puede llevar al Cirujano a practicar una gastrectomía como para cáncer: Caso nuestro y casos de Wagner (13) y Allen (1).

En el duodeno, la gran mayoría de los casos se observan en una área limitada de la Segunda porción, entre las papilas mayor y menor. Allí lo mismo que en el Estómago ocupa una posición submucosa y proyectándose en la luz duodenal. Más raramente puede aparecer subseroso. Radiológicamente el aspecto es similar al gástrico y por el procedimiento del doble contraste se visualiza mejor el nódulo según Feldman (5).

Nuestros cinco casos corresponden, tres al estómago y dos al primer segmento del yeyuno. (No hemos encontrado ninguna descripción de visualización de esta localización).

Los mismos cambios que puede sufrir el tejido pancreático normal, atacan al páncreas heterotópico, siendo este más propenso a ella, especialmente a la degeneración maligna. En los tejidos vecinos pueden ocurrir hemorragias, necrosis, inflamación, degeneración grasa, ulceraciones y formación de Divertículos.

La SINTOMATOLOGIA suele aparecer en la edad adulta, entre los 40 y 60 años. Uno de nuestros casos tenía 21 años. El cuadro clínico puede simular el de una úlcera péptica, Colecistitis y en general el de cualquier trastorno digestivo; es el resultado ordinariamente de una complicación. Según Barbosa en el Estómago se hace diagnóstico de Tumor benigno en un 50%, de Úlcera en 20%, Cáncer en 20% y ninguno en el 10% restante. En el Duodeno el síndrome se presenta en un 18,6% de los casos. Uno de nuestros casos de localización gástrica presentaba sintomatología típica ulcerosa con sospecha de degeneración. Los 2 yeyunales fueron hallazgos operatorios al operar úlceras gástrica y Duodenal. En los dos restantes se pensó en Pólipos gástricos, con posible malignización.

DIAGNOSTICO

Generalmente no tiende a hacerse antes de la operación, por pensarse en las entidades más frecuentes. El Radiólogo sin embargo, si tiene en cuenta el conjunto de signos descritos por Littner y Kirsh (10), y Feldman (5), puede sospechar el diagnóstico e insinuarlo al Cirujano. Tales caracteres, se refieren en el estómago, a un pequeño defecto de llenamiento, localizado comúnmente en el antro, de diámetro mayor de 1 a 2 cms., de forma oval o menos frecuentemente redondeada o elíptica, contorno nítido. No siempre se aprecia en placa de perfil un ángulo agudo entre la pared sana y el defecto submucoso, como la depresión central correspondiente al orificio (0.1 a 1.5 cms. de d.m.), que en caso de observarse ayudaría al diagnóstico. Ordinariamente no tiene pedículo, siendo inmóvil la masa; ocasionalmente puede tenerlo y prolapsarse a través del píloro. La mucosa gástrica que cubre la masa tiende a adelgazarse y estirarse, desapareciendo los pliegues. En el estómago el diagnóstico diferencial se plantea con los pólipos, linfoma, tumores intramurales (mioma, sarcoma), carcinoma y úlcera benigna.

Clínicamente, en el Duodeno, el Páncreas aberrante solo se manifiesta cuando se complica, simulando una úlcera péptica, carcinoma, colecistitis u obstrucción. Dada su localización más frecuente cerca a la Papila de Vater puede haber ictericia. Con el estudio rutinario Radiológico del Duodeno es difícil captar la pequeña masa. Con técnica de doble contraste puede localizarse mejor, semejando un pólipo o una úlcera. Solo un estudio repetido y

cuidadoso podría llegar a sospechar la entidad. Según Feldman en esta localización el diagnóstico se hace por exclusión (5).

En las otras localizaciones, el diagnóstico es operatorio y Biopsia operatoria.

TRATAMIENTO

La posibilidad y casi seguridad de las complicaciones justifican el Tratamiento Quirúrgico sistemático de la localización Gástrica. Como no es raro que preoperatoriamente o en el acto quirúrgico se piense en un Carcinoma, debe hacerse Biopsia por congelación, cuyo resultado indica la extirpación simple de la lesión y evita la gastrectomía. Ordinariamente en el Duodeno, por su frecuente localización delicada, sólo se justifica la intervención en caso de complicación y antes es rarísimo que se sospeche.

HISTORIAS CLINICAS:

I: Enfermo de 40 años. Casado, de Profesión Profesor.

En Marzo de 1950 consultó por primera vez, debido a molestias digestivas consistentes en cialorrea, dolor epigástrico relacionado con las comidas. Fue tratado para posible Gastritis. Mejoró relativamente. En Enero de 1951 se anota en la Historia Debilidad y enflaquecimiento, con síntomas de "colitis". En Septiembre de este año se le vuelve a diagnosticar "Gastritis" y se repite el tratamiento.

En 1952 vuelve a consultar por pirosis, dolor epigástrico y meteorismo, pérdida de apetito y de peso.

Antecedentes de importancia: Amigdalectomía, Apendicectomía.

Laboratorio: Todos se encuentran dentro de lo normal.

Radiología: "...La cavidad gástrica es pequeña y ocupa situación alta. En ayunas no contiene líquido. En dos exámenes se encontró, una zona irregular en la porción prepilórica consistente en un saliente sobre la pequeña curva precedido y seguido por una depresión y con una escotadura constante e irregular enfrente sobre la gran curva. Hay dolor a la presión en este sitio. El aspecto corresponde a una úlcera gástrica pero ciertas características como la depresión irregular sobre la gran curva hacen temer una degeneración por lo cual es aconsejable la operación. La movilidad de la zona alterada es relativa. No hay estenosis pilórica" (Fig. 1).

En abril del mismo año se ordena hospitalización; el paciente se ha agravado, presenta dolor continuo y se le instituye un tratamiento tipo Bockus I, como no mejora se resuelve la intervención.



FIGURA 1

Operación: Abril 30. Exploración: En el píloro se palpa un T de consistencia firme, pequeño, con un ganglio subpilórico. Adherencias del estómago al pedículo hepático y Páncreas. Se practica una liberación amplia de mesos y estómago, seccionando el duodeno a distancia y el estómago, conservando la cámara de aire únicamente. Anastomosis precólica Hoffmeister-Porter.

Postoperatorio: Transcurrió sin complicaciones; al 10º día abandonó la Clínica en buen estado. La recuperación postoperatoria ha tenido las molestias y lentitud de una gástrica prácticamente total.

EXAMEN HISTOPATOLOGICO:

Descripción Macroscópica: Porción de mucosa gástrica que mide 7 x 5 cms. Presenta congestión y una zona levantada de consistencia firme. En el epiplón hay un ganglio linfático blando, de color pardo rosado. Mide 1 x 0.5 cms. La serosa es lisa, brillante y transparente. Diagnóstico microscópico: Las preparaciones muestran estómago y ganglio linfático. En el Estómago hay congestión de los vasos sanguíneos, proliferación conjuntiva y zonas de hemorragia. Particularmente llama la atención que en uno de los cortes se aprecia PANCREAS con estructuras típicas de acinos y de Islotes de Langerhans. Estas estructuras de páncreas aparecen en las capas submucosa, muscular y serosa y especialmente en la capa muscular, se ven separadas por bandas de diversos espesores constituídas por músculo liso. No hay tumor. El ganglio Linfático muestra un proceso inflamatorio crónico no específico, caracterizado por hiperplasia del retículo-endotelio, por ligera fibrosis y por dilatación de los sinusoides. **Diagnóstico:** PANCREAS ABERRANTE. LINFADENITIS CRONICA. (Méndez). **Comentario:** Este caso, aun cuando menos bien estudiado preoperatoriamente que los similares de Allen () y Wagner (), cometimos

el mismo error de diagnosticar antes y durante el acto operatorio, Cáncer gástrico. No sólo el Tumor que palpamos sino la adenopatía subpilórica nos fueron muy sugestivos. La utilidad de una Biopsia por congelación, queda demostrada, único procedimiento que nos hubiera conducido a una simple pilorectomía o extirpación del T.

II. — Enfermo de 26 años. Profesión: Ebanista.

Enfermedad: Cinco años de evolución, de síndrome típico ulceroso. En 1951 estudio Radiológico que enseña nicho duodenal. Gastroacidograma: Acidez de segundo grado. Tratado con Banthine hasta Enero de 1953 sin mejoría. **Laboratorio:** Sangre: Normal para cuadro hemático, Sedimentación, Proteínas, N. N. P., Glicemia y Serología. Coprológico: Uncinaria e Histolítica. En vista del fracaso del tratamiento Médico se indicó Operación.

Abril 21/53: Se practica Gastrectomía subtotal, tipo Hoffmeister-Porter y extirpación de T yeyunal sugestivo de Páncreas aberrante. Este se localizaba en la primera asa yeyunal, borde antimesentérico, de diámetro mayor aproximado de un centímetro y color amarillo, abarcando todas las capas yeyunales a excepción de la mucosa que parecía intacta. La extirpación se hizo completa.

Postoperatorio sin complicaciones.

Examen Histopatológico: Estómago que mide 20 x 7. Serosa ligeramente congestionada, lisa, brillante, transparente. Presenta una ulceración a un centímetro de la sección inferior que tiene 1 cm. de diámetro por 0.5 de espesor. En el fondo de la úlcera hay necrosis, inflamación, granulación, tejido conjuntivo y haces musculares disociados y hemorragia hacia la superficie. En la pared hay infiltración inflamatoria difusa.

Fragmento de color rosado pardo. Mide 1 x 0.5 x 0.5. Otro más pequeño. En estos no es posible identificar el yeyuno aunque algunas de las lobulaciones glandulares aparecen en medio de tejido liso; estas están constituidas por acinos glandulares de tipo seroso con canales de tipo excretor; se observan unas pocas correspondientes a islotes de LANGERHANS.

Diagnóstico: Páncreas aberrante. (Latorre).

Comentario: En este caso hicimos el diagnóstico operatorio de Páncreas aberrante, teniendo en cuenta la similitud de la lesión con la del caso anterior (II).

III — Enfermo de 54 años. Casado, Ingeniero.

Historia: En 1947 consultó por vez primera, debido a dolor epigástrico, postprandial, agrieras y constipación. Radiología: Ulcus duodenal. Periódicamente siguió consultando por las mismas molestias obteniendo mejoría transitoria con los tratamientos médicos usuales. En abril de 1952 Clínicamente se sospecha estenosis pilórica y la Radiografía enseña: "Notoria deformación pilórica con estenosis y retardo en la evacuación del estómago. La estrechez se

debe probablemente a adherencias cicatriciales. Duodeno deformado por adherencias. Arco duodenal normal". Finalmente en Junio de este mismo año informa el Radiólogo: "Región prepilórica permanentemente deformada con denteladuras y de aspecto cilíndrico como si se tratara de infiltración. Duodeno irregular. Divertículo gigante de la II porción del Duodeno, lleno aún después de 7 horas. Delgado normal.

Diagnóstico preoperatorio: Estenosis cicatricial del Píloro. Neo?

Operación: Junio 18 de 1952.

Exploración: Por Laparotomía media supraumbilical: Ulcus cicatricial de la región angular de la pequeña curva. Píloro endurecido; ausencia de adenopatías perigástricas. T del yeyuno a pocos centímetros del ángulo duodeno-yeyunal con aenopatías mesentéricas. Se sospecha degeneración maligna del píloro con metástasis yeyunal y se practica una Gastrectomía subtotal amplia, con resección amplia de los mesos, con anastomosis tipo Hoffmeister-Porter y se extirpa completamente el T yeyunal el cual abarca todas las capas yeyunales a excepción de la mucosa.

Postoperatorio: Sin complicaciones. El paciente sale el 24 de Junio y la evolución posterior es satisfactoria.

Examen Histo-Patológico: Descripción Macroscópica: Estómago que tiene 14 cms. de largo por 7 cms. de ancho. En la serosa de la curvatura menor hay congestión y adherencias; a este nivel y a 3 cms. del píloro hay una ulceración que tiene 1 cm. de ancho por 0,7 cms. de largo. Los bordes son biselados. Por separado se recibieron tres pedazos de tejido. El más grande mide 2 x 1 x 0,8 cms. Diagnóstico microscópico: En las preparaciones del estómago se encuentra una ulceración que interesa las capas mucosa, submucosa y parte de la muscular. El fondo presenta necrosis y hemorragia. En los tejidos vecinos hay vasos sanguíneos neoformados, congestión, edema e infiltración moderada por inflamación, especialmente de monocitos y leucocitos polinucleares. En la capa muscular hay abundante tejido conjuntivo de neoformación y esclerosis arteriolar. En las preparaciones del yeyuno se observa inmediatamente por debajo de la mucosa y llegando hasta la muscular, numerosos tubos excretores glandulares revestidos por epitelio cuboide o columnar. En ciertas áreas y en medio de estos tubos hay estructuras acinares típicas del PANCREAS. No se ven células de los islotes de Langerghans. No hay malignidad. Diagnóstico: Ulcera péptica y PANCREAS ABERRANTE.

IV. — Nombre del paciente: P. C. 40 años. I. C. S. S. Carnet N° 01-139570 Julio 12-52.

Enfermedad actual: La enfermedad actual data desde hace un año en que viene presentando dolores abdominales, los cuales se han presentado de manera periódica.

Presentó una hematemesis hace un año, de unos 150 c.c., y deposiciones de color negro, desde la misma época.

Hace unos tres meses se acentuaron los síntomas caracterizados por dolor en el epigastrio e irradiación hacia el hipocondrio izquierdo y región lumbar. El dolor aumenta con la ingestión de alimentos y a las dos horas calma.

Antecedentes personales: Enfermedad de la infancia. Tifoidea, y bronquitis frecuentes.

Antecedentes Alcohólicos: Sí.

Examen Físico: Paciente de mal estado general, astenia y anemia. Lengua saburral húmeda. Amígdalas crípticas.

Abdomen: Flácido y a la palpación se encuentra sensiblemente doloroso en el epigastrio y en el hipocondrio izquierdo. Meteorismo intestinal.

Hígado: Clínicamente normal. Lo demás normal.

Exámenes de laboratorio: Julio 14-52. Cuadro hemático: 3'3 hemoglobina: 9; 62,07% - Hematocrito 30 - eritrosedimentación 1/2 hora; 12 1 hora: 30 mm. Leucocitos 12.500. Polinucleares: Neutrófilos 65. Eosinofilia: 12 - Linfocitos 22.

Coproanálisis: Quistes de Entamoeba Histolítica: +++ . Q. Endolimax Nana: ++. Huevos de Uncinaria: ++. Huevos de Ascaris: +.

ANALISIS DE ORINA: Píocitos ocasionales.

GASTROACIDOGRAMA: Hiperacidez de tercer grado. Al examen microscópico: Hematíes: ++. Píocitos: ++. Moco: ++.

Células epiteliales: ++. Cristales de Colesterina: +.

EXAMEN RADIOLOGICO: Julio 18 de 1952.

En el esófago no se encuentra nada patológico. El estómago es de forma, tamaño y situación normales. Muy poco antes del píloro y hacia el lado de la curvatura mayor aparece una imagen clara, de forma redondeada, de contornos muy nítidos, de unos diez milímetros de diámetro y con una mancha de bario en el centro. Por lo demás no se ve ninguna otra deformación en las paredes gástricas, los pliegues de la mucosa son normales en la vecindad de la imagen clara descrita y no hay rigidez de la pared. El peristaltismo es activo y la evacuación se inició sin dificultad, y siete horas más tarde se ven todavía huellas de la sustancia opaca en el estómago. Las imágenes del Duodeno y de las primeras asas del yeyuno son normales.

Siete horas después de tomado el bario se ve una parte en las últimas asas del ileón y en el colon la sustancia opaca llega a su ángulo izquierdo y solo anota una aerocolia. El apéndice se visualizó y no hay dolor al palpar sobre él.

Este examen muestra la presencia de un pólipo pequeño, situado en el estómago, muy poco antes del píloro y hacia el lado de la curvatura mayor, y

hacia la parte central de él existe una ulceración unos tres milímetros de diámetro. (Firmado: Francisco Convers)" (Fig. 2).

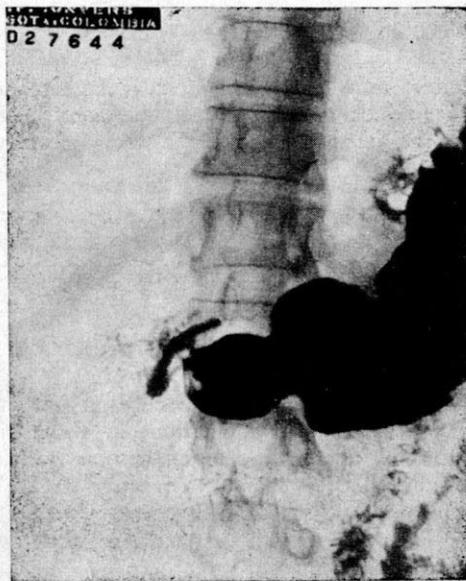


FIGURA 2

Julio 19 — Se ordena transfusión sanguínea. Paciente mejora la sintomatología dolorosa, pero continúa su estado anémico.

Julio 22 — Se ordena una segunda transfusión.

Julio 24 — El paciente es trasladado al Hospital San José.

Examen Físico: Estado general satisfactorio. Ligero color anémico. Peso aparentemente normal, pulso y tensión arterial normales.

ABDOMEN: Dolor al efectuar la palpación profunda, en la región epigástrica, y zona pancreato-duodenal.

El paciente informa que hace unos quince días presentó una pequeña hematemesis.

Laboratorio: Julio 29-52. Eritrocitos: 3'35. Hemoglobina 10 grs. Hematocrito: 36. Eritrosedimentación: 12 mm. 1 hora. Leucocitos: 5.500. Polin. 65. Eos. 2. Basó. 2, Linfocitos: 29. Monocitos: 2.

Se ordena transfusión de 200 c.c.

Julio 30-52. Tiempo de coagulación: 9,35. Tiempo de sangría: 1,30.

Operación: Gastrectomía Sub-total. Agosto 1 de 1952.

Transfusión: 1.000 c.c. sangre total. 1.000 c.c. suero dext. al 5% agua dest.

Técnica de Porter; retro cólica. Al efectuar la exploración del estómago, se encontró en la región del antro pilórico, una zona indurada, de consistencia dura, regular, y el aspecto externo de la serosa gástrica, correspondiente a la lesión aparecía pálido.

Al examen de la pieza anatómica, se encontró en la región del antro pilórico un endurecimiento circunscrito, en la cara anterior y cerca de la curvatura mayor, cuyos caracteres serán descritos en el informe anatomopatológico.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO:

Examen macroscópico: Fragmento de estómago que mide 13 x 4,5 cms. La superficie exterior lisa, brillante, congestionada. Viene una porción de meso pequeño, no encontramos aparentemente estructuras ganglionares. La sección superior tiene un diámetro de 9 cms. y la inferior de 3,5. La consistencia de la pared es blanda en toda su extensión excepto en una área localizada en la cara anterior cerca a la curvatura mayor y a 2,5 cms. de la sección inferior en donde se aprecia un endurecimiento circunscrito.

La superficie mucosa muestra pliegues. La parte superior es más bien lisa en donde se aprecia el reborde pilórico y porción de duodeno que alcanza hasta 2 cms. Un poco hacia arriba del reborde pilórico se aprecia un levantamiento mamelonado de superficie lisa, de color rojizo, grisoso en la parte más saliente que mide 1 cm. de diámetro, y una altura de 0,7 cms. Ese mamelón es de consistencia blanda y se desplaza junto con la mucosa; corresponde al área dura anotada anteriormente.

A la sección del endurecimiento anotado, corresponde a un engrosamiento a la altura de la capa muscular que aparece de un color blanco grisoso brillante.

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

Los cortes histológicos muestran pared gastroduodenal. En la primera porción se encuentra el levantamiento anotado anteriormente constituido por mucosa, muscularis y submucosa, capas que conservan su arquitectura y relaciones corrientes; en algunos de los cortes en serie practicados a esta altura, se encuentran en la submucosa lobulaciones pequeñas constituidas por el agrupamiento denso de acinos glandulares de tipo seroso junto con canales excretores.

En los cortes examinados, no se observan islotes de Langerhans.

CONCLUSIÓN:**TEJIDO PANCREATICO ECTOPICO.**

Firmado: Dr. Latorre L. Agosto 4/52.

(Esta Historia nos fue gentilmente cedida por el Dr. Roberto Gutiérrez Arango).

V. — Enferma M. B. Edad: 21. Soltera. Estudiante.

Desde hace 3 meses sufre de astenia, malestar epigástrico, llenura postprandial, palidez de conjuntivas y piel. Melenas repetidas. Súbitamente presenta una Hematemesis. Se le practica transfusión de 500 c.c. de Sangre completa. El Laboratorio da inmediatamente después los resultados siguientes: Hematíes: 4.150.000. Hemoglobina: 11,9 gms. Hematocrito: 41. Anisocitosis. L: 8.250. N; 69%. L: 23%. M: 6%. Plaquetas: 539.500. Sedimentación: 30 mm. en 1 hora. Coagulación 1'. Sangría: 15". Qpick: 14". Proteínas: 7,91. Hanger: +++++. N. U.: 22,5. Glicemia: 90%.

Rayos X (Septiembre 21 de 1956 - Otero): POLIPO del Antro, hacia la curva mayor (Figura N° 3).



FIGURA 3

Diagnóstico preoperatorio: Pólipo Gástrico. Malignidad?

Operación: Septiembre 24/56.

Laparotomía paramediana izquierda. Exploración: Periduodenitis. En antrum y hacia gran curva se palpa un T, fijo, pequeño.

Se practica liberación derecha de estómago y Duodeno. Seccionado este se explora la luz antral y se encuentra un T. sénil con umbilicación central de la mucosa y originado en la submucosa. Se sospecha el Páncreas aberrante, pero no habiendo posibilidad de congelación se resuelve practicar Gastrectomía parcial (50%). Anastomosis Billroth I: Puntos de serososa posterior con toma de cápsula Pancreática (Nakayama) y perforantes de puntos separados. Apendicectomía profiláctica. Cierre por planos.

EXAMEN HISTOPATOLOGICO:

Descripción macroscópica: Abierto el estómago se nota hacia el centro de la pieza, una proeminencia de aspecto mamelonado, de 0,5 cms. de altura y 0,8 cms. de espesor, que presenta en el centro una umbilicación. Al cortar esta formación se observa que la mucosa tiene el espesor usual y que su proeminencia se debe a la presencia de un tejido blanco lobulado en la submucosa. No hay evidencia de úlcera. El nódulo está en la pared anterior a 1 cms. de la línea de resección.

Descripción microscópica: Los cortes muestran mucosa gástrica sin alteración de estructura; la submucosa está reemplazada por tejido glandular acinoso pancreático con canales excretores dilatados. Diagnóstico: PANCREAS ABERRANTE. (1734/56 - LX - 28 - 56. Lichtenberger).

RESUMEN

Se presentan cinco casos de PANCREAS ABERRANTE y se hace una síntesis de los conocimientos actuales acerca de esta entidad.

En Dos de los casos de localización Gástrica se sospechó malignidad y se practicó Gastrectomía amplia. En el otro se sospechó operatoriamente el Páncreas aberrante y se practicó Gastrectomía parcial.

Los dos casos de localización Yeyunal fueron hallazgo operatorio en pacientes intervenidos para úlcera Gástrica y Duodenal respectivamente.

Se recalca acerca de la importancia de pensar en esta entidad. Los signos Radiológicos en el Estómago pueden ser de gran utilidad para el diagnóstico preoperatorio de la lesión.

La Biopsia por congelación es definitiva para evitar la Gastrectomía. Las complicaciones de esta entidad son la causa principal de consulta y la indicación del tratamiento Quirúrgico. El tejido aberrante puede hacerse funcionante y malignizarse. La Hemorragia fue el síntoma predominante en dos de los casos y en otro la clínica fue muy sugestiva de un proceso maligno.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) ALLEN, R. K. **Aberrant Pancreatic tissue in the Stomach.** *Gastroenterology*, 21: 148, may 1952.
- (2) BENNER, W. **Diagnostic morphology of aberrant pancreas of the Stomach; Report of 5 cases.** *Surgery*: 29: 170, 1951.
- (3) BOCKUS, H. L. **Gastroenterology.** Vol. III, pag. 736. W. B. Saunders Co. Ph. and London, 1946.
- (4) BRADLEY, R. L., et al. **Gastric Heterotopic Pancreas with Hemorrhage.** *Gastroenterology*; 30: 297, Fe. 1956.
- (5) FELDMAN, M. **Aberrant pancreas: A cause of Duodenal Syndrome.** *J. A. M. A.* 148: 893, March, 1952.
- (6) HUDOCK, J. J. et al. **Acute massive Gastrintestinal Hemorrhage associated with Pancreatic heterotopic Tissue of the Stomach; Ann. Surg.,** 143: 121, Jan. 1956.
- (7) KJELLMAN, L. **Aberrant Pancreas.** *Acta Radiol.* 34: 225, Sept. 1950.
- (8) KJELLMAN, L. **Further cases of aberrant Panceras.** *Acta Radiol.* 36: 89, August 1951.
- (9) LEODOLTER, I. **Pancreas Aberrans in the Stomach; Report of a case.** *Gastroenterology*, 24: 569, August 1953.
- (10) LITTNER, M., and KIRSH I. **Aberrant Pancreatic Tissue in the Gastric Antrum.** *Radiology.* 59: 201, August 1952.
- (11) MARTINEZ, N. S., et al. **Heterotopic Pancreatic Tissue involving the Stomach.** *An. n. Surg.,* 147: 1, January 1958.
- (12) NELSON, ROBERT, S., and SCOTT, N. M. **Heterotopic Pancreatic Tissue in the Stomach-Gastroscopic features.** *Gastroenterology*, 34: 452, March 1958.
- (13) WAGNER, M. **Clinical Significance of heterotopic Pancreas in wall of Stomach.** *Arch. Surg.,* 64: 840, June 1952.