

---

SOCIEDAD DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE LA FACULTAD  
DE MEDICINA

## LESIONES DEL PANCREAS

que pueden perturbar la secreción biliar.

Antes de emprender el estudio de las lesiones del páncreas que pueden perturbar así la secreción como excreción biliar, debemos recordar las relaciones del conducto excretor de la bilis con la cabeza del páncreas. El canal colédoco después de cruzar la cara posterior de la primera porción del duodeno, alcanza la cara posterior de la cabeza del páncreas, y se excava en ésta una gotera profunda o un canal de tres centímetros de extensión aproximadamente. Los tres conductos, colédoco, Wirsung y Santorini se proyectan en la superficie de la cabeza del páncreas en un cuadrilátero, formado arriba por la primera porción del duodeno, abajo la inserción del mesocolon transversal, hacia la derecha la mitad superior de la segunda porción del duodeno y a la izquierda la vena mesentérica superior. El canal de Wirsung atraviesa en diagonal dicho cuadrilátero desde el ángulo superior-izquierdo hasta el inferior derecho, donde se une al colédoco describiendo una curva de concavidad superior; el de Santorini sigue el borde superior del cuadrilátero y cruza al colédoco formando con los dos canales precedentes un triángulo.

En la gotera pancreática, el canal colédoco se acoda al de Wirsung; más lejos, perforan juntos la segunda porción del duodeno y se abren en un receptor común que precede a la ampolla de Water.

Frecuentemente la gotera del colédoco está completada por ganglios linfáticos, situados hacia atrás de este canal, que tumefactos lo comprimen.

Hecha esta rememoración debemos considerar las lesiones pancreáticas, así agudas como crónicas que pueden perturbar la secreción biliar, obrando mecánicamente o por infección.

Entre las lesiones agudas encontramos:

*La Angio Pancreatitis ascendente aguda catarral*, caracterizada por perturbaciones intestinales, diarrea fétida, vómitos, estado saburral de la lengua, fiebre y ligera coloración amarilla de los tegumentos; al mismo tiempo se encuentra grasa en las heces y fibras musculares no digeridas. El mal funcionamiento de la glándula pancreática en esta enfermedad parece que venga a favorecer el desarrollo de gérmenes patógenos que más tarde vienen a alcanzar las vías biliares.

*La pancreatitis ourliana*, descrita por Simonin, bastante rara pero que ocasiona con frecuencia retención biliar debido al aumento de volumen de la glándula.

*Los gánglios linfáticos del páncreas o de su vecindad hipertrofiados*, como en la *tuberculosis*, pueden también obstaculizar el escurrir de la bilis, y provocar alteraciones del aparato secretor, ya transmitiendo una infección o por compresión del plejo solar produciendo un reflejo inhibitorio.

*Las pancreatitis supuradas por ascaridiosis*, especialmente la forma gangrenosa. Gobiet ha observado sobre siete casos, cuatro coledocistiasis y una colecistitis.

*Los absesos peripancreáticos*: El páncreas estando tapizado adelante por la trascavidad de los epiplones puede la supuración, invadiendo esta bolsa, seguir hacia el hiatus de Winslow invadirlo y cerrarlo y circunscribirse el absceso, o puede tomar las tres direcciones siguientes: colocarse entre el hígado y el estómago; entre el estómago y el cólon transversal o debajo de este mismo cólon. En cualesquiera de estas circunstancias fácilmente pueden ser comprimidos el duodeno y el colédoco presentando el paciente todo un cortejo de síntomas de retención biliar. Entre las pancreatitis crónicas, tenemos: Todas aquellas lesiones que mediante un proceso esclerosante ocasionan un endurecimiento de la cabeza de la glándula. (Sífilis, tuberculosis, litiasis, etc.) Este proceso tiene lugar, ya alcanzando la esclerosis los canales excretores de la bilis o por las adherencias que una lesión aguda puede ocasionar.

En la litiasis pancreática los cálculos que suelen encontrarse en la ampolla de Water y en ocasiones por el canal de Wirsung, se encuentran en el colédoco e impiden a menudo el paso perfecto de la bilis al duodeno. Estos cálculos se distinguen de los biliares en que son impermeables a los rayos X y son esencialmente calcáreos y los últimos están compuestos de colesteroína y de pigmentos biliares.

*El cáncer de la cabeza del páncreas*, obra sobre la secreción y excreción biliar ya por compresión del colédoco, y en este caso la ictericia insidiosa, lenta, progresiva y continuamente se va estableciendo, o proviene la compresión no del colédoco sino de las vías biliares intrahepáticas por metastasis carcinomatosas secundarias siendo en este caso la ictericia, ligera intermitente y fugaz. Otras veces embolías carcinomatosas ocasionan tromboflebitis hepática.

Antes de terminar, queremos recordar aquí la reacción de Hymas van den Bergh que sirve para distinguir la ictericia por retención de la ictericia hemolítica: Al suero obtenido por cuagulación o por centrifugación se le pone la solución A compuesta de Acido sulfanílico y ácido clorhídrico al uno por mil. Y la solución B o sea Nitrito de soda al uno por ciento. Consta de tres fases; si dá la primera, la ictericia es por retención, si las segunda y tercera, la ictericia es hemolítica.