

## FÍSTULA PANCREÁTICA

### *Consecutiva a una tumoración quística*

*Por el Dr. A. Fossati*

La placa que voy a mostrar pertenece a una enferma que ingresó al H. Español, a raíz de unos puntapiés que le dió su marido en el vientre, estando embarazada de tres meses.

Presentaba estado de shock, vientre con contractura sin ser exagerada y sin desaparecer la macidez hepática.

Se le pone en reposo, bolsa de hielo y medicación tónica. Mejora su estado general y local presentando al poco tiempo un tumor en el hipocondrio derecho y epigastrio que fué creciendo lentamente hasta llegar al tamaño de un huevo de avestruz.

Nuestra impresión primera fué de una contusión hepática con hematoma localizado. Los Rayos X nos mostraron un estómago desviado a la izquierda.

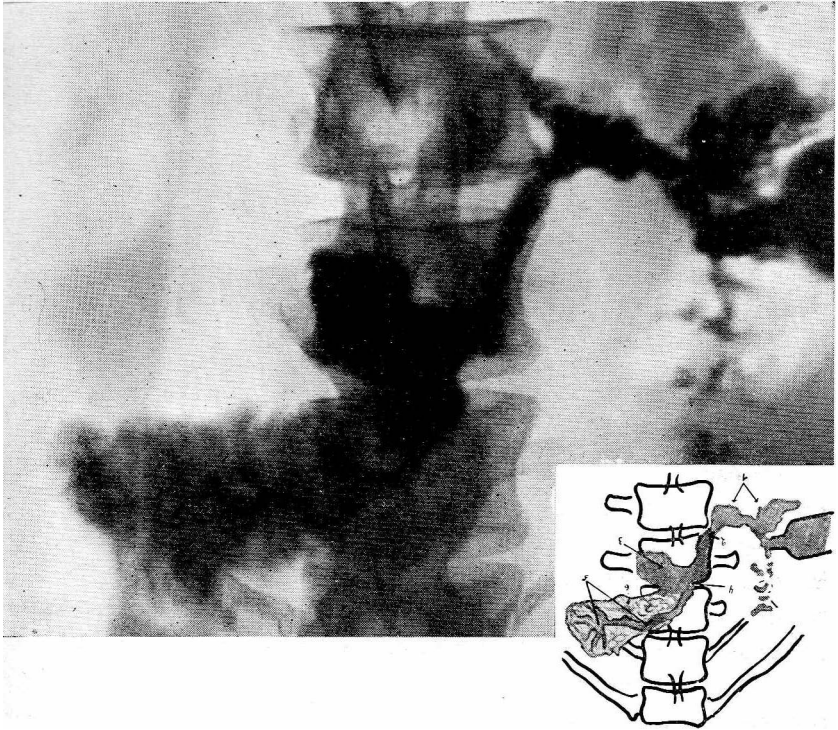
No había signo de anemia y buen funcionamiento intestinal. Operada el 4 de noviembre de 1942, encontramos un tumor en la retrocavidad de los epiplones que abordamos a través del epiplón gastro cólico.

El tumor contenía un líquido de aspecto siruposo, poco teñido, sin olor y no encontramos restos de coágulos ni fibrina; pensamos en rotura de páncreas localizada.

La enferma siguió bien; los bordes de los orificios no se dirigieron y se formó una fístula que tardaba en cerrar. Hicimos una fistulografía con lipiodol, cuya traducción radiográfica presento.

Para concluir diré que la enferma mejoró rápidamente no sólo el estado general sino que la fístula cerró completamente y su embarazo siguió su evolución normal.

El examen del negativo da la impresión de una fístula que comunica ampliamente con los canales principales del páncreas y que el lipiodol rellenara no sólo a la vía principal sino a las diversas ramificaciones secundarias.



1. Trayecto fistuloso sub-cutáneo. — 2. Pasaje a través del epiplón gastrocólico. — 3. Logía de la recto cavidad de los epiplones. — 4. Lugar supuesto de la entrada de lipiodol en el canal pancreático principal.
5. Canales pancreáticos principal y secundarios. — 6. Páncreas.

Parece bastante bien una figura de textos de anatomía que muestre estos canales inyectados, pero Rayos X son Rayos X y esta opinión no podría asegurar en modo definitivo.

**Dr. Etchegorry.** — Para mí es un asunto que me preocupó en esa época bastante; eso sería un caso realmente excepcional. Porque las experiencias de pancreatitis traumática realizadas por Constantini en su Tesis de París, experimentalmente en el perro, resistía el canal principal a presiones enormes. Tan es así, que la mayoría de los pseudo-quistes pancreáticos traumáticos se hacían a expensas de las glándulas o de los pequeños canalículos secundarios, pero nunca a expensas del canal principal. En este caso parecía que el canal principal se inyectaba.

**Dr. Nario.** — Ese antecedente traumático explica a mi parecer, lo que dice el Dr. Fossati que se haya inyectado con tanta facilidad todo

el complejo canalicular del páncreas. No creo que se pueda discutir la realidad de la imagen que se parece a una figura de un texto de anatomía.

**Dr. Fossati.** — Se abordó por el epiplón gastro-cólico y se encontró un líquido que se perdió. No había restos de fibrina. Se veía perfectamente el surco duodeno-pancreático. Se puso un drenaje. Creo que no era la ruptura de un quiste pancreático ignorado preexistente, sino de la vía principal, lo que explicaría el cierre relativamente rápido de la fistula.

Pero vean que he dicho que los Rayos X son Rayos X y que no se puede asegurar con certeza lo que es, por esa misma circunstancia.