

Clínica del Prof. Pedro Larghero

## HEMORRAGIA DIGESTIVA POR HETEROTOPIA PANCREÁTICA (\*)

Dres. Luis M. Bosch del Marco y Juan Alberto Folle

Los nódulos de tejido pancreático heterotópico están constituidos por tejido pancreático normal, alojados fuera de la cápsula pancreática y sin relación de continuidad anatómica ni de circulación vascular con el páncreas normal.

De Castro Barboza y Dockerty, reunieron hasta 1946, 450 observaciones publicadas.

La incidencia de su hallazgo, es mayor en la 4ª y 5ª década de la vida. Se alojan con preferencia en las paredes del duodeno (30 %), estómago (25 %), yeyuno (15 %), pero pueden hallarse en el colédoco, ampolla de Vater, bazo, hígado, íleon y divertículo de Meckel.

Su tamaño varía entre nodulitos de algunos milímetros y placas de 4 o 5 cms. de diámetro, alojados o en la submucosa (53 %) o en el espesor de la pared (20 ó 25 %) o en la subserosa.

Macro y microscópicamente tienen un aspecto inconfundible y aunque puede faltar alguno de los elementos histológicos, el diagnóstico operatorio por el solo aspecto de la lesión es fácil.

Estos páncreas en miniatura pueden sufrir los mismos procesos que el páncreas normal: necrosis aguda, procesos inflamatorios, transformación quística y malignización; se les puede responsabilizar a veces de la formación de divertículos en el órgano que los aloja. Su situación submucosa los vuelve aptos para determinar congestión del corion y hemorragias.

En casi el 50 % de los casos su evolución es asintomática y

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 22 de junio de 1955.

se descubren en la operación realizada para otra lesión, o en la autopsia. En otros casos son causa de sufrimientos de tipo ulcus gastroduodenal, o biliar o aún mismo de hiper con hiperglicemia.

En la observación que motiva este trabajo, la paciente, una mujer de 26 años, ingresó 3 veces a la Clínica del Profesor Larghero por hemorragias cataclísmicas gastroduodenales no siendo posible encontrar la causa, razón por la cual fué registrada en la estadística que figura en este mismo volumen, como hemorragia criptogenética.

Fué en un 3er. ingreso, por la misma causa, que la laparotomía exploradora reveló, habiendo sido operada mientras persistía la hemorragia, la existencia de una erosión violentamente sangrante a nivel del antro gástrico. Esta erosión asentaba sobre un nódulo pancreático submucoso. La resección gástrica curó a la enferma.

I. C. de 26 años. H. C. N° 7751, sexo femenino.

Reingresa al Pasteur el 14 de agosto de 1954 porque en el mismo día a la hora 11 presenta pequeña hematemesis seguida a las tres horas de otra hemorragia copiosísima que obliga, conociendo ya su pasado clínico, a una intervención de carácter explorador a los efectos de tratar la causa, hasta ese momento no individualizada, de su hemorragia.

Tiene, como antecedentes de valor, dos ingresos anteriores; el primero con fecha 8 de julio de 1950, motivado por un síndrome de anemia aguda por hematemesis y melenas importantes, que culminan un pasado de dispepsia hepato biliar desde la infancia, con una crisis dolorosa de relativa intensidad en hipocondrio derecho, a raíz de un exceso alimenticio. Se le trata y estudia durante su estadía en el hospital que se prolonga 25 días. El examen clínico revela un síndrome de anemia secundaria, con hígado discretamente aumentado de volumen; el laboratorio no señala nada desde el punto de vista hematológico, ninguna perturbación en su crisis sanguínea y satisfactoria funcionalidad hepática. La esofagoscopia no encuentra lesiones, los exámenes radiográficos reiterados del gastroduodeno tampoco. La colecistografía muestra una vesícula con buena contracción y evacuación y alguna sombra negativa en uno de los films que no permite afirmar se trate de un cálculo.

Mejorada de su anemia y en vista de la edad joven y la falta de individualización de la lesión causal, se le concede el alta con vigilancia periódica. El 2º ingreso data del 24 de marzo de 1952, por melenas, con mareos y crisis lipotímicas, luego de haber pasado bien 16 meses. El examen clínico denota un estado de anemia importante del cual se repone. De los estudios practicados en este nuevo episodio de su afección, se comprueba que no hay lesión visible radiológicamente en el gastro-

duodeno; la vesícula biliar presenta una disquinesia sospechándose una vesícula fresa; anaclorhidria marcada, ninguna alteración de la crisis sanguínea y el mielograma (Dr. Pedro Paseyro), es enteramente normal. El tratamiento que se le instituye es totalmente médico, ya que no es aceptada la exploración quirúrgica propuesta. Mejorada, se le concede el alta el 29 de abril de 1952.

Examen físico actual: anemia acentuada en el momento del ingreso ocurrido pocas horas después de la hemorragia: 3.100.000 G.R. con 62% Hb., V.G. 1 y Leucocitosis 5.100. 3 días más tarde, pese al tratamiento,

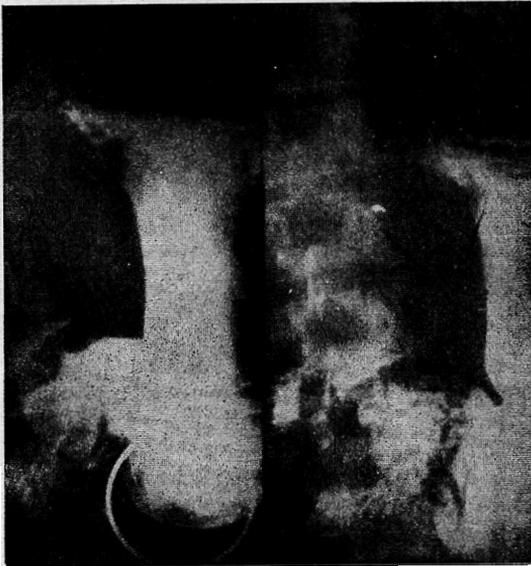


Fig. 1

la hemorragia continúa: G.R. 2.000.000, Hb. 42 %, V.G. 1.05. Crisis sanguínea: T. Coag. 3'15". Sangría 2'30". Retracción del coágulo normal. Protrombina 100 %. Volemia glob. 24 %. Proteínas 5 gr. 21 %. Eritrosedimentación moderadamente acelerada. Orina: densidad 1022. Urea en suero 0 gr. 30 %.

El sondeo gástrico confirma por 3ª vez la anaclorhidria.

El sondeo duodenal revela mala evacuación vesicular e infección moderada. Un nuevo examen radiológico gastro-duodenal, no muestra lesiones. La colecistografía es normal.

Gastrorragia, realizada en una acalmia: Dr. Lorenzo y Losada: no se observan lesiones.

La hemorragia, aunque a ritmo lento continúa, como lo revelan las reacciones positivas de sangre en las heces, hechas de modo seriado, por lo cual se decide intervenir en este momento para poder localizar la fuente de hemorragia.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

OPERACION. — Anestesia raquídea y pentotal. Mediana supraumbilical. Gran vascularización de los planos parietales y de estructuras viscerales. La exploración revela:

1º Gastroduodeno sin lesiones evidentes. Adenopatía inflamatoria en la cadena de la gastroepiploica. Nódulo pequeño prepilórico en la pequeña curvatura de  $\frac{1}{2}$  cm. de diámetro.

2º Bazo de tamaño normal, aumentado de consistencia.

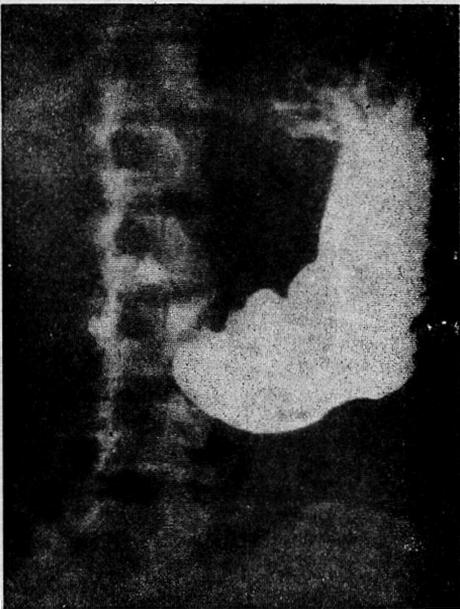


Fig. 2

El examen radiográfico del gastroduodeno en su relieve interno y por relleno no denotan la existencia de lesión orgánica.  
Dr. Zerboni y A. Gorlero.

3º Hígado normal.

4 Vesícula biliar de aspecto normal que se evacúa bien.

5º La antrotomía prepilórica enseña que el nódulo es submucoso; y a su nivel, la mucosa presenta una erosión que sangra vivamente, el resto de la mucosa antral es roja y sangra profusamente al mínimo contacto. Se resuelve verificar resección del nódulo cuyos caracteres corresponden al de un páncreas aberrante y luego gastrectomía subtotal no ensanchada para cubrir todas las posibilidades. Gastro yeyunostomía posterior por la técnica de Hoffmeister Finsterer. Cierre.

La operación es bien tolerada. Se transfunden 600 c.c. de sangre. La evolución es satisfactoria. El alta es concedida el 29 - IX - 1954.

Hasta el momento actual, la enferma no ha vuelto a sangrar.

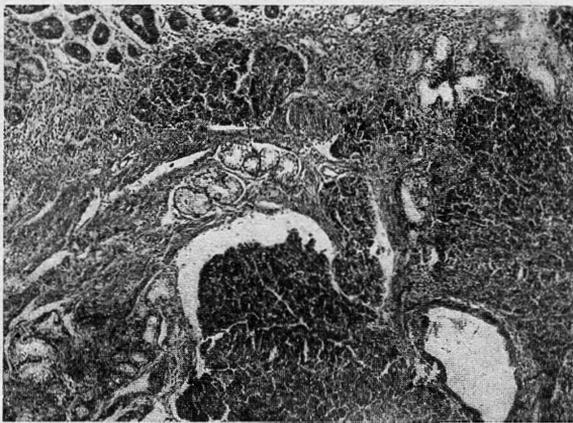


Fig. 3. — Grupos de acinos pancreáticos que atravesando la muscular de la mucosa, penetran en el corion relacionándose con las glándulas antrales.

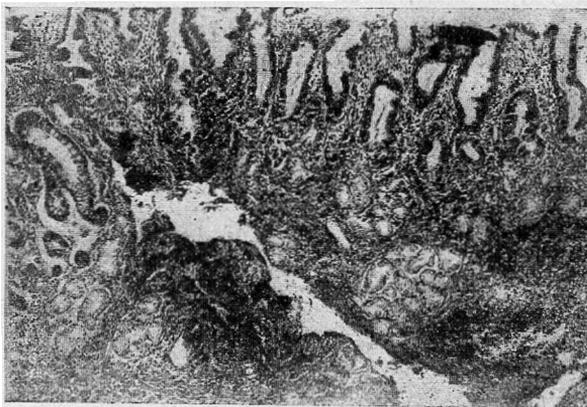


Fig. 4. — Gastritis infiltrativa y productiva en la mucosa que recubre el nódulo pancreático, con focos de proliferación fibroblástica.

### CONSIDERACIONES PARTICULARES

La observación presentada ofrece las siguientes características:

1) Clínicamente se manifestó en reiterada forma por síndromes de hemorragia digestiva importante (hematemesis - melenas), sin que los estudios realizados en el gastroduodeno orientasen hacia ningún proceso orgánico. Tales estudios fueron especializados en el relieve interno del órgano, tratando de evidenciar una mínima lesión tumoral o ulcerosa.

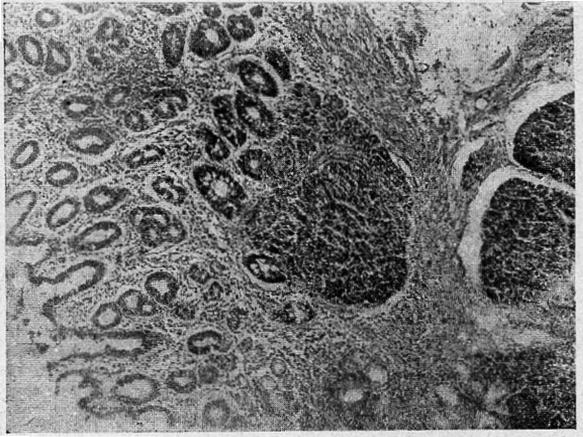


Fig. 5 — Islote de acinos pancreáticos en contacto con las glándulas antrales.

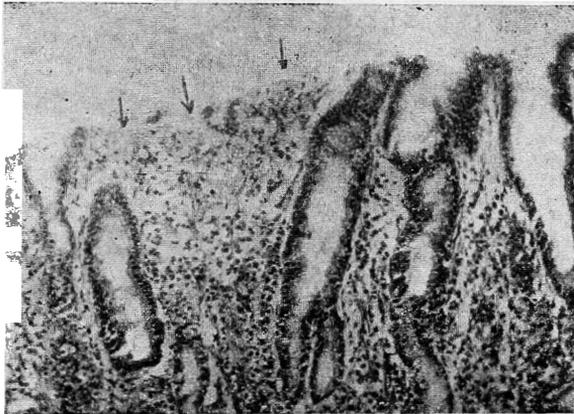


Fig. 6 — Erosión de la mucosa antral con capilares dilatados al descubierto en la superficie.

2) El diagnóstico se realizó, por la comprobación operatoria de la fuente de la hemorragia y del hallazgo del nódulo subyacente en la submucosa del antro, próxima al canal pilórico, con los caracteres macroscópicos de la glándula pancreática normal.

3) La comprobación histológica de acinos glandulares exocrinos con ausencia de elementos glandulares endocrinos.

4) Las erosiones de la mucosa encima del nódulo pancreático y el gran proceso congestivo antral eran la causa de la hemorragia aguda que determinó resección subtotal del órgano como medida profiláctica de las recidivas de hemorragia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) DE CASTRO BARBOSA, J.; DOCKERTY, M. B. and NAUGH, J. M. — "Pancreatic hipertrophia". Surg. Gynec. and Obst., 82: 527 - 542, 1946.
- 2) GUNY, ANDRE. — "Un cas de pancréas accesoire a siège duodenal" Mém. de l'Acad. de Chir. de Paris, 75: 639 - 642, 1949.
- 3) JOYEUX, R. et GUIBERT, M. L. — "Le pancréas aberrants gastro-duodenaux". Journ. de Chirurgie., 63: 261 - 278, 1947.
- 4) MARSHALL, S. F. and CURTIS, F. M. — "Aberrant pancreas in stomach wall". Surg. Clin. of North américa, 32: 867 - 1952.
- 5) PEARSON, S. — "Aberrant Pancreas". Arch. of Surgery. 63: 168 - 182, 1951.
- 6) ZERBONI, E. R. — "Tumores benignos del estómago". Bol. Soc. de Cirugía del Uruguay". XVI, 502 - 514, 1945.