

PSEUDOQUISTE DEL PANCREAS

Clínica Quirúrgica

Servicio del Profesor César A. Pantoja. Alumnos: César Duque Botero y Alfonso Díaz Amaya.

La oportunidad que hemos tenido de asistir al diagnóstico clínico —confirmado luego en el acto quirúrgico— y a la evolución ulterior de un Pseudoquiste del páncreas llegado en el año en curso al Instituto Nacional de Radium, es la razón para ocuparnos de su estudio en el presente trabajo; lo es igualmente la poca atención con que se contempla la posibilidad de una afección del páncreas ante un caso clínico dado. No queremos indicar que la patología de esta viscera no se presente en las diversas clínicas con alguna frecuencia, sino que, quizá por su situación profunda y por el hecho mismo de que su semiología clínica no presenta la riqueza que muestran los otros órganos abdominales, es más difícil de diagnosticar; así vemos en el páncreas que el diagnóstico positivo en la mayoría de los casos debe estar respaldado por los exámenes de laboratorio, porque ante el clínico, esta viscera se muestra muda, no hallando objetivamente a su nivel signos, indicios o patognomías que sí aparecen en otros campos de la Patología.

Algunas consideraciones generales previas serán de provecho para comprender mejor la patogenia y la evolución que siguen los tumores a que hemos de hacer referencia posteriormente, lo mismo que algunos datos mayúsculos de Fisiología, exploración médico-quirúrgica, Radiodiagnóstico, etc., por esto hemos de dividir su estudio en los siguientes capítulos:

I.-Anatomía del Páncreas.

II.-Fisiología.

III.-Exploración Clínica y de Laboratorio.

IV.-Patología del Páncreas.

V.-Pseudoquiste del Páncreas.

CAPITULO I

ANATOMIA DEL ORGANOS

El páncreas es una glándula de secreción mixta, anexa al aparato digestivo por sus relaciones íntimas con el duodeno y el hígado y que funcional e histológicamente presenta una analogía sorprendente con las glándulas salivares, lo que le ha valido el nombre de "GLANDULA SALIVAR ABDOMINAL" (Siebold), como la designan actualmente algunos anatomistas alemanes.

1º. *Situación:* La hallamos en la parte alta del abdomen, atravesada por delante de la columna vertebral detrás del peritoneo parietal y circunscrita en parte por el anillo duodenal. Topográficamente corresponde a las dos primeras vértebras lumbares, —con algunas variantes—, ligeramente más baja en la mujer que en el hombre. Se encuentra situada asimétricamente puesto que una línea sagital que pase por la línea media del cuerpo la divide en dos porciones desiguales correspondiendo un tercio a la derecha y los dos tercios restantes a la izquierda.

2º. *Dirección:* No es ni exactamente rectilínea ni exactamente transversal; mientras que su mitad derecha es horizontal, su extremidad izquierda es oblicua hacia afuera y arriba. Los gruesos vasos que cruzan su cara posterior y la columna vertebral rechazan la glándula en su parte media hacia adelante.

3º. *Volumen, peso:* Aunque su volumen es bastante variable en los diversos individuos, se acepta como longitud media 18 cms. altura de 5 y espesor de 3 cms. Se considera igualmente que su volumen aumenta hasta los 40 años para luego sufrir una atrofia senil. Su peso es en término medio de 70 grs., existiendo también amplias diferencias individuales.

4º. *Conformación exterior:* Es bastante irregular; se le compara groseramente a una lengua de perro, alargada en el sentido transversal y más voluminosa en su extremidad derecha que en su extremidad izquierda. Se le distinguen tres partes: cabeza, cuerpo y cola; sin que entre estas diversas porciones exista un límite definido, aunque entre el cuerpo y la cabeza se halla un cuello o istmo que sí se muestra como la porción más estrecha de la glándula.

a) *Cabeza:* es la extremidad derecha que se encuentra circunscrita por el anillo duodenal y por lo cual adquiere con ella íntimas relaciones. La extremidad infero-interna de la cabe-

za, más o menos desarrollada según los sujetos, forma el llamado *processus uncinatus*, pequeño páncreas o páncreas de Winslow; esta porción, puede separarse a la vez del páncreas accesorio. El contorno de la cabeza en su mitad superior es bastante más espeso que el borde inferior, donde el páncreas es mucho más delgado.

b) *Istmo o cuello del páncreas*: es la porción estrecha que reúne la cabeza al cuerpo, mide dos cms. de altura y sólo uno de espesor. Esta porción está estrangulada entre el tronco celíaco por arriba y la arteria mesentérica superior por debajo, vasos que determinan sendas escotaduras sobre el órgano. Se denomina escotadura duodenal del páncreas, a la muesca que determina el duodeno sobre el contorno de su borde superior; dicha escotadura está limitada a nivel de la primera porción del duodeno por dos tubérculos: el uno poco acentuado o tubérculo anterior (Grégoire), siendo el otro más constante y desborda la pequeña curva del estómago dándosele el nombre de *tuber omentale* o *tuberosidad epiploica* de His. llamado así porque está recubierto hacia adelante por el pequeño epiplón. La escotadura inferior que corresponde a la arteria mesentérica superior se le llama escotadura mesentérica del páncreas.

c) *Cuerpo*: está situado un poco más arriba que la cabeza, continuándose insensiblemente con la cola y se halla rechazado hacia adelante por los cuerpos vertebrales.

d) *Cola*; Es delgada o ligeramente abultada en masa. El cuerpo y la cola dibujan con la cabeza un ángulo obtuso abierto hacia abajo; en su extremidad izquierda tiene la forma de una lengüeta y se encuentra en relación directa con la cara interna del bazo, o móvil en el epiplón pancreático esplénico, constituyendo la parte más móvil del páncreas.

5º *Medios de fijación*: es uno de los órganos más fijos de la cavidad abdominal estando mantenido en su posición contra la pared posterior del abdomen por sus conexiones con el duodeno y los canales excretores que en éste terminan, por el peritoneo parietal posterior que le aplica contra la pared y en fin, por los vasos que lo penetran siendo importante notar que todas las partes del páncreas no presentan la misma fijeza; así, la cabeza es solidaria del duodeno y sufre parcialmente los desplazamientos de éste, mientras que el cuerpo es bien fijo, y la cola en cambio es bastante móvil. Siendo así que el páncreas se ha desarrollado en el espesor del mesogastrio posterior, se comprende que esté separado de la pared posterior por una lámina resultante del adosamiento de las dos hojas peritoneales debidas a la torsión; dicha lámina se llama *lámina de Treitz*.

En cuanto al peritoneo pancreático, de suma importancia en la apreciación de las diversas formas que puede adoptar el pseudoquistes, hemos de anotar que lo recubre en su mayor parte dando origen después a la formación de diversos mesos. En efecto, si consideramos que la raíz del mesocolon transversal cruza la cara anterior del páncreas, podemos entonces considerar en ésta dos porciones: la porción supramesocólica, que forma la pared posterior de la trascavidad de los epiplones y por intermedio de ella se halla en relación con la cara posterior del estómago; la porción inframesocólica está en relación con las asas intestinales y por lo tanto pertenece a la gran cavidad peritoneal. En cuanto a las dos hojillas que forman dicho mesocolon transversal se comportan de diferente manera: la hoja inferior se continúa hacia abajo para luego formar la hojilla derecha del mesenterio y la izquierda del mesocolon ascendente; la hojilla superior del mesocolon transversal después de su inserción pancreática sube por la pared posterior del abdomen. Finalmente en lo que toca a las relaciones del peritoneo con el páncreas hacemos notar que en la cara posterior del píloro el peritoneo que venía por la cara anterior del páncreas se refleja a nivel de la arteria gastroduodenal, y del peritoneo fijo pasa a ser luego peritoneo libre acompañando a la cara posterior del estómago.

6º. *Relaciones del páncreas*: Son de extraordinaria importancia y hemos de considerarlas separadamente para sus diversas porciones:

Cabeza y cuello: Por parte del duodeno ya hemos anotado las relaciones íntimas que unen estas vísceras y no hemos de volver sobre ellas. Ya anotamos cómo la cara anterior se halla atravesada por la inserción parietal del mesocolon transversal que la divide en las dos porciones: supra e inframesocólica de las que la primera está en estrecha relación con el píloro y el estómago; por lo tanto además de las relaciones anatómicas existen las de la patología de todas estas porciones que presenta caracteres comunes. La porción inframesocólica se comprende que está por fuera de la trascavidad de los epiplones y en relación directa con las asas delgadas del intestino. Por lo que hace relación al pequeño páncreas de Winslow, se encuentra por debajo de la inserción mesocólica y arrollado alrededor de los vasos mesentéricos. La cara posterior de la cabeza se halla directamente en relación con las arcadas arteriales que anotaremos después al tratar de la irrigación del páncreas. Como relación más importante de esta cara tenemos la que contrae con el canal colédoco que horada la víscera en el inte-

rior de la cual se crea un canal cuya dirección hemos de describir luégo al tratar de las vías excretoras del páncreas. Por intermedio de la fascia de Treitz contrae relaciones importantísimas la glándula con todos los vasos que cruzan su pared posterior y que se dividen en dos planos: *el anterior* que esta formado por los gruesos troncos que han de dar origen a la Porta: vena mesentérica superior y tronco que resulta de la anastomosis de la vena esplénica y la mesentérica inferior. Quedan detrás del páncreas dispuestos éstos vasos así: arteria mesentérica superior a la izquierda, vena mesentérica superior en el centro y canal colédoco hacia la izquierda. Hemos anotado ya las relaciones que tienen estas porciones del páncreas con las arterias gastroduodenal y hepática común que recorre el borde superior de la glándula antes de dividirse en sus dos ramas terminales: gastroduodenal y hepática propia. El plano vascular *posterior* está formado por la vena cava inferior con las dos venas renales que desembocan a este nivel en el tronco de la cava, aunque la renal derecha propiamente hablando no hace contacto sobre ningún sitio con la glándula pancreática; no así la vena renal izquierda que sí tiene relación íntima con el páncreas antes de desembocar en la cava cruzando entre la arteria aorta que le queda hacia atrás y la arteria mesentérica superior hacia adelante. Por lo que hace a la aorta, baja por la línea media y en relación directa con la columna vertebral. El tronco celiaco se divide sobre el borde superior de la glándula y no presenta contacto íntimo, aunque sí vecino con ella. Las relaciones con la vena esplénica y con la arteria del mismo nombre quedarán consignadas en el estudio de la circulación pancreática. Las de la mesentérica superior se han descrito ya; la arteria renal derecha tiene las mismas relaciones que la vena homónima, encima de la cual ella pasa, dirigiéndose hacia el hilio renal. Finalmente, la cara posterior del páncreas a este nivel está en relación con los ganglios linfáticos llamados por esto retropancreáticos que reciben la casi totalidad de la linfa proveniente del intestino delgado y del colon.

Cuerpo y cola del páncreas: La cara anterior se halla en contacto íntimo con la pared posterior del estómago, de la que sólo la separa una doble hoja peritoneal y de donde se deduce que las lesiones perforantes del estómago pueden hacer irrupción en la trascavidad de los epiplones, lo mismo que las lesiones hemorrágicas del páncreas, cuando la formación de adherencias previamente no han hecho que las lesiones del uno se continúen directamente en el otro. La cara posterior está en relación con la aorta, cuyos latidos pueden ser sentidos a través

de la glándula en los casos de aortitis abdominal que determinan su elongación y dilatación, lo mismo que en los individuos flacos. Entre la aorta y el páncreas se hallan los ganglios que forman el plejo solar. Finalmente, la cara posterior está en relación con el riñón y con la cápsula suprarrenal izquierdos. Por lo que hace relación a la cara inferior del páncreas en su cuerpo está en relación con las asas delgadas, el ángulo duodenoeyunal y el ángulo izquierdo del colon transversal en mayor o menor extensión según la longitud y altura respectiva de estas dos partes. Las relaciones de la cola son variables y ya han sido mencionadas.

Dos canales excretorios recorren la glándula conduciendo su secreción externa hacia el duodeno; son ellos el canal de Wirsung que desemboca en la ampolla de Vater, y el canal de Santorini, que saliendo del canal principal, se dirige hacia el duodeno para desembocar en él por encima del anterior.

En relación con el sistema vascular del páncreas, está bastante irrigado por ramas que derivan de la arteria mesentérica superior, de la arteria hepática y de la esplénica, ramas éstas últimas del tronco celíaco. Las venas, siguiendo recorridos más o menos calcados sobre el que siguen las arterias, se terminan en la vena porta, sea en el tronco mismo o en una de sus ramas de origen.

Los linfáticos del páncreas son bastante numerosos y están en relación íntima con aquellos que vienen de las regiones ceccopendicular y con los que de la vesícula biliar se dirigen a la cara posterior de la glándula donde se encuentra uno de los confluents más importantes del abdomen y que tienen gran interés desde el punto de vista de la patología.

Los nervios que se dirigen a la glándula tienen origen en el plejo solar y después de múltiples divisiones van hasta los mismos elementos glandulares. Allí se encuentran filetes provenientes del simpático abdominal y del nervio vago, éste último siendo el nervio secretor del páncreas y cuyos filetes se van adheridos a los vasos arteriales de la glándula.

CAPITULO II

FISIOLOGIA

Desde luego que no hemos de entrar en la descripción íntima y completa de los diversos mecanismos en que el páncreas tiene gran papel, sean éstos relacionados o no con la digestión, porque se comprende que esto sería motivo de más de un trabajo.

y así, sólo nos contentaremos con anotar algunos de los datos de más importancia en relación con la fisiología del páncreas.

Como glándula mixta que es, se le consideran sus dos tipos de secreciones, la externa y la interna. Las consideraremos aisladamente:

Secreción externa: Se hace presente en el duodeno, cuando merced a la secretina —puesta en circulación en el duodeno al llegar a éste el quimo ácido del estómago— se determina la excreción pancreática por el mecanismo hormonal conocido. También se acepta que el nervio vago es capaz de poner en actividad al páncreas ya que es su nervio excitante, mientras el simpático es inhibidor. La secreción externa contiene una serie de fermentos que intervienen en gran manera sobre la digestión de los diversos alimentos a saber: la *lipasa pancreática* cuya acción se hace sentir sobre las grasas neutras que han llegado al duodeno y que actúa sobre ellas saponificándolas después de que éstas han sido emulsionadas por la secreción biliar; la *amilasa pancreática* cuya acción tiene por objeto transformar los almidones en maltosa continuando así en el intestino la actividad iniciada por la amilasa salival en la boca merced a su fermento especial; la ptialina; la *tripsina* cuya acción se manifiesta sobre los polipéptidos e igualmente sobre la nucleína, acción ésta última de importancia en la exploración y que luégo veremos. Pero debe saberse que el páncreas no excreta la tripsina como fermento activo, sino que es merced a la enteroquinasa que el profermento pancreático —el tripsinógeno— se activa transformándose entonces en tripsina, ésta sí activa sobre los albuminoides.

Por lo que hemos esbozado se comprende la importancia que tienen las diversas sustancias excretadas por el páncreas para la digestión de casi todos los principios alimenticios. Pero repetimos que son estos principios generales que hacen relación a las diversas secreciones consideradas grosomodo y que representan los datos aceptados con suficientes argumentos y que aquí no hacemos relación a los estudios modernos que existen sobre todas las hormonas digestivas que a pesar de su importancia evidente no hallan aquí cabida porque se apartan un tanto del aspecto que nos hemos propuesto tratar.

Secreción interna: Está bajo la actividad de los islotes de Langerhans y se reduce a la acción que tiene la Insulina sobre el organismo y que se puede resumir así: favorece el metabolismo de los azúcares hasta su estado final de CO₂ y agua e indirectamente obra sobre el metabolismo de las grasas que sólo se hace de manera completa cuando los azúcares llegan a

sus últimos estados evitando así la acidosis cetónica con retención en el organismo de sustancias ácidas y aparición del cuadro clínico de las acidosis. La insulina tiene también la acción importante de favorecer la acumulación o almacenamiento del glicógeno hepático, que como se sabe juega gran papel en la defensa contra las intoxicaciones, puesto que las funciones anti-tóxicas del hígado se llevan a mejor término cuando la cantidad de glicógeno almacenado en sus células es mayor.

El glicógeno hepático también tiene estrechas relaciones con la regulación térmica del individuo puesto que es a partir de él que se forma la glucosa circulante que va a quemarse en los tejidos asegurando así la temperatura normal. De modo que aunque la insulina no aumenta la glicemia sino que la baja, es por acumulación hepática y muscular.

La insulina, como hormona es antagonista de varias de las acciones que sobre el organismo tienen la Adrenalina y la Tiroxina y de aquí se deduce la indicación que tiene la insulina en el tratamiento del enflaquecimiento de los hipertiroidianos puesto que son aquellas dos hormonas las que son responsables de un buen número de los síntomas hipertiroidianos y de ahí su indicación en las curas de engorde de estos enfermos. Tales son las acciones fundamentales que tiene la insulina y sobre las que no hemos de insistir por relacionarse más que todo con asuntos de terapéutica y que sólo hemos querido hacer notar.

Desde el punto de vista de la Patología Quirúrgica se debe tener presente que el exceso de insulina —el hiperinsulinismo— es en algunos casos del dominio terapéutico de la Cirugía. Tal es el caso de los hiperinsulinismos que no obedecen al tratamiento médico hecho a base de insulina buscándose con esto, que el excitante natural de la secreción interna del páncreas que es la hiperglicemia no actúe puesto que se busca mantener al enfermo en hipoglicemia. Cuando aún así persiste la secreción exagerada de la glándula es preciso entonces acudir a las resecciones pancreáticas con el fin de anular una porción de esa glándula hiperactiva. También es importante la hipoglicemia sintomática de algunos tumores de la glándula localizados en su porción vascular interna.

CAPITULO III

EXPLORACION CLINICA Y LABORATORIO

Clínicamente las lesiones del páncreas se revelan por datos objetivos que son muy diferentes según la parte de la glándula

afectada y sobre todo según la forma como reaccione la glándula por una formación tumoral o simplemente si se manifiesta por el déficit funcional de sus secreciones internas o externas. Así es difícil dar una idea completa de los síntomas propios del páncreas ya que éstos son muy diferentes para sus diversas afecciones y también si éstas son de naturaleza aguda o crónica.

De modo que hemos de considerar los síntomas que se deben a la glándula en sí y los fenómenos a que puede dar origen sea por sus relaciones anatómicas determinando fenómenos de compresión o produciendo fenómenos reflejos.

Objetivamente se puede comprobar cuando una tumoración pertenece al páncreas, la presencia de un tumor colocado en la parte alta del abdomen, más sobre el hipocondrio izquierdo aunque también pueda invadir el lado derecho; tumoración que es poco móvil, se desplaza poco con los movimientos respiratorios, o no lo hace, que no balota puesto que está adherida a la parte posterior del abdomen; con frecuencia se coloca desalojando el estómago hacia arriba lo que puede ponerse de presente por la percusión o la radiografía, y al colon trasverso hacia abajo; sin embargo esto que ocurre en la mayoría de los casos puede no ser así y se ve entonces cómo tumores que tienen origen en el páncreas se colocan entre el hígado y el estómago o entre el colon trasverso y el mesenterio. Pero se sabe que normalmente el páncreas no debe sentirse ni aún a la palpación profunda y que cuando una tumoración que ha tenido por punto de partida la glándula se hace presente a la palpación abdominal es porque ella ya es bastante grande. Las neoformaciones de pequeño tamaño y que tengan por punto de partida la cabeza del páncreas pueden encontrarse a una palpación profunda en la zona conocida como pancreaticocoleciana de Chauffard y Rivet y que se encuentra delimitada por dos líneas de las cuales una es una vertical que pasa por el ombligo y la otra que pase horizontalmente por el ombligo; una bisectriz que arranque del ombligo delimita hacia abajo y a la derecha, mientras que el límite interno de la zona está constituido por la línea vertical. Se considera que el páncreas y sus órganos vecinos se pueden proyectar sobre el área de ese ángulo y hasta una distancia de 6 cms. medidos sobre la bisectriz.

También se puede encontrar en algunas afecciones del páncreas una zona de hiperestesia cutánea que se encuentra sobre la parte alta del flanco izquierdo y que se hace dolorosa especialmente en las pancreatitis debido al reflejo viscerogénico que tiene por punto de excitación la lesión pancreática y

por zona de respuesta la piel de esa región después de haberse reflejado la sensación dolorosa a nivel de la medula. La percusión de las lesiones que se originan en el páncreas y que se han reconocido por la palpación, da una macicez, y en cuanto a la inspección también tiene su valor pero, cuando el tumor ya es lo suficientemente grande como para hacerse visible a través de la pared abdominal. La inspección también puede poner de manifiesto la existencia de una ictericia que revestirá los caracteres de las ictericias por Obstrucción o Regurgitación cuando exista una compresión de las vías biliares principales.

En relación con los datos que puede darnos el laboratorio, son de algún interés en algunos casos, y a este propósito se han de pedir diferentes reacciones de laboratorio de las que unas explorarán las secreciones externas y las otras darán los datos de la glicemia o de la titulación de la amilasa pancreática sea en la orina o en la sangre, especialmente indicada esta reacción en el diagnóstico de la pancreatitis aguda, entidad ésta que tiene enorme relación etiológica con el pseudoquistes del páncreas, entidad ésta que es motivo especial del presente estudio.

La secreción externa del páncreas teniendo acciones tan importantes sobre la digestión de los diversos alimentos, se deberá explotar especialmente por el examen de las materias fecales en las que la presencia de almidones, grasas neutras y especialmente la presencia de fibras musculares con sus núcleos, tienen enorme valor. Queremos agregar que en el caso de encontrarnos con una ictericia completa por obstrucción, tal como se hallaría en el caso de un cáncer de la cabeza del páncreas, la ausencia de pigmentos biliares en la deposición certifica que la compresión del colédoco es completa a diferencia de las ictericias debidas a los cálculos en las que la ictericia es por lo general intermitente, incompleta, variable y a menudo febril. La ictericia neoplásica por el contrario, se presenta de una manera progresiva, persistente e irreversible. Pero se sabe que cuando una ictericia por obstrucción completa de las vías biliares principales lleva algún tiempo de establecida, los pigmentos biliares que no se hallaban en manera alguna en la deposición desde que la compresión se había hecho completa, pueden volver a aparecer en las heces sin que la compresión haya cesado, debido a que la sangre que llega al intestino en un icterico es rica en esos pigmentos que pueden entonces trasudarse a nivel del intestino y hallándose en las heces de nuevo, dar la sensación de que la compresión ha cesado. El diagnóstico entre estas dos posibilidades se hará por la titulación del índi-

ce icterico que ha de ser inferior en el caso de que la permeabilidad del intestino se ha restablecido.

También es posible mediante el examen químico de las heces ante una ictericia por compresión determinar si ésta se debe a compresión aislada del colédoco o si existe a la vez una compresión del canal de Wirsung. En efecto, cuando la compresión sólo afecta la vía biliar principal, el examen de la deposición pone de manifiesto la presencia de grasas neutras, jabones y ácidos grasos, puesto que aunque la saponificación de las grasas no está completamente favorecida por la acción emulsionante de la bilis, siempre se efectúa y en tal virtud, y de acuerdo con lo que ya anotamos a propósito de la fisiología pancreática, la saponificación se ha de efectuar.

En cambio, en el caso de estar a la vez comprimidos el canal colédoco y el de Wirsung, sólo han de hallarse en la deposición grasas neutras aisladamente ya que la presencia de jabones es un índice de que el jugo pancreático intervino allí. Finalmente dos cosas deben tenerse presente en la apreciación e interpretación de los análisis que hagan relación al páncreas y ellas son: cuando el enfermo tiene diarrea y por lo tanto el tránsito intestinal está acelerado aunque se encuentre el síndrome completo de insuficiencia de esta glándula, no se le ha de dar mayor valor puesto que además de que se necesita la presencia de los fermentos en el intestino, precisa también que exista tiempo suficiente para que la acción de dichos fermentos pueda llevarse a cabo sobre los alimentos puestos en contacto con ellos. Así, en una deposición en que encontramos una diarrea notable, la presencia de grasas, almidones, fibras musculares intactas, cuando más nos permitirá afirmar que el enfermo ha ingerido tales alimentos, pero no tiene aquello el valor absoluto que se pudiera creer. Pero esto no le quita valor a estos exámenes desde luego que no es el laboratorio el que ha de dar el fallo final, sino que la clínica sigue ocupando el lugar que le corresponde en todos los diagnósticos. La segunda anotación se refiere a que es necesario tener al enfermo a un régimen previamente determinado porque aunque se crea una redundancia mal podremos excluir una afección determinada del páncreas cuando no hallemos grasas por ejemplo en una investigación solicitada, si el enfermo no las está recibiendo en cantidad suficiente para que puedan explorarse en una deposición.

En relación con el valor que tienen las fibras musculares como índice de insuficiencia pancreática, se debe saber que la fibra muscular, se encuentra rodeada por tejido conjuntivo que hace que se encuentren en verdaderos haces musculares.

Ahora bien, para que la secreción pancreática pueda ejercer su acción directa sobre la fibra, se necesita que esta haya sido liberada previamente en el estómago de su envoltura conjuntiva, puesto que el jugo pancreático no ataca al tejido conjuntivo. Se comprende entonces cómo en el caso de una insuficiencia de la secreción gástrica, puede hallarse en la deposición fibras musculares, aunque exista una integridad funcional del páncreas. Sin embargo, la distinción entre estos dos casos es posible, ya que en el caso de insuficiencia de la secreción gástrica las fibras musculares se encuentran unidas por el tejido conjuntivo y por tanto formando haces musculares; mientras que, en el caso de insuficiencia de secreción externa pancreática con integridad funcional del estómago, las fibrillas musculares se encontraran aisladas con sus núcleos y su estriación intactos. Estos datos que suministra el laboratorio deben valorarse al través de la clínica, ya que es frecuente que coexistan lesiones simultáneamente del hígado y del páncreas por una parte, o que un cáncer del páncreas por ejemplo, debido al enflaquecimiento y a la intoxicación cancerosa, determine la insuficiencia de las secreciones del estómago, con la dispepsia consiguiente.

La secreción interna se explora mediante el examen de la glicemia, de la investigación de la acetona en la orina, del ácido diacético, etc., cuando el metabolismo de las grasas ya está perturbado. Anatómicamente hablando, la supresión de una porción de la glándula, sea por esclerosis, Pancreatitis hemorrágica, etc., determinando la disminución de la capacidad funcional, debe producir forzosamente una hiperglicemia; inversamente, las neoformaciones de los islotes de Langerhans, son capaces de producir el síndrome clínico y humoral del hiperinsulinismo a saber: crisis convulsivas que aparecen lejos de las comidas o en ayunas, cuando la acción de la hipoglicemia se hace sentir con mayor intensidad; crisis éstas acompañadas de sudores profusos, temblores, palidez, y que con fines diagnósticos se pueden hacer ceder súbitamente bajo la acción de la ingestión de azúcar o de la inyección de adrenalina. Una hipoglicemia por debajo de 0,50 ctgms. constatada en ayunas es un dato precioso para el diagnóstico aunque no constante.

Para que la glicemia tenga un valor como índice de afección pancreática, deben excluirse todas las otras causas hormonales, dietéticas o nerviosas capaces de modificar en más o menos el dato de la glicemia; aún existen casos en que una hiperglicemia de origen netamente pancreático, obedece a una perturbación circulatoria o mecánica: tal es el caso de la ci-

rrosis atrófica de Laenec; en esta entidad el factor hepático se manifiesta por una hipoglicemia, pero una vez que aparece la hipertensión en el dominio de la vena porta, la circulación venosa del páncreas no haciéndose normalmente, determina una insuficiencia funcional de dicha glándula con la aparición de una hiperglicemia que traduce la participación del páncreas en dicho síndrome. De aquí que anteriormente los autores estuvieron en desacuerdo respecto de si en la cirrosis hepática se hallaba hipo o hiperglicemia, cuando acabamos de verlo depende más que todo del estado de evolución que se considere.

La investigación de la glicosuria tiene menos valor que el de la glicemia porque además existe un factor renal capaz de hacer aún más compleja la interpretación de estas cuestiones.

CAPITULO IV

Patología del Páncreas.

No hemos de referirnos más que a las afecciones quirúrgicas del páncreas, puesto que la Patología Médica de dicha viscera con todo lo importante que ella es, se aparta un poco del tema especial que vamos a considerar. El objeto de dar una idea somera sobre la enumeración de la patología quirúrgica de esta glándula tiene más que todo el objeto de ver qué sitio corresponde a la entidad denominada *Pseudoquiste del páncreas* en la patología quirúrgica de esta viscera. Así, desde este punto de vista se consideran las siguientes entidades:

- I.-Lesiones Traumáticas: que comprenden las contusiones y las heridas. A este respecto dejemos anotado que a la larga, cualquiera de estas dos lesiones pueden dar origen a la aparición del cuadro que hemos de describir como se anotará al hablar sobre la etiología.
- II.-Las Pancreatitis: que se subdividen en agudas y crónicas.
 - a- las agudas comprenden: la hemorrágica, las agudas infecciosas **que podrán ser supuradas** o gangrenosas.
 - b) Las crónicas o sea la esclerosa o pancreatitis vulgar de ciertos autores y las pancreatitis crónicas infecciosas, tuberculosa y sifilítica.
- III.-Litiasis Pancreática.
- IV.-Tumores del Páncreas sean benignos o malignos.
- V.-Fístulas Pancreáticas.
- IV.-Quistes y Pseudoquistes del Páncreas. Estos dos últimos aparte serán los motivos de las consideraciones siguientes.

CAPITULO V.

Pseudoquiste Pancreático.

Desde los primeros estudios se confundieron los quistes del páncreas con los pseudoquistes, porque sólo se atendía a la anatomía macroscópica de estas dos formaciones, hasta que el estudio microscópico permitió hacer la diferenciación que después se extendió a la manera diferente como se originaban y a las diferencias clínicas y de laboratorio que se podían encontrar en el curso de los exámenes del enfermo. Korte fue quien indicó primeramente las diferencias que existían entre éstas dos formaciones. En el páncreas como en el resto del organismo los quistes son colecciones de contenido variable y que se encuentran tapizados en su interior por un endotelio, mientras que se llaman pseudoquistes del páncreas a colecciones enquistadas que se originan en la víscera por diversas causas pero cuya pared es artificial, si así pudiéramos decir, ya que está formada por tejido conjuntivo prestado de las vísceras o de los órganos vecinos. Pero clínicamente estas dos formaciones evolucionan de manera bastante diferente y de ahí que en la patología quirúrgica se haga una descripción común de los quistes glandulares y de los pseudoquistes, siendo estos últimos los más frecuentes.

El Pseudoquiste del páncreas es pues una colección enquistada que se forma en sus paredes merced a las adherencias con las vísceras cercanas y que tiene su causa por lo general en una pancreatitis hemorrágica o en un traumatismo intenso que haya dado lugar a dicha complicación. Por lo tanto hemos de considerar algunos de los aspectos y síntomas como se presenta en clínica la pancreatitis hemorrágica puesto que el pseudoquiste en realidad no es más que la consecuencia más o menos lejana de dicho hemorragia pancreática.

La pancreatitis hemorrágica se presenta de una manera al parecer espontánea y se considera un tanto al lado de las pancreatitis infecciosas porque ni se ha hallado su germen productor, ni sigue la evolución de las otras formas de pancreatitis. Aislada primeramente por Rokitansky, ella consiste esencialmente en una autodigestión del páncreas con irrupción sanguínea difusa primeramente en el interior mismo de la glándula y luego hacia los tejidos vecinos. Su patogenia y tratamiento han sido motivo de serias discusiones y en diversas sociedades quirúrgicas hasta hallarnos en posesión de datos más o menos aceptados actualmente.

Desde el punto de vista de su etiología se sabe que es más frecuente en la mujer y aunque se le daba gran papel a la intoxicación alcohólica, actualmente se hace más incapié sobre las relaciones íntimas que tiene la pancreatitis aguda hemorrágica con la litiasis biliar-vesicular o coledociana hasta hallarse en el 50 al 80 por ciento de los casos. Especialmente se considera como una de las complicaciones principales de la detención de los cálculos coledocianos a nivel de la ampolla de Vater, lo que determinaría el paso de una bilis infectada o no hacia el canal de Wirsung con transformación o activación del tripsinógeno y autodigestión posterior de la glándula. El papel del traumatismo aún se discute y para algunos no sería causa suficiente para determinar su aparición.

A la operación o a la autopsia se hallan de una manera constante dos lesiones: la hemorragia y la citoesteatonecrosis de la glándula, es decir, la destrucción de sus elementos grasos. La hemorragia puede ser pequeña y difusa dando entonces el aspecto de glándula jaspeada, pero puede hallarse colectada en un verdadero hematoma que ocupe toda la víscera. Cuando la hemorragia es de mayor consideración rompe el peritoneo que cruza la cara anterior del páncreas y cae directamente en la trasecavidad de los epiplones de la que puede salir posteriormente por el hiatus de Winslow hacia la gran cavidad peritoneal. Pero en ocasiones la sangre no destruye el peritoneo posterior y entonces puede o bien seguir la pared abdominal posterior hacia la fosa lumbar izquierda o insinuarse entre las hojillas del mesenterio o principalmente del mesocolon trasverso. El derrame no está formado exclusivamente por sangre, sino que contiene además serosidad por reacción peritoneal y jugo pancreático. No ha sido posible encontrar germen alguno en dicho líquido.

En relación con la citoesteatonecrosis, que sólo se presenta en los casos que han tenido ya algún tiempo de evolución, se caracteriza por la presencia de manchas subperitoneales del tamaño de una lenteja que se extienden en ocasiones más allá del páncreas y que están constituidas por grasas que han sufrido la saponificación transformándose así en ácidos grasos y jabones que pueden ponerse de manifiesto fácilmente por sus reacciones características. Finalmente se hace notar la ausencia completa de fenómenos reaccionales de tipo inflamatorio y la posibilidad de que un hematoma originado así en el páncreas se infecte dando lugar según algunos a las llamadas pancreatitis supuradas con esteatonecrosis.

La patogenia de la pancreatitis hemorrágica es de lo más importante. Se está de acuerdo en excluir el factor infección por los hallazgos que ya he anotado, es decir, por la falta de reacciones del tipo inflamatorio, así como por la ausencia habitual de gérmenes. Se acepta mejor como patogenia la que la atribuye a una autodigestión pancreática debido a la activación del jugo pancreático en la que actuarían especialmente la tripsina y la lipasa. Pero por cuál mecanismo se activa esta tripsina? Puesto que evidentemente es esta la que después permitirá actuar a la lipasa sobre las grasas.

Ya Pavlow había demostrado que el tripsinógeno se transforma en tripsina activa cuando la enteroquinasa se pone en contacto con él a nivel del duodeno. Igualmente se sabe que la protripsina o tripsinógeno puede ser activada in vitro por diversas quininas de origen celular o bacteriano. Entonces se ha querido explicar esta transformación por dos teorías, la vascular y la canalicular.

La teoría vascular considera que una embolia o una trombosis venosa sería capaz posteriormente merced a las citocquininas de activar el profermento pancreático, pero se ha visto que, por lo general sólo se logra determinar un hematoma y rara vez esteatonecrosis cuando experimentalmente se ha logrado determinar la ligadura de la esplénica o determinar cierto grado de hipertensión de la porta y esto además no explicaría la relación clínica que se encuentra entre la pancreatitis hemorrágica y la litiasis. Por esto es poco acertado dicho mecanismo.

La teoría canicular considera aún dos posibilidades: la una el reflujo de líquido duodenal y la otra el reflujo biliar dentro del canal de Wirsung. Polya demostró en efecto que es posible obtener los síntomas y los caracteres propios de las pancreatitis hemorrágicas mediante la inyección de contenido duodenal en el canal de Wirsung. Aunque experimentalmente se sabe que in vitro la bilis no es capaz de activar el profermento pancreático, las relaciones íntimas que tienen en ocasiones la litiasis biliar y la pancreatitis hemorrágica ha hecho pensar que dicha activación pueda verificarse mediante la irritación que determinara la bilis dentro de los conductos pancreáticos siendo posible que su presencia allí determinara la aparición de citocquininas las que serían responsables de aquella transformación. Para Quénu y Duval, dicho reflujo estaría favorecido por la detención de un cálculo biliar en la ampolla de Vater, como ha sido demostrado en el curso de algunas intervenciones y experimentalmente por Cameron y Noble. También se considera que aún en la ausencia de cálculo enclavado en la ampolla se

ría posible dicho reflujo favorecido por la aparición de un espasmo del esfínter de Oddi debido a fenómenos reflejos de punto de partida vesicular o duodenal siempre que el páncreas se encuentre en plena actividad secretoria.

En resumen, pues, la teoría más aceptada actualmente es aquélla que considera que el reflujo biliar es capaz de producir una irritación dentro de los canales pancreáticos lo que daría por objeto la aparición de quinasas originales en las células, los leucocitos o bacterias ocasionalmente presentes, que serían las que irían a determinar la activación del profermento pancreático transformando el tripsinógeno en tripsina la que obrando sobre los elementos anatómicos del páncreas daría lugar a una autodigestión de esta víscera; a su vez la lipasa pancreática se encontraría así reforzada en su acción por la presencia de la bilis y esto daría lugar a la citoesteatonecrosis que dejamos anotada al hablar de la anatomía patológica de la pancreatitis hemorrágica.

La sintomatología de la pancreatitis hemorrágica podemos resumirla así: en un enfermo generalmente litiásico aparece súbitamente una crisis tremendamente dolorosa tres o cuatro horas después de una comida copiosa y entonces se cree que se trata de uno de los tantos cólicos hepáticos que el enfermo ha presentado anteriormente aunque el mismo enfermo generalmente hace notar las diferencias de la crisis dolorosa actual con las anteriores. Se deberá tener en cuenta la mayor intensidad de los dolores que se hacen tan intensos que Dieulafoy le dio el nombre de "Drama Pancreático". Se tendrán igualmente en cuenta las irradiaciones que generalmente se hacen del lado izquierdo cuando, lo habitual es que se presenten del lado derecho en el curso de los cólicos vesiculares; la presencia del shock intenso que acompaña a la pancreatitis hemorrágica lo mismo que la palidez intensa, los sudores y rarísima vez la presencia de una tumoración profundamente situada y de difícil apreciación clínicamente. Se señala en algunos casos la presencia de un derrame pleural izquierdo. Al laboratorio se hallará la amilasa sanguínea y urinaria por encima de sus cifras habituales que se consideran según el método de Winslow entre 8 y 32 para la urinaria y la tercera parte más o menos en la sangre. Así en el curso de una de estas pancreatitis hemorrágicas se podrán hallar cifras de 100 o 200 unidades en la orina.

En cuanto a la evolución de la pancreatitis hemorrágica se hace con alguna frecuencia hacia la muerte, excepcionalmente hacia la curación espontánea y con más frecuencia hacia la transformación en un pseudoquistes, evolución ésta que

siendo el origen de esta entidad ha hecho que nos hayamos detenido un poco en el estudio de esta afección aguda del páncreas como que está ligada directamente con el síndrome que entraremos ahora a describir.

En cuanto al tratamiento del accidente agudo en sí se ha de reducir en la mayoría de los casos al drenaje de urgencia complementado siempre por la exploración de las vías biliares y del duodeno como que en ellos reside el cuerpo del delito con la mayor frecuencia, pero limitándonos en este primer tiempo apenas al minimum de maniobras dado el estado de gravedad en que se encuentran estos enfermos y posteriormente se podrán hacer las intervenciones complementarias del caso. La intervención por lo general dá lugar a la aparición de una fistula pancreática que puede durar bastante tiempo en cerrar.

Dado que ya nos es conocido el mecanismo de producción más frecuente del Pseudoquiste del páncreas y su etiología más aceptada entraremos a describir directamente su sintomatología, diagnósticos positivo y diferencial así como su tratamiento.

Pseudoquiste: Su Sintomatología. La iniciación de un Pseudoquiste del páncreas puede ser más o menos rápida, según el mecanismo que le haya dado origen; para los Pseudoquistes consecutivos a una litiasis biliar su iniciación se confunde con la de los quistes glandulares o quistes verdaderos siendo en general bastante lenta. En su período de estado la sintomatología es diferente según que la tumoración se haya formado a expensas de la cola, del cuerpo o de la cabeza del Páncreas.

Los Pseudoquistes de la cola, los más frecuentes, se caracterizan por la presencia de un tumor de tamaño variable entre una naranja y la cabeza de un adulto, de superficie lisa o ligeramente irregular, mate a la percusión, que no sigue los movimientos del diafragma. Presenta alguna movilidad pero siempre limitada; se continúa hacia arriba bajo las falsas costillas izquierdas y no se encuentra atravesado por banda sonora alguna; en un principio retrogástrico, generalmente desaloja después al estómago hacia arriba y se encuentra entonces a la exploración clínica una zona maciza a la percusión, colocada entre dos zonas sonoras: la superior constituida por el estómago y la inferior por el colon transverso. Esto nos explica porqué cuando el tumor no es muy grande aún, la insuflación gástrica y cólica puede hacer desaparecer la macicez que antes se encontraba entre estos dos órganos.

Al hablar de la migración que podía tomar el derrame en el curso de una pancreatitis hemorrágica, dejamos anotado que este podía ser principalmente hacia la fosa lumbar izquierda,

hacia la trascavidad de los epiplones o entre las hojillas del mesocolon transversó y del mesenterio. Pues bien, tres modalidades pueden encontrarse en la evolución ulterior de estos derrames; o bien el falso quiste resultante se coloca entre el hígado y el estómago, entre el estómago y el colon transversó o finalmente entre el último y el mesenterio. Los síntomas clínicos y los signos radiológicos son un tanto diferentes y los comentaremos luégo. Finalmente anotaremos que el Pseudoquiste o el quiste verdadero de la cola puedan dar contacto lumbar como lo dan los tumores renales.

Cuando la tumoración se encuentra localizada al cuerpo del páncreas presenta además como síntomas propios, la impulsión que sufre por parte de la aorta abdominal cuando el tumor es aún pequeño y principalmente los dolores intensos por neuralgia celiaca ya que al hablar de las relaciones del páncreas dejamos sentado que es precisamente sobre la cara posterior del órgano y a nivel de su cuerpo donde se encuentran los ganglios que forman el plejo celiaco que determinan como síntoma importante de esta localización los dolores epigástricos bastante intensos. Igualmente pueden encontrarse fenómenos del lado de la pigmentación de la piel por las relaciones que se cree, tengan estos ganglios con el pigmento cutáneo.

En cuanto a la localización cefálica de un pseudoquiste podrá sospecharse cuando encontremos fenómenos de compresión sobre el colédoco tales como la ictericia por obstrucción, o sobre el duodeno caracterizados entonces por vómitos. En este caso también es bastante difícil la distinción con los tumores de origen hepático dadas las relaciones de vecindad de estos dos órganos aunque la distinción es posible cuando se encuentra límite sonoro entre la macicez hepática y la correspondiente al páncreas debido en este caso a la interposición del colon entre ambos órganos.

Cualquiera de estas localizaciones si se deja avanzar, es susceptible de acabar con el enfermo por fenómenos de caquexia pancreática porque pronto se verán aparecer los síntomas de déficit de las secreciones externas como son la esteatorrea, los almidones etc., y todos los síntomas que dejamos anotados al hablar de la exploración.

Anatomía Patológica: Se trata en estos casos de formaciones que no tienen pared propia, generalmente uniloculares, de contenido variable en relación con las transformaciones que hayan sufrido los pigmentos hemáticos o a la presencia de fermentos pancreáticos en el contenido quístico. A diferencia de

los quistes verdaderos del páncreas, que se caracterizan por tener una pared propia; en el Pseudoquiste ésta está formada por el peritoneo unido por adherencias de las vísceras que lo delimitan lo que hace que no existiendo plano de clivaje, su extirpación sea imposible. La pared se presenta formada por tejido conjuntivo con numerosos vasos de neoformación que pueden sangrar posteriormente dando lugar a hemorragias endoquísticas. También se diferencian de los verdaderos quistes porque su pared es de carácter inflamatorio, mientras que en aquellos es endotelial, y por lo tanto no existe plano de clivaje alguno. En el interior del quiste pueden hallarse fragmentos de páncreas; desde el punto de vista del análisis químico se dividen en aquellos que tienen fermentos y los que no los tienen. También existe alguna diferencia entre los quistes que tienen su origen en un traumatismo cuyo contenido es más o menos hemático y los que tienen un origen biliar más que todo en los cuales se encuentra con más frecuencia fermentos pancreáticos y después de la marsupialización dejan con frecuencia una fístula. Los hematomas pancreáticos sólo son una forma de los llamados hematomas de la trascavidad que pueden pues tener origen en una de las vísceras cuya hemorragia pueda encontrarse allí; mientras que en los verdaderos pseudoquistes el origen se encuentra en una primitiva pancreatitis hemorrágica que haya pasado con sintomatología clínica manifiesta o más o menos larvada.

Evolución: Es algo diferente según el punto hacia donde se dirija el tumor: así, en los pseudoquistes que toman por sitio de iniciación la cola del páncreas se les ve dirigirse hacia el diafragma, mientras que la mayoría tienen una evolución anterior siendo primero retrogástricos y luego insinuándose entre el colon trasverso y el estómago y por lo tanto hallándose sólo cubiertos por el ligamento gastrocólico que se hallará más o menos distendido. Pero ya hemos anotado las diferentes relaciones que puede tener el tumor según el punto hacia donde se dirija; sólo anotamos ahora que la situación gastrocólica es la que se halla más frecuentemente. En cuanto al crecimiento es preciso saber que aunque éste por lo general es lento, puede ser más o menos rápido acompañándose entonces de enflaquecimiento, síntomas de compresión progresivos y el crecimiento de la tumoración.

En la evolución de estos pseudoquistes se consideran dos períodos: el inicial o período más que todo funcional, manifestado por la aparición de síntomas de déficit glandular que aparecen bien sea después de algún tiempo de un traumatismo

o después de los síntomas consignados atrás al hablar de la pancreatitis hemorrágica; y el período de tumor clínico, ente apreciable.

El quiste puede romperse espontáneamente y entonces la tumoración que se apreciaba en la región epigástrica desaparece y en cambio se hacen presentes todos los signos propios de los derrames abdominales. Se acompaña esta ruptura de dolor, pero no aparecen fenómenos demasiado graves puesto que el líquido derramado no posee propiedades digestivas aunque contenga los fermentos pancreáticos ya que éstos son inactivos como atrás lo dejamos anotado. La reproducción posterior del pseudoquiste es la regla después de un período más o menos largo. Como todo quiste, el del páncreas, lo mismo que el pseudoquiste es susceptible de supurarse; más raramente es capaz de producir oclusiones intestinales.

Diagnóstico positivo: Se basará en la aparición después de un "período libre" de una tumoración con los caracteres que hemos anotado ser propio de los tumores del páncreas. Tiene valor el examen de las heces para poner allí de manifiesto los signos de déficit excretor de la glándula así como también el examen de las orinas donde no es raro hallar la glicosuria; el de glicemia para anotar los datos que puedan hallarse lo mismo que se tendrá en cuenta la litiasis biliar por la frecuencia con que se le encuentra en los antecedentes de estos enfermos cuando padecen de un pseudoquiste o el antecedente traumático cuando se sospeche un hematoma traumático. En relación con el quiste glandular verdadero no hay antecedente especial que oriente el diagnóstico.

La Radiografía: Este método de laboratorio es capaz de suministrar buen número de pruebas en el diagnóstico de estos tumores. Así, en los Pseudoquistes de la cola se encontrarán desviados hacia arriba el estómago y hacia abajo y a la izquierda el colon trasverso. Sirve también enormemente para el caso de tumores localizados a la cabeza puesto que hace ver que dicha tumoración no pertenece al hígado o al píloro poniendo en evidencia en cambio la ampliación del anillo duodenal después de la ingestión de una sustancia opaca.

Diagnóstico diferencial: Consideraremos en realidad todos los tumores del páncreas en su diagnóstico diferencial con los otros tumores del abdomen porque los matices que existen entre el quiste glandular, el hematoma pancreático y el verdadero pseudoquiste ya han quedado esbozados en el curso de este trabajo.

Las tumoraciones del páncreas podrán confundirse con:

a) Los tumores del riñón: desde luego que con los del riñón izquierdo apenas y entonces el diagnóstico clínico se establecerá por la comprobación del baloteo renal recordando que todo tumor renal balota pero no todo tumor que balota es renal. Los tumores del páncreas son muy poco móviles y sólo podrían confundirse con un tumor renal acompañado de adherencias por fenómenos de perinefritis caso único éste en que un tumor renal no balota; pero no sólo por este aspecto se establecerán las diferencias, porque también sabemos que por delante de los tumores renales izquierdos se vendrá el colon trasverso y la percusión dará entonces una banda sonora por delante de la tumoración; es frecuente también la hematuria de tipo renal, es decir, total en la evolución de las neoplasias renales; no se acompañan de fenómenos de déficit funcional pancreático hallados en las heces o en el examen de la sangre; la radiografía dá enseñanzas diferentes puesto que la pielografía ascendente o descendente establecerán las diferencias bastante notables; las neoplasias renales se acompañan con la aparición de un varicocele de desarrollo rápido por compresión de los vasos espermáticos. Tales son las principales diferencias que pondrán en la vía de un diagnóstico.

b) Los tumores del bazo: Cualquiera que sea su naturaleza los tumores del bazo sólo se manifiestan por la esplenomegalia que se reconocerá por la presencia de las escotaduras que se encuentran sobre su borde anterior y los hallazgos que se encuentran en la sangre según se trate de una esplenomegalia por leucemia, paludismo crónico, una errosis avanzada en que se encontrará además el hígado afectado, una enfermedad de Banti y en general todas las esplenomegalias que tienen otros síntomas especiales y que no es del caso estudiar. Sólo hago referencia al diagnóstico de órgano que se establece pues por la movilidad respiratoria de los tumores del bazo, las escotaduras de su borde anterior la dirección diferente que siguen las esplenomegalias y los datos de la radiografía.

c) Los quistes del mesenterio que son muchísimo más móviles dentro del abdomen y en ellos no hemos de encontrar los síntomas y signos propios de las lesiones pancreáticas. La ingestión de una poción que sea capaz de llenar el estómago de gases tales como la Riviere encuentra más facilidad para movilizar un quiste del mesenterio que una tumoración propia del páncreas que siempre tiene más adherencias posteriores.

d) Los tumores del ángulo esplénico del colon es raro que alcancen el tamaño de un pseudoquiste avanzado sin que pre-

viamente hayan determinado fenómenos serios de obstrucción intestinal primero y luego verdaderas oclusiones. Se han manifestado antes de esto fenómenos alternos de diarrea y constipación. Se pueden presentar enterorragias y el hallazgo de sangre de una manera permanente cuando el tumor se ha ulcerado. La radiografía previo enema de sustancia opaca dá las imágenes propias del cáncer del colon.

e) Los tumores de la gran curvatura del estómago, que por lo demás no son frecuentes en esta localización, cuando llegan a los tamaños en que hace posible su confusión con los pseudoquistes del páncreas, el estado general está profundamente alterado, pueden existir las adenopatías supraclaviculares, vómitos con sangre digerida etc. La radiografía aquí interviene para aclarar el diagnóstico.

Las peritonitis enquistadas y otras entidades se han de reconocer por los síntomas que les son propios y no hemos de tratar de ellos detenidamente para no alargarnos en demasía ya que nuestro objeto era más que todo insistir sobre los síntomas propios de la entidad que sobre los que no se encuentren.

Tratamiento: Es eminentemente quirúrgico. Se ha de hacer la extirpación completa cuando se trata de un quiste verdadero y esto cuando la membrana que lo delimita se puede extirpar y separar de las vísceras vecinas. En cambio en el Pseudoquiste hemos visto que la extirpación completa es imposible y un contrasentido, dado que éste no tiene membrana propia sino prestada de las vísceras vecinas. En el caso del Pseudoquiste se ha de hacer pues la Marzupialización que consiste en abocar la herida por la cual se ha vaciado el contenido a la pared abdominal sea directamente o lo que es mejor por intermedio de un dren cilíndrico que se ha fijado al contorno de la bolsa quística.

En cuanto a la técnica que de por sí es más o menos complicada sólo hemos de mencionar las diferentes vías de acceso al páncreas a saber:

La vía intergastrohepática cuando se trata de tumoraciones que se han colocado entre el estómago y el hígado y en la cual después de haber atravesado el epiplón gastrohepático o pequeño epiplón por su parte avascular se encuentra el tumor.

La vía gastrocólica en la que se penetra a la trascavidad de los epiplones después de haber atravesado el ligamento gastrocólico formado por los repliegues peritoneales que después

de haber formado el epiplón mayor se van a insertar sobre el colon trasverso para formar después el mesocolon trasverso. Al seccionar este ligamento se abocan directamente todos los tumores de la trascavidad.

La vía trasmesocólica en que después de haber levantado las hojas que forman el gran epiplón se secciona el mesocolon por una parte avascular y se llega así directamente sobre la cara anterior del páncreas en su porción supramesocólica.

La vía lumbar a través de la pared abdominal posterior no se usa casi nunca.

Después de laparotomía y de vaciamiento del contenido quístico se hará la exploración rigurosa de las vías biliares puesto que en caso de persistir los cálculos el enfermo queda en potencia para hacer otro ataque similar como tuvimos oportunidad de indicarlo anteriormente. Algunos habían indicado el abocamiento de la bolsa quística al contenido intestinal con el objeto de evitar la formación ulterior de una fístula pero esta manera de proceder no se usa actualmente.

Son estas las principales anotaciones que hemos de consignar a propósito de la patología del páncreas que hace relación con los Pseudoquistes del órgano lo mismo que con los hematomas y los quistes glandulares de esta víscera.