

## ***Divertículo gástrico y páncreas anular. Tumor benigno y divertículo gástrico***

Dres. RAUL PRADERI, EDUARDO CURUCHET  
y CARLOS GOMEZ FOSSATI \*

Traemos a esta Sociedad dos observaciones de pacientes operados recientemente con afecciones poco comunes que por casualidad se superpusieron. Ambos tenían divertículos gástricos verdaderos yuxtacardíacos, reconocidos radiológicamente, pero como se verá el grueso de su sintomatología se debía a otra afección. En la primera existía un páncreas anular y en la segunda un tumor gástrico ulcerado (schwanoma o fibroleiomioma)

Caso 1.— E. R. de M. (CASMU, 114.480). Sexo femenino, 46 años. Consulta por vómitos, disfagia paradójica y otras molestias digestivas poco definidas. Múltipara. Tres años antes la habíamos operado (R. P.), con una colecistitis aguda litiasica, practicándose una colecistectomía. La colangiografía operatoria obtenida entonces era normal.

Estudiada radiológicamente (E. C.) se constató la presencia de un divertículo gástrico yuxtacardial (fig. 1). Pensando que fuera la causa de sus trastornos y la operamos (15-VIII-69) practicando la resección del divertículo cuya mucosa estaba sana (R. P. y C. G. F.).

Al mes de la intervención comenzó a sufrir nuevamente con vómitos, sensación de plenitud postprandial y apareció una subictericia. La operamos nuevamente.

Operación (30-X-69; Dres. R. Praderi, C. Gómez Fossati y J. L. Crespo; anestesia general, Dr. Marx).

Utilizamos la misma incisión paramediana derecha de las intervenciones anteriores, la vía biliar era normal, lo que se confirmó porque se practicó una colangiografía, coledocotomía y decolamiento duodenopancreático. Al descender el mesocolon nos encontramos con sorpresa con un anillo pancreático abrazando a la segunda

porción del duodeno, que había pasado desapercibido en las intervenciones previas. La vía biliar era normal. Dejamos un tubo de Kehr y liberamos cuidadosamente el anillo pancreático por su cara anterior resecano un fragmento en su porción más estrecha (fig. 2).

El duodeno estenosado se expandió en seguida. Al cortar el anillo no vimos ningún canal pancreático importante, pero suturamos igual ambas superficies de sección (fig. 2). El postoperatorio cursó sin incidentes y la enferma no volvió a sufrir.

Caso 2.— A. M. (CASMU, 405.285). Sexo masculino, 69 años. Ingresó por una hemorragia gastroduodenal intermitente de varios días de evolución. Es tratado con transfusiones y antiácidos. El estudio radiológico (E. C.) muestra un divertículo gástrico yuxtacardial similar al de la otra paciente, pero el estómago estaba volvulado no permitiendo ver con claridad el antro y el resto de la pequeña curva. Existía además un quiste hidático calcificado de hígado ya conocido y asintomático. Como las melenas persistían se resuelve operar.

Operación (21-V-70; Dres. R. Praderi, C. Gómez Fossati y J. L. Crespo; anestesia general, Dr. Marx). Mediana supraumbilical. Se encuentra el divertículo yuxtacardial y un tumor gástrico encapsulado limitado, a nivel de la pequeña curva por debajo del divertículo y engarzado en la misma con la cara mucosa ulcerada y sangrante. Polilobulado de 7 cm. de diámetro. No infiltrante. Tiene aspecto de tumor benigno, pero está muy alto para practicar una resección. Por esta razón se hace una gastrectomía proximal no ensanchada y anastomosis esofagagástrica terminolateral sobre cara anterior (Sweet) seguida de piloroplastia (fig. 3) (Heineke-Mikulicz).

El postoperatorio cursó sin incidentes aunque quedó con una discreta disfagia para alimentos sólidos que mejoró después.

Analizamos por separado las tres afecciones de que eran portadores estos enfermos.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 21 de octubre de 1970.

\* Profesor Adjunto de Cirugía; Asistente de Radiología; Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

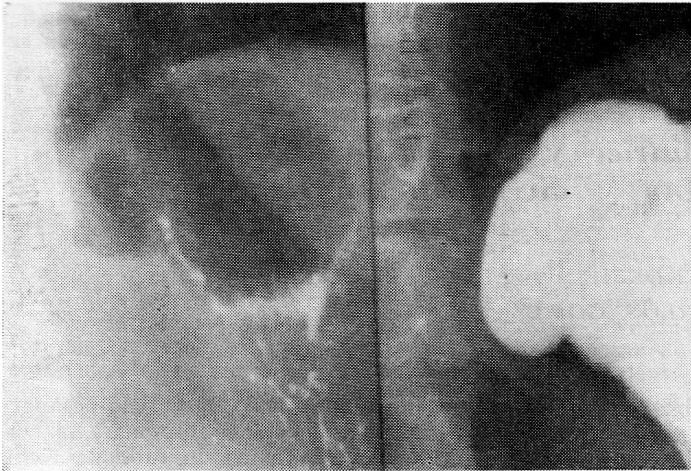


FIG. 1.—Se ve la imagen diverticular llena y vacía del caso 1.

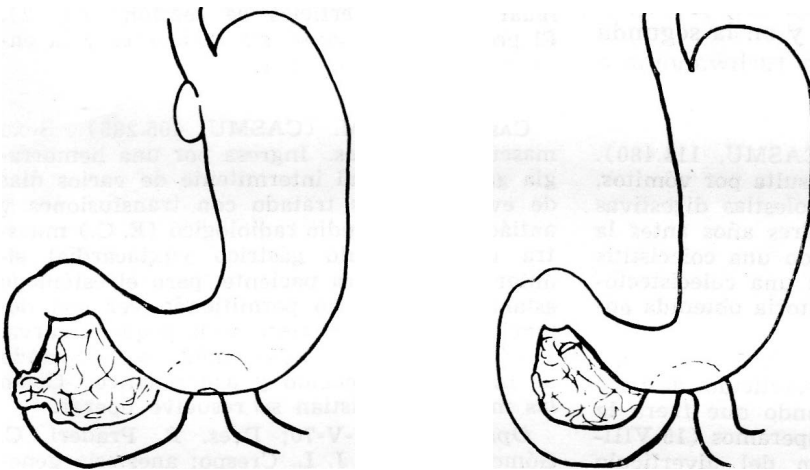


FIG. 2.—Aspecto del caso 1.

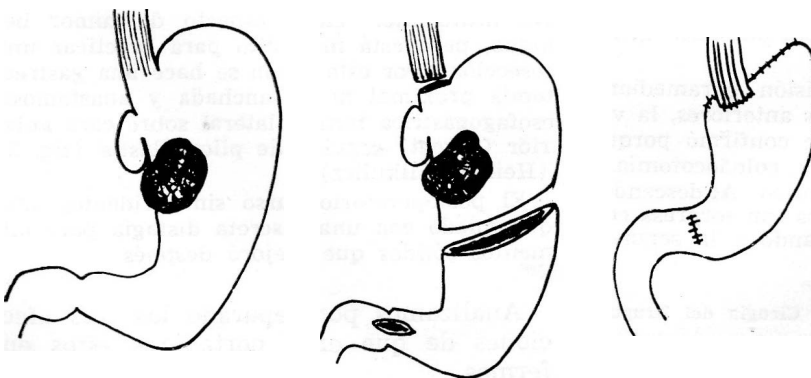


FIG. 3.—Procedimiento utilizado en el segundo caso.

## DIVERTICULO GASTRICO

Es poco frecuente. Según Feldman (10) se ven en el 0.04 % de las radiografías de gastroduodeno. Sommer y Goodrich (23) encontraron 1 cada 568 estudios. Están situados en el cardias, formados por una bolsa mucosa y son accesibles desde atrás a través de la retrocavidad. Por la cara anterior del estómago generalmente no se ven. Se deben diferenciar de los infundíbulos adquiridos por tracción. En su aspecto son muy similares a los divertículos duodenales, pues tampoco tienen capa muscular.

Palmer (20) que hizo una revisión bibliográfica muy extensa demostró su habitual inocuidad y lo mismo señalan Bralow y Spellberg (4). La perforación es prácticamente inexistente y la hemorragia ha sido señalada excepcionalmente por Cosman y col. (6) y Brown (5).

Es posible la asociación con un síndrome ulceroso [Abraham (1)] o un tumor gástrico. Price (21) lo ha visto junto a un vólvulo gástrico como en nuestro segundo caso. No hemos encontrado referida su coexistencia con páncreas anular.

En nuestra primera enferma podría explicar algunos trastornos dispépticos, pero en el segundo el divertículo nada tenía que ver con la hemorragia.

Estos enfermos se operan generalmente para tratar la patología asociada.

Conviene suprimir el divertículo por resección simple como en nuestra primera enferma. En el segundo se extirpó con el estómago proximal. El único caso publicado en nuestro país de divertículo gástrico verdadero fue tratado con invaginación por Otero y Zerboni (19). Tanner (26) no aconseja ese procedimiento.

## PANCREAS ANULAR

Si recordamos la embriología de este órgano y como rotan ambos brotes pancreáticos superponiéndose comprendemos que la rotación opuesta de uno de ellos determina la colocación de una lengüeta pancreática alrededor de la segunda porción del duodeno. Esta lengüeta se dispone girando de atrás-adelante y de izquierda a derecha en la cara posterior y luego de derecha a izquierda en la anterior [Drey (8)]

de manera que el extremo adhiere a la cara anterior del páncreas. El canal excretor correspondiente a estas lengüetas en general no tiene comunicación anterior con el Wirsung, pues desemboca atrás, después de haber abrazado al duodeno. Aunque otros autores [Hyden (12)] sostienen que el anillo se forma por brotes incluidos en la pared duodenal, la primera teoría emitida por Lecco (13) es la más aceptada.\*

Durante muchos años se aconsejó no reseca el anillo y derivar el duodeno, pero a la luz de la explicación embriológica la resección de un pequeño fragmento anterior del anillo no significaría más que la sección de la cola del páncreas, pues el drenaje del jugo pancreático no sería interrumpido.

El anillo pancreático puede ocluir el duodeno totalmente en el recién nacido o el lactante, obligando a una intervención derivativa, pero en la mayoría de los casos da síntomas leves o es asintomático en el adulto apareciendo como un hallazgo de autopsia. En estos casos la interpretación radiológica es difícil como en nuestra observación.

En la revisión de la literatura realizada por Gross (9) sobre un total de 50 casos, 39 fueron hallazgos necrópsicos. En una investigación similar de Silvis (22) sobre 61 casos, 41 fueron descubiertos en autopsias.

En el adulto las observaciones sintomáticas son raras, pues es difícil que no habiendo dado trastornos en la juventud el anillo estenose al duodeno en la madurez.

Howard y Jordan (11) en 101 casos encontraron páncreas anulares sintomáticos en el primer año y en la 4ª década de la vida.

Boothroyd (3) señalaba que hasta 1957 no se había publicado ningún caso entre los 4 y los 17 años de edad. Van der Horst (25) trató un caso a los 70 años.

Una pancreatitis crónica y recidivante [Mercadier (17), Warren (27)] que incluya el anillo puede ser la causa de su retracción en el adulto. Lehman (14) encontró esta lesión histológica en los 5 casos en que reseca el anillo.

\* Otras teorías sostienen que el canal terminaba atrás en el colédoco (Baldwin) o que el anillo se formaba por dos brotes, uno anterior y otro posterior (Tiecken) que se reunían delante del duodeno.

Esta puede ir asociada a una litiasis vesicular, afección que había padecido antes nuestra enferma, en la que el fragmento de páncreas reseado mostró lesiones de pancreatitis. También esta señora había tenido un leve aumento de las bilirrubinas tal vez imputable a la pancreatitis. Esta asociación fue señalada por Anderson (2) y por Mast (16).

Según Mac Mahon (15) la pancreatitis se asociaría en el 15 % de los casos y la úlcera duodenal en la misma proporción.

Radiológicamente la estenosis duodenal es difícil de diagnosticar exceptuando desde luego las oclusiones totales. Como señala Dodd (7) el diagnóstico diferencial se plantea en el adulto con el *ulcus postbulbar* y con el cáncer de duodeno.

El tratamiento quirúrgico consiste en restablecer el tránsito digestivo por resección del anillo o por derivación biliodigestiva: gastroenterostomía, duodenoyeyunostomía o duodenoduodenostomía. Otros autores han practicado resecciones gástricas, sobre todo en el adulto.

La resección del anillo no se aconsejaba por el riesgo de fístula pancreática [Whelan (28)]. Actualmente sabemos que una fístula canalicular en el extremo de un canal pancreático no significa ningún riesgo y cierra espontáneamente, por lo menos en el adulto, siempre que sea bien manejada. En nuestro medio, Muñoz Montavaro, Scalone y Parodi (18), se han referido al tema relatando un caso de hemorragia digestiva por *ulcus* en un portador de anillo pancreático que fue tratado con una gastrectomía.

Vaccarezza (24) en nuestro país, también ha tratado esta afección con éxito en el niño mediante la resección del anillo.

### FIBROLEIOMIOMA GÁSTRICO

Las piezas de resección de nuestro segundo enfermo fueron estudiadas por la Dra. Sélka Piovano, que hizo diagnóstico de *fibroleiomioma gástrico*; este tumor benigno, muy parecido al *schwanoma*, con el que se confunde a menudo, puede provocar hemorragias graves cuando se ulcera. Si hubiéramos tenido la certeza de su estructura tal vez con una resección del tumor y cierre gástrico habríamos resuelto nuestro caso sin necesidad de resear el cardias.

### RESUMEN

En dos enfermos operados en el último año se hizo diagnóstico radiológico preoperatorio de divertículo yuxtacardial, pero la exploración operatoria, si bien confirmó la presencia de esta lesión, demostró en ambos la existencia de otras afecciones. En el primero un páncreas anular que había sido asintomático hasta entonces, ocluía parcialmente al duodeno. Fue tratado con éxito mediante la resección de parte del anillo. El segundo enfermo que se presentó con una hemorragia digestiva tenía además un fibromioma gástrico ulcerado sangrante que ocultaba un vólvulo gástrico en la radiografía. Fue tratado mediante una gastrectomía proximal con buenos resultados.

### RÉSUMÉ

Chez deux malades opérés au cours de cette dernière année, un diagnostic préopératoire de diverticule juxtacardial fut établi, mais l'exploration opératoire tout en confirmant la présence de cette lésion montra dans les deux cas l'existence d'autres affections. Chez le premier malade un pancréas annulaire qui avait été asymptomatique jusqu'alors, occluait partiellement le duodénum. Il fut traité avec succès par la résection d'une partie de l'anneau. Le deuxième malade qui s'est présenté avec une hémorragie digestive avait en outre un fibromyome gastrique ulcéré saignant qui cachait un volvulus gastrique à la radiographie. Il fut traité par une gastrectomie proximale avec de bons résultats.

### SUMMARY

In the case of two patients operated upon within the last year, pre-operative radiological diagnosis indicated juxtacardial diverticulum, but operative exploration not only confirmed the presence of this lesion but also showed in both patients the existence of other affections. In the first patient, a annular pancreas so far asymptomatic, partially occluded the duodenum. He was successfully treatment by resection of part of the ring. The

second patient who came to us with digestive hemorrhage, had also an ulcerated bleeding gastric fibromioma which hid the gastric volvulus in the X-ray picture. He was treated by a proximal gastrectomy with good results.

## BIBLIOGRAFIA

1. ABRAHAO, L., TREIGER, M., SAN JUAN, F. y GUARINO, J. Divertículo de estómago. *O. Hcs-pital*, 73: 1125, 1968.
2. ANDERSON, J. and WAPSHAW, H. Annular pancreas. *Brit. J. Surg.*, 39: 43, 1951.
3. BOOTHROYD, L. Annular pancreas. *Ann. Surg.*, 146: 139, 1957.
4. BRALOW, S. and SPELLBERG, M. Diverticulum of stomach. Report of 26 new cases. *Gastroenterology*, 148: 11, 1959.
5. BROWN, P. Massive and recurrent gastro-intestinal hemorrhage from diverticulum of stomach. *Proc. Staff. Meet. Mayo Cl.*, 13: 270, 1938.
6. COSMAN, B., KELLUM, J. and KINGSBURY, H. Gastric diverticula and massive gastrointestinal hemorrhage. *Am. J. Surg.*, 94: 144, 1957.
7. DODD, G. W. and NAFIS. Annular pancreas in the adult. *Am. J. Roentgenol.*, 75: 333, 1956.
8. DREY. Symtomatic annular pancreas. *Ann. Int. Med.*, 46: 750, 1957.
9. GROSS, R. and CHISHOLM, T. Intestinal obstruction by annular pancreas. *Ann. Surg.*, 119: 759, 1944.
10. FELDMAN, M. *Clinical roentgenology of the digestive tract*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1945.
11. HOWARD, J. and JORDAN, G. *Surgical diseases of the pancreas*. Lippincott, Phil., 1960.
12. HYDEN, W. The true nature of annular pancreas. *Ann. Surg.*, 157: 71, 1963.
13. LECCO, T. Zur morphologie der pankreas anulare. *Sitz. Akad. Wiss. Math. Wien.*, 119: 391, 1910.
14. LEHMAN, E. Annular pancreas as a clinical problem. *Ann. Surg.*, 115: 574, 1942.
15. Mac MAHON, D. Annular pancreas. A case report. *J. Am. Med. Ass.*, 207: 756, 1969.
16. MAST, W., TELLE, L. and TUREK, R. Annular pancreas. Pitfalls of diagnosis and treatment in 8 cases. *Am. J. Surg.*, 94: 80, 1957.
17. MERCADIER, M., CLOT, J. et CLOT, P. Un cas de pancreas annulaire associé a une pancréтите calcifiante. *Ann. Chir.*, 21: 661, 1967.
18. MUÑOZ MONTEAVARO, C., SCALONE, E. y PARODI, H. Páncreas anular. *Día Médico Urug.*, 31: 240, 1964.
19. OTERO, J. y ZERBONI, E. Divertículos del estómago. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 9: 387, 1938.
20. PALMER, E. Collective review of gastric diverticulum. *Surg. Gyn. Obst.*, 92: 417, 1951.
21. PRICE, E. Gastric diverticulum. *Journ. Am. Med. J.*, 29: 153, 1955.
22. SILVIS, R. Annular pancreas. *Ann. Surg.*, 135: 278, 1952.
23. SOMMER, A. and GOODRICH, W. Gastric diverticula. *J. Am. Med. Ass.*, 153: 1425, 1953.
24. VACCAREZZA, A. Comunicación personal.
25. VAN DER HORST, L. Annular pancreas. *Arch. Surg.*, 83: 249, 1961.
26. TANNER, N. Non malignant affections of the upper stomach. *Ann. Roy. Coll. Surgeons England*, 10: 45, 1952.
27. WARREN, K. The surgical treatment of uncommon lesions of the duodenum. *S. Clin. North Am.*, 32: 877, 1952.
28. WHELAN, T. and HAMILTON, G. Annular pancreas. *Ann. Surg.*, 146: 252, 1957.