

cación de estas dos noxas por separado. Por el contrario los niveles de oxidación sistémica no difieren entre los grupos no control, lo que probablemente refleja una situación inicial común, independiente de la causa de la pancreatitis. Se requieren estudios posteriores con sacrificios diferidos de cara a estimar si la isquemia selectiva y parcial puede inducir un mayor estrés oxidativo en fases evolutivas más tardías.

DETERMINACIÓN DE LA PERMEABILIDAD INTESTINAL Y ENDOTOXEMIA EN PANCREATITIS AGUDA

J.C. Penalva Polo*, J. Martínez Sempere*, A. Esteban**, R. Lavada*, J. Saez*, M. Perez- Mateo*, S. Navarro***, F. Feu***, A. Mas*** y J. Palazon*

*Digestivo H.G.U. Alicante, **Unidad Investigación H.U. Elche, ***Digestivo Hospital Clinic. Barcelona.

Introducción: Se ha observado una alteración de la PI en diversas patologías. Varios estudios han asociado el aumento de PI a una mayor translocación bacteriana a nivel regional y luego sistémico, con el riesgo de aparición de complicaciones. Varios trabajos experimentales en pancreatitis aguda (PA) han demostrado ese aumento de PI, existen hasta la fecha, tres estudios realizados en humanos con diferentes resultados.

Objetivos: Medir la PI en pacientes con PA y comparar su valor respecto a controles sanos. Valorar la PI en relación a PA leves (PAL) y graves (PAG) y el comportamiento evolutivo de la PI dentro de cada grupo. Determinar la endotoxemia, mediante la medición de anticuerpos antiendotoxina (IgM) en ambas formas de PA.

Material y métodos: Un total de 68 pacientes fueron incluidos, junto con 13 controles sanos. Se determinó la PI mediante el test de lactulosa/manitol dentro de las primeras 72 h de evolución, expresando el resultado como el cociente entre ambas en orina (CLM). El procedimiento se repite a los 7 (CLM1) y 15 (CLM2) días de evolución en las formas leves y graves respectivamente. Se determinó basalmente en todos los pacientes los anticuerpos antiendotoxina (Endocab IgM) por ELISA.

Resultados: Se incluyeron 51 PA leves y 17 PA graves y 13 controles sanos. La etiología fue mayoritariamente biliar. La determinación de CLM1 fue significativamente mayor en PAG respecto a PAL y controles. El CLM2 también fue significativamente mayor en PAG respecto a PAL y controles. Al comparar el CLM1 y 2 en cada grupo no obtuvimos diferencias. Tampoco encontramos diferencias entre los valores basales de Endocab IgM entre PAL y PAG.

Conclusiones: Los pacientes con PA presentan un aumento de PI respecto a controles sanos, siendo la PI mayor en las formas graves. Este resultado se mantiene en el CLM2, siendo también significativamente mayor en las graves. No existen diferencias en la evolución temporal de PI entre PA leves y graves, lo cual indica que la PI permanece alterada en el tiempo. No existen diferencias significativas entre ambas formas al estudiar la endotoxemia, por tanto la PI no se acompaña de una mayor exposición sistémica a endotoxina.

DETECCIÓN DE PACIENTES CON BAJA PROBABILIDAD DE DESARROLLO DE NECROSIS PANCREÁTICA EN LOS ESTADIOS INICIALES DEL DESARROLLO DE UNA PANCREATITIS AGUDA

A. López Serrano^a, V. Alfonso^a, F. Gómez^b, T. Ripolles^c, V. Gómez^d y E. Moreno-Osset^a

^aMedicina Digestiva Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia,

^bUnidad Medicina Preventiva Hospital Malva-Rosa. Valencia,

^cServicio Radiodiagnóstico Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia,

^dServicio Análisis Clínicos Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: La presencia de necrosis pancreática en un episodio de Pancreatitis Aguda (PA) determina el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad. Se intenta definir un modelo para predecir la presencia de necrosis pancreática en la PA según distintas variables clínicas y de laboratorio.

Páncreas-Vía biliar

ESTRÉS OXIDATIVO SISTÉMICO E ISQUEMIA SELECTIVA PANCREÁTICA PARCIAL: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN NUEVO MODELO EXPERIMENTAL

A. Golitsin de Francisco*, T. Parra Cid**, J.A. Piqueras Argüello**, C. Palmero Callejas** y F. Carballo Alvarez**

*Cirugía General Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara,
**Unidad de Investigación Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Introducción: Los trastornos de la microcirculación pancreática, observados en modelos experimentales de pancreatitis aguda (PA), se asocian a isquemia de la glándula, empeorando la evolución. En el presente trabajo se evalúa de forma preliminar la repercusión de la isquemia parcial selectiva sobre los niveles oxidativos sistémicos en la fase evolutiva más precoz de la PA experimental inducida por ceruleína.

Material y método: Se ha puesto a punto un modelo original de isquemia selectiva y parcial en ratas Wistar de 250 gr de peso, consistente en el clampaje de las arterias esplénica y gastroduodenal. Los animales se dividieron en 4 grupos de 5. Grupo 1: ratas control, en las que se realizaba la manipulación quirúrgica sin realizar el clampaje. Grupo 2: inducción de pancreatitis edematosas mediante la administración de dos dosis de ceruleína intraperitoneal de 40 µg/Kg de peso, separadas una hora entre sí, más manipulación quirúrgica. Grupo 3: isquemia selectiva y parcial durante una hora, con reperfusión en una segunda hora y sacrificio posterior. Grupo 4: inducción con ceruleína e isquemia posterior. Todos los animales se sacrificaron mediante extracción del máximo volumen posible de sangre de la cava inferior. Se midieron, a efectos de la presente comunicación, niveles de amilasa y capacidad oxidativa sistémica mediante cito-metría de flujo por oxidación del marcador fluorescente DCFH-DA.

Resultados: Los niveles de amilasa medios (en U/L) difirieron significativamente entre grupos (1: 895,80, 2: 5500,57, 3: 1834,33, 4: 7103,33), siendo máxima para la asociación de isquemia y ceruleína. Sin embargo, los niveles de oxidación no fueron significativamente diferentes entre los grupo 2, 3 y 4 (1: 276,94, 2: 400,04 3: 492,28 4: 438,91), indicando un estrés oxidativo semejante entre las diferentes noxas aplicadas.

Conclusiones: La asociación de estimulación con ceruleína e isquemia pancreática induce una respuesta enzimática mayor que la apli-

Material y métodos: El estudio se realizó de forma retrospectiva en 156 pacientes con PA. En todos ellos se determinó la concentración plasmática de la proteína C reactiva (PCR) entre las 48-72 horas desde el ingreso y la puntuación pronóstica de Glasgow modificada. Los pacientes fueron clasificados según la presencia o no de necrosis pancreática tras la realización de una tomografía computarizada con utilización de contraste. Se realizó un análisis bivariante y se ajustó un modelo de regresión logística para la presencia de necrosis pancreática, calculándose el valor de la curva ROC.

Resultados: Tras el análisis bivariante se observó que los valores en sangre de albúmina, calcio, lácticodeshidrogenasa, PCR y leucocitos, así como la puntuación de Glasgow modificada, estaban asociados a la presencia de necrosis ($p < 0,05$). De ellos, sólo las concentraciones plasmáticas de calcio ($OR = 0,326$) y PCR ($OR = 1,012$) y el número de leucocitos ($OR = 1,012$) permanecieron en el modelo multivariante. El valor del área bajo la curva ROC de la probabilidad predicha por el modelo fue de 0,9350 ($IC95\% = 0,897-0,973$).

Conclusiones: La determinación en los estudios iniciales de la PA del número de leucocitos en sangre periférica y de las concentraciones plasmáticas de calcio y PCR permite identificar un grupo de pacientes con baja probabilidad de desarrollar necrosis pancreática.

EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LA COLANGIOPANCREATO- RESONANCIA CON ESTIMULACIÓN DE SECRETINA (S-CPRMN) EN LA PATOLOGÍA PANCREÁTICA

I. Pascual*, J. Soler**, V. Hernández*, J.V. López**, R. Añón*, P. Almela*, A. Peña*, C. Amorós*, V. Sanchiz*, M. Minués* y A. Benages*

*Gastroenterología Hospital Clínic. Universitat de València. Valencia,
**Unidad de RMN. Servicio de Radiodiagnóstico Hospital Clínic.
Universitat de València. Valencia.

Objetivos: Valorar la eficacia diagnóstica de la S-CPRMN en pacientes con pancreatitis crónica severa, pancreatitis aguda y sospecha de patología pancreática.

Material y métodos: Estudio prospectivo del 1-10-01 al 30-9-02 consistente en la práctica de S-CPRMN a los pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica (PC) severa (criterios morfológicos por ecografía y/o TAC) (grupo 1; 9 pacientes), pancreatitis aguda (PA) de origen alcohólico o idiopático (grupo 2; 32 pacientes, 18 PA etílica y 14 PA idiopática) y sospecha clínica y/o biológica de patología pancreática (grupo 3; 10 pacientes). La CPRMN se realizó con un aparato Sonata 1.5 T (Siemens); se administra 1 UI/Kg de secretina iv y se realiza estudio minutado durante 10 min. Se valoran los siguientes parámetros: diámetro del conducto pancreático principal (CPP) basal, a los 3 y a los 10 min; número de segmentos del CPP visualizados; vaciamiento duodenal a los 10 min; visualización de conductos secundarios, estenosis del CPP, defectos de replección, conducto accesorio y pancreas divisum.

Resultados: En los tres grupos, se detecta un aumento significativo del diámetro del CPP a los 3 y 10 min de la administración de secretina. El diámetro del CPP basal, a los 3 y 10 min es significativamente mayor en el grupo 1 que en los grupos 2 y 3. En la tabla se resume el resultado del análisis cualitativo antes (Pre-S) y después de la administración de secretina (post-S) en los grupos 1 y 2; los datos entre paréntesis son porcentajes. En el grupo 3, no se observan diferencias significativas en los parámetros valorados pre-S y post-S.

Parámetros	Pre-S (G.1)	Post-S (G.1)	p	Pre-S (G.2)	Post-S (G.2)	p
Cond. secundarios	7 (77,8)	8 (88,9)	NS	3 (9,4)	14 (43,8)	< 0,05
Estenosis	4 (44,4)	4 (44,4)	NS	2 (6,3)	6 (18,8)	< 0,05
Pancreas divisum	0 (0)	1 (11,1)	NS	2 (6,3)	5 (15,6)	< 0,05
Nº segmentos CPP	25 (92,6)	27 (100)	NS	77 (80,2)	96 (100)	< 0,05

Conclusiones: La S-CPRMN mejora la visualización de los conductos pancreáticos. La administración de secretina mejora más la

eficacia diagnóstica en los pacientes sin pancreatitis crónica, ya que en éstos la presencia de dilatación del CPP facilita su visualización de forma basal.

ESTUDIO DE POSIBLES FACTORES PREDICTIVOS DE RECIDIVA EN LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR (PAB)

F. Borda Celaya, S. Oquiñena, E. Borobio, J.J. Vila Costas, B.O. Nantes y C. Prieto

Aparato Digestivo Hospital de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Revisar nuestra tasa de recidiva tras el primer episodio de pancreatitis aguda biliar (PAB), tratando de encontrar posibles factores con valor predictivo acerca de la posibilidad de dicha recidiva.

Material y métodos: Analizamos 131 PAB, registradas en nuestro Hospital en el periodo Enero 1.99-Septiembre 2.001. Se excluyeron los casos que no constituyeron el primer episodio de pancreatitis, los pacientes con colecistectomía previa y los casos con seguimiento documentado inferior a 12 meses. Estudiamos la presencia de recidiva en relación con los siguientes factores: *a)* del paciente: edad y sexo; *b)* de la PAB: gravedad según criterios de Atlanta, cifras máximas de GPT y bilirrubina total; *c)* de la litiasis: coledocolitis, colelitiasis única, múltiple o barro biliar y *d)* del tratamiento: limpieza endoscópica pre-quirúrgica de la vía biliar, momento de la operación tras la PAB (1,3 ó 6 meses) y tipo de la colecistectomía (abierta o laparoscópica). Se emplearon los test estadísticos de Student, Chi cuadrado y Fisher. Se calcula el riesgo relativo (RR) con un intervalo de confianza (IC) del 95% y el factor etiológico del riesgo de recidiva (FER) en los casos no operados, que indica el porcentaje de recidivas que se evitarían si se hubiera efectuado la colecistectomía en los diversos momentos evolutivos.

Resultados: Pacientes excluidos: 38, incluidos: 93, 48 mujeres y 45 varones. Edad: $66,5 \pm 16,9$ años. PAB graves: 20, no graves: 73. Tasa de recidivas: $17/93 = 18,3\%$. Los colecistectomizados recidivaron en 2/63 casos, por 15/30 recidivas en los no operados, RR = 15,7 (IC = 3,8-64,5) $p < 0,000001$, FER = 94%. Los RR, IC y FER en relación con el momento de la cirugía han sido: intervenidos en el 1º mes: RR = 1,3 (IC = 0,2-8,4), FER = 26%; 3 meses: RR = 2,4 (IC = 0,6-10), FER = 57%; 6 meses: RR = 9,1 (IC = 2,2-37,6) $p < 0,001$, FER = 89%. El resto de los parámetros analizados no mostró diferencias significativas entre los grupos con y sin recidiva.

Conclusiones: 1) Nuestra serie confirma una considerable tasa de recidivas: 18,3%, tras el primer episodio de PAB. 2) De entre todos los parámetros estudiados, tan solo la colecistectomía ha guardado una relación significativa con la recidiva. Los pacientes no operados tienen un riesgo relativo 15,7 veces superior de presentar una nueva pancreatitis. El riesgo relativo aumenta si la colecistectomía se efectúa después de 1 mes y se multiplica a partir de los 6 meses. 3) Según el factor etiológico del riesgo que hemos registrado, la colecistectomía hubiera evitado el 94% de nuestros casos de recidiva de pancreatitis en los pacientes que permanecían sin operar.

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS EN LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR RECIDIVANTE

V. Hernández, I. Pascual, P. Almela, R. Añón, C. Amorós, B. Herreros, F. Mora, M. Mínguez y A. Benages

Gastroenterología Hospital Clínic. Universitat de València. Valencia.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de la recidiva de pancreatitis aguda biliar (PAB), sus características clínicas y valorar la presencia de factores pronósticos de recidiva.

Pacientes y métodos: Pacientes ingresados por PAB del 1-1-2000 al 31-5-2002. Los pacientes se dividieron en dos grupos según hubieran presentado o no recidiva de PAB (grupos A y B, respectivamente). En ambos grupos se estudió las características demográfí-

cas, gravedad, presencia de coledocolitiasis, parámetros analíticos y radiológicos y tratamiento recibido para la litiasis biliar. En el grupo A se analizó el intervalo de tiempo hasta la recidiva y las características clínicas de ésta. Se utilizó el test de chi-cuadrado para comparar variables paramétricas y el de t de Student para las variables continuas. Se asumió significación estadística si $p < 0.05$.

Resultados: Hubo 202 episodios de PAB en 169 pacientes (77 hombres/92 mujeres, edad media $66,57 \pm 16,07$ años); 160 pacientes no estaban colecistectomizados antes del episodio de PAB. Se detectaron 36 episodios de recidiva en 33 pacientes (19,5%). La recidiva apareció en 8 casos (22,2%) en el primer mes tras el episodio de PAB, en 6 (16,7%) en el segundo y en 4 (11,1%) en el tercero; la mediana de aparición de recidiva fue de 89 días (rango 8-780). No se observaron diferencias entre los grupos A y B en: sexo, edad, índice de masa corporal, gravedad (criterios de Atlanta), alteraciones radiológicas pancreáticas, presencia de coledocolitiasis, aparición de fiebre o parámetros analíticos. Los pacientes del grupo A fueron intervenidos el primer mes con menor frecuencia que los del grupo B (3,2% vs 17,8%, respectivamente $p < 0,05$). Entre los pacientes que recidivaron, la recidiva fue grave más frecuentemente en aquellos cuyo primer episodio fue grave respecto a los que habían sufrido PAB leve (62,5% vs 12,5%, respectivamente, $p < 0,05$).

Conclusiones: La recidiva de la pancreatitis aguda biliar es un acontecimiento frecuente y de aparición relativamente precoz. La intervención quirúrgica después de los 30 días implica un mayor riesgo de recidiva. El riesgo recidiva grave es mayor cuando el primer episodio ha sido grave.

INFLUENCIA DE LA DEMORA QUIRÚRGICA EN LA RECURRENCIA DE LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR (PAB) LEVE

V. Hernández*, I. Pascual*, R. Añón*, P. Almela*, L. Sabater**, J. Calvete**, C. Amorós*, B. Herreros* y A. Benages*

*Gastroenterología Hospital Clínic. Universitat de València. Valencia,
**Cirugía General Hospital Clínic. Universitat de València. Valencia.

Objetivos: Valorar la influencia de la demora quirúrgica en la aparición de recidiva de la PAB leve.

Pacientes y métodos: Pacientes ingresados del 1-1-2000 al 31-5-2002 por PAB leve (criterios de Atlanta) sin colecistectomía previa. Los pacientes se dividieron en dos grupos según se hubieran intervenido o no dentro de los 30 días tras el episodio de PAB (grupo A y B respectivamente). Los pacientes en los que se desestimó la cirugía se incluyeron en el grupo B. Se valoró en cada grupo: edad, sexo, alteraciones radiológicas graves (grados D y E de Balthazar) y aparición de recidiva de PAB y complicaciones biliares antes de la cirugía. Se utilizó el test de chi-cuadrado y el de t de Student para variables paramétricas y continuas, respectivamente. Se asumió significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron 143 episodios en 120 pacientes (55 hombres/65 mujeres, edad media $64,61 \pm 16,83$ a, rango 18-91). En 22 pacientes (18,3%) se desestimó la cirugía por ser de alto riesgo; se practicó colecistectomía en los primeros 30 días a 21 pacientes (17,5%) y en 22 pacientes (18,3%) se observó recidiva de PAB. No se apreció diferencia en la recidiva de PAB entre los pacientes en los que se desestimó la cirugía y los que se decidió intervenir (18,2% vs 18,4% respectivamente, $p = 0,626$). No se observó diferencia respecto a la edad y el sexo entre el grupo A y B. Ningún paciente con grados D-E de Balthazar se intervino antes de los 30 días, pero la presencia de alteraciones radiológicas graves en los grupos A y B no alcanzó diferencia significativa (0% vs 9,6% respectivamente, $p = 0,194$). No se detectó diferencia en la aparición de complicaciones biliares (14% vs 7%, grupo A vs B, $p = 0,243$). Se observó recidiva de PAB en 1 paciente del grupo A (4,8%) y 21 pacientes del grupo B (21,2%), aunque la diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0,063$).

Conclusiones: La recidiva es un evento frecuente en la PAB leve. Se observa una tendencia que sugiere que la cirugía precoz podría disminuir la aparición de recidiva en estos pacientes.

TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA: ¿ES SUFFICIENTE VALORAR LA RESPUESTA CLÍNICA?

J. Iglesias García, M. Vilariño, M. Iglesias Rey, J. Lariño Noia y E. Domínguez Muñoz

Aparato Digestivo Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

La malnutrición relacionada con la insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es un importante factor pronóstico en la evolución de la pancreatitis crónica (PC). Ante la ausencia de métodos objetivos para determinar la dosis óptima de enzimas pancreáticas, el tratamiento sustitutivo se individualiza en función de diferentes parámetros clínicos, como la ausencia de diarrea, la ganancia ponderal o la ausencia de pérdida de peso. Sin embargo, la eficacia real de dicho control clínico no ha sido evaluada.

Objetivo: Evaluar mediante la realización de un estudio nutricional la utilidad de la respuesta clínica como método de control del tratamiento con enzimas pancreáticas sustitutivas en enfermos con IPE por PC.

Material y métodos: Se incluyeron 31 pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica grado III mediante técnicas de imagen e IPE confirmada mediante test de aliento optimizado con ^{13}C -triglicéridos y cuantificación de grasa fecal (NIR). Todos los pacientes mantenían un buen control clínico mediante tratamiento enzimático sustitutivo con enzimas pancreáticas en minimicroesferas (Kreon[®]. Solvay-Pharma) a dosis estable durante los últimos doce meses. Se evaluaron diferentes parámetros nutricionales, tanto bioquímicos (proteína fijadora del retinol (RBP), pre-albúmina y transferrina) como antropométricos (índice de masa corporal (IMC)). Los resultados se expresan como media ± desviación estándar (DS).

Resultados: Las dosis de enzimas pancreáticas requeridas oscilaban entre 60000 y 180000 U lipasa/día. Los niveles séricos de RBP fueron $2,7 \pm 0,7$ mg/dL (normal 3-6 mg/dL), de pre-albúmina $22,3 \pm 4,9$ mg/dL (normal 21-41 mg/dL) y de transferrina $257,32 \pm 51,2$ mg/dL (normal 205-365 mg/dL). Los valores del IMC fueron $24,4 \pm 4,7$ (normal > 20). 21 pacientes (67%) presentaban niveles séricos de RBP por debajo del límite inferior de la normalidad, 6 de ellos (19%) presentaban también niveles por debajo de la normalidad de pre-albúmina, 2 niveles disminuidos de transferrina y 8 (25,8%) presentaban un bajo IMC. Todos los pacientes con RBP normal tenían el resto de los parámetros dentro de la normalidad.

Conclusiones: El tratamiento enzimático sustitutivo en pacientes con IPE secundaria a PC no puede ser correctamente optimizado mediante control clínico. La absorción de vitaminas liposolubles permanece frecuentemente alterada a pesar de un teóricamente correcto tratamiento. Este estudio confirma la necesidad de métodos objetivos para optimizar el tratamiento enzimático sustitutivo en paciente con IPE secundaria a PC.

PÁNCREAS HETEROTÓPICO ANTROPILOÍRICO

J. Delgado Valdueza, A. Fernández Fernández-Santos, F. Viamontes Ugalde, E. San Pío, J.M. Figueroa y P. Serrano
Cirugía General Hospital de la Princesa. Madrid.

Introducción: El páncreas se desarrolla de dos divertículos primordiales del duodeno, a partir de la 4^a semana de gestación. Existen tres teorías para explicar la génesis de su situación heterotópica: Persistencia de un esbozo dorsal (localizaciones gástricas) y un esbozo izquierdo (extragástricas), fragmentación de la glándula pancreática principal o a partir del potencial evolutivo de células epiteliales de la pared del tubo digestivo. Los tipos histológicos pueden ser: normal, exocrino, endocrino o canalicular. El 70-90% de los páncreas ectópicos se desarrollan en el sistema G-I alto, más frecuentemente en estómago (38%), duodeno y yeyuno, y menos frecuentemente en vesícula y vía biliar, hígado, bazo, omento mayor, pulmón, mediastino, ileon, divertículo de Meckel, etc.

Caso clínico: Mujer de 43 años con antecedentes personales de miringoplastia de oído izquierdo. Estudiada por cuadro de dolor epigástrico y HDA leve. En estudio endoscópico se objetivó en cara anterior del antró gástrico una formación polipoidea sobre-elevada, umbilicada y con mucosa normal. La biopsia informó de marcada gastritis crónica antral con marcada actividad aguda. En el EGD se objetivó lesión submucosa redondeada con umbilicación central, compatible con páncreas ectópico, leiomioma, etc. Se realizó intervención quirúrgica: Gastrotomía y extirpación de formación polipoidea pediculada en cara anterior de antró pilórico. Biopsia intraoperatoria informada como tejido pancreático sin alteraciones histológicas. Anatomía Patológica: Heterotopia pancreática. Gastritis crónica con ligera actividad aguda. *H. Pylori* positivo. Postoperatorio sin complicaciones.

Conclusiones: El páncreas ectópico habitualmente es asintomático debutando en los casos sintomáticos como dolor epigástrico, sangrado, dispepsia u obstrucción pilórica, de la ampolla de Vater, intestino o vía biliar. Puede sufrir complicaciones como pancreatitis aguda, transformaciones quísticas o degeneración neoplásica. Los casos sintomáticos precisarán extirpación quirúrgica, así como los casos con degeneración maligna o con diagnóstico diferencial dudoso (leiomiomas, carcinoides). La extirpación endoscópica es peligrosa por el riesgo de sangrado o perforación.