

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Piquinela

LESIONES DUODENOPANCREATICAS EN LOS TRAUMATISMOS CERRADOS DE ABDOMEN (*)

Comunicación de tres observaciones

Dres. Federico Gilardoni y Juan Carlos Abó

Exponemos a continuación tres contusiones de abdomen, dos de ellas presentando ruptura traumática de duodeno y una correspondiendo a una contusión pancreática. Pese a tratarse de lesiones únicas, aisladas, las relatamos en conjunto en vista de su frecuente asociación lesional. Las contusiones graves del páncreas cefálico se acompañan usualmente de lesión duodenal, habiendo insistido sobre ello distintos autores. La exploración al revelar la lesión de uno de estos órganos exige la investigación del estado anatómico del otro. La contusión pancreática o duodenal plantea problemas en el diagnóstico clínico, operatorio y en la conducta quirúrgica. Con cierta frecuencia sus lesiones son inadvertidas en la exploración, lo que se traduce por una elevada morbimortalidad. Creemos de interés por estos motivos contribuir con estas observaciones a la casuística nacional.

Observación 1. — W. S. R. 7 años. Ingresa el 8-VII-59 al C. Deptal de Río Negro por contusión abdominal con el borde posterior del piso de un carro. No hay shock. Abdomen indoloro espontáneamente, completamente depresible sólo existe dolor a la palpación profunda en zona paraumbilical derecha. No existe neumoperitoneo radiológico ni otros elementos clínico-radiológicos de orientación. A las 24 horas aparece dolor espontáneo y defensa de moderada intensidad en H. D., lo que decide la exploración quirúrgica. En el acto operatorio (F. G.) se comprueba infiltración adematosa del epiplón gástrico en su sector derecho prepancreático. Infiltración hemorrágica del extremo superior de la raíz del mesenterio y del mesocolon transversal preduodenal. Desgarro de la hoja inferior del mesocolon transversal en su raíz frente a D2. Al traccionar

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de noviembre de 1961.

el mesocolon una ola de bilis inunda el campo operatorio comprobándose un desgarramiento longitudinal completo de D2 yuxtapancreático de 2 cms. de extensión, retromesocolónico. No existen lesiones en páncreas ni en cara posterior de duodeno, no existiendo otras lesiones viscerales. Sutura de la lesión en dos planos. Gastroyeyunoanastomosis. En el postoperatorio aspiración nasogástrica y antibióticos. Su evolución posterior es favorable.

Observación 2. — G. L. R. 22 años. Psicópata. Ingresó al H. de Clínicas el 22-II-58 enviado del H. Vilardebó por hematemesis profusa luego de violenta contusión abdominal provocada por puñetazos y puntapiés. Repite hematemesis abundante luego del ingreso. Enfermo quejoso, pulso 80 bien golpeado, P. A. Mx 12, Mn 9. Contractura abdominal generalizada, dolor provocado en abdomen superior. En la operación (J.C.A.) se halla escasa cantidad de líquido bilioso intraabdominal. Gran infiltración hemática de todo el sector duodenopancreático extendiéndose sobre la fascia prerrenal derecha y a través del mesocolon derecho. Se practica descenso del mesocolon derecho y decolamiento duodenopancreático. Se encuentra ruptura total transversal de D3 próximo a ángulo 2-3 a derecha del mesenterio. Sutura término-terminal. Evolución posterior excelente pese a que no se pudo practicar una adecuada aspiración nasogástrica (enfermo psicópata). Los estudios radiológicos realizados a los 8 y 30 días muestran un buen pasaje del medio de contraste.

Comentarios

Musso y Asiner desarrollaron extensamente el tema de las R. T. de D. en el año 1953 a propósito de dos observaciones. Tenemos referencias acerca de numerosas observaciones inéditas de distintos cirujanos de nuestro medio. La mortalidad ha descendido francamente, considerándose que ha mejorado el pronóstico de esta grave lesión visceral en base a un mejor conocimiento del problema. Son lesiones que se tratan evolucionadas o son pasadas por alto en el acto operatorio.

La hematemesis es considerado un importante signo de ruptura duodenal. Fue presentada en forma profusa y repetida por el enfermo de la observación 2.

En el enfermo de la 1ª observación el mesocolon desgarrado oficiaba de cubierta precaria de la rotura duodenal. Se explica así que en un abdomen completamente depresible sólo existiera dolor provocado a la presión profunda durante 24 horas. La lesión retromesocolónica presenta las mismas dificultades diagnósticas que la lesión retroperitoneal de duodeno, manifestaciones clínicas poco ostensibles que retardan el procedimiento quirúrgico. Piquinela en la contusión abdominal insiste en que la comprobación de dolor a la palpación profunda, persistente, que se mantiene o se intensifica e la evolución horaria, debe hacer sospechar la lesión visceral.

El examen del Douglas en nuestros enfermos no mostró dolor ni enfisema perirrectal. El neumorretroperitoneo perirrenal, pa-

tognomónico de ruptura retroperitoneal tampoco fue observado. El borramiento de la línea del psoas, de valor orientador se aprecia en la radiografía simple de la 2ª observación.

La exploración operatoria muestra elementos guías de significación, la infiltración edematosa, biliosa, hemática, o manchas de esteatonecrosis en el retroperitoneo o mesos adyacentes así como la crepitación gaseosa retroperitoneal, conducen a la lesión duodenal.

La movilización del mesocolon ascendente, con decolamiento y descenso del mesocolon transversal en su sector derecho hasta el pedículo mesentérico superior, el decolamiento duodenopancreático, la maniobra de Mérola, desinserción de la raíz del mesenterio con elevación de los vasos mesentéricos superiores exponen y dejan a la vista distintos sectores del duodeno. Son maniobras a utilizar en la búsqueda y exposición de las lesiones traumáticas del duodeno. Asimismo debe investigarse el estado del páncreas y de la vía biliar principal cuya asociación lesional es común.

El enfermo correspondiente a la 2ª observación fue operado precozmente. Evolucionó favorablemente pese a las dificultades que hubo en la aspiración gástrica. La sutura primaria precoz se realiza en tejidos sin infiltración edematosa ni infección. Consideramos de suma importancia este aspecto en la evolución final.

En el enfermo de la 1ª observación creemos haber agregado con la anastomosis complementaria una intervención innecesaria y pasible de complicaciones futuras en el asa anastomótica. Lleva actualmente 2 años de evolución y sin molestias. A este respecto Chifflet y Etchegorry precisaron la ubicación de la anastomosis en los casos que existen dudas acerca de la permeabilidad intestinal. En las lesiones infravaterianas dice Chifflet, la gastroenteroanastomosis es desaconsejable pues el duodeno supraleSIONAL se transforma en un verdadero fondo de saco, debiendo en estos casos realizarse la duodenoyeyunostomía. La gastroenteroanastomosis podrá realizarse en las lesiones supravaterianas.

En el postoperatorio es de rigor practicar aspiración gástrica, terapéutica de reposición y antibióticos.

La evolución espontánea, sin tratamiento quirúrgico de la R. T. de D. es a la peritonitis difusa o colectada o al flemón retroperitoneal. La evolución de este último se observa luego de rupturas retroperitoneales que han sido desconocidas en la intervención inicial. (Loyarte, Anders-Erik Eklund).

La evolución fatal y las complicaciones que se han descrito, abscesos subfrénicos, pélvicos, retroperitoneales, fistulas duodenales externas, internas, estenosis de duodeno serán evitadas por el

reconocimiento precoz de la lesión y una táctica y técnica adecuadas a utilizar con las medidas ya referidas en el postoperatorio.

Observación 3. — Enfermo de 22 años I. F. L. A. Ingresa al H. de Clínicas el 5-V-60. Hace 46 horas hallándose alcoholizado recibe puñetazos y puntapiés en abdomen sobre todo en hipocondrio. Desde entonces dolor epigástrico de creciente intensidad que difunde a todo el abdomen. Vómitos repetidos. Desde el momento del traumatismo no ha vuelto a orinar, habiendo tenido entonces dos micciones espontáneas en pequeña cantidad, no observando el color de la orina. No ha expulsado materias ni gases. Niega etilismo crónico. Lúcido, dolorido T.R.38.4. Taquicardia 140 regular. Piel y mucosas bien coloreadas. P.A.Mx12 Mn7. Abdomen doloroso difusamente con mayor intensidad en hipogastrio. Defensa generalizada. Dolor a la presión que es mayor a la decompresión siendo exquisito el dolor provocado en hipogastrio. Macidez desplazable de los flancos. Douglas abombado discretamente doloroso. Se extrae por sonda vesical 150 c.c. de orina muy concentrada sin hematuria aparente. Operación (J. C. A.). Incisión de Mac Burney, viene a chorro líquido citrino en cantidad considerable que se encontraba a presión dentro de la cavidad abdominal. Una incisión mediana infraumbilical permite explorar vejiga la que no presenta lesiones. La palpación del piso supramesocolónico comprueba tumefacción dura con los caracteres de páncreas engrosado, se prolonga la incisión hacia arriba observándose infiltración hemorrágica y manchas de esteatonecrosis en cuerpo de páncreas. Manchas de esteatonecrosis en borde libre del epiplón menor e infiltración hemática del mesocolon transverso. El decolamiento duodenopancreático muestran duodeno y páncreas cefálico sin lesiones aparentes. Vía biliar accesoria y principal sin distensión ni litiasis no comprobándose otra lesión visceral. Se interpretó como una pancreatitis en un alcoholista y se trató tomándose las medidas comunes a toda pancreatitis aguda. Continuó la importante taquicardia para ceder con la reposición de fluidos siendo atribuida al desequilibrio hídrico por la gran pérdida de líquidos. A los tres días del traumatismo una amilasemia dio cifras normales, que repetidas, nunca fueron elevadas. Evolucionó favorablemente y a los dos meses reingresa por intenso síndrome doloroso abdominal superior. Radiológicamente deformación de gran curva en antro pilórico. Es operado comprobándose un páncreas con los caracteres de una pancreatitis crónica difusa, un proceso plástico peripancreático y una marcada estasis linfática de las primeras asas yeyunales. Al año y medio de la 1ª intervención se encuentra bien, acusa molestia dolorosa en H. I. luego de las ingestas excesivas y sus deposiciones intestinales son aparentemente normales.

Comentarios

Esta observación corresponde a una contusión pancreática, de observación poco común y a cuyo manejo, en consecuencia, no se está acostumbrado en la práctica de la cirugía de urgencia. En este enfermo la lesión pancreática no se atribuyó originariamente a su verdadera causa. El diagnóstico retrospectivo se estableció en base al antecedente traumático inmediato, a la topografía lesional segmentaria y a la considerable cantidad de líquido citrino intraabdominal. Esta última condición es propia de la ruptura

traumática anterior de un canal pancreático principal, sobre todo en ausencia de signos de participación retroperitoneal, tal como pudo observarse en nuestro enfermo. La sintomatología retroperitoneal es característica de la necrosis pancreática aguda. Sobre estas bases, Cattell y Warren, refiriéndose a la complicación pancreática por traumatismo quirúrgico, establecen diferencias clínicas entre el modo de manifestarse la ruptura canalicular y la necrosis pancreática aguda. Una situación en cierto modo similar con extravasación masiva de jugo pancreático ocupando toda la cavidad abdominal, es observada en un caso de la serie de Doubilet y Mullholand.

La amilasemia normal en el postoperatorio inmediato indicaba que la solución de continuidad canalicular ya se encontraba ocluida. La evolución inmediata favorable sin las comunes y graves complicaciones, fistula, pseudoquiste, necrosis pancreática puede atribuirse:

1º) A las medidas adoptadas en el postoperatorio tendientes a lograr la inhibición funcional de la glándula.

2º) A la tendencia natural a la oclusión fibrinoplástica de los conductos seccionados, hecho comprobado en nuestro medio en la experimentación por Cosco Montaldo. La reducción de la secreción pancreática favorece esta última eventualidad.

Sin embargo, la reiteración del sufrimiento, los hallazgos del 2º acto operatorio evidenciando el carácter extensivo que toma la lesión traumática abandonada a sí misma y las pequeñas molestias actuales que manifiesta, nos impiden considerar que ha evolucionado a la curación. Siendo posible la existencia de complicaciones o síntomas recurrentes alejados en el traumatismo glandular, es menester más observación en este enfermo para establecer su evolución definitiva.

Consideraciones generales sobre el traumatismo pancreático

La lesión pancreática en la contusión abdominal ha sido observada con escasa frecuencia. Piquinela en 560 contusiones abdominales refiere 51 lesión visceral, observando una contusión de cola de páncreas asociada a ruptura esplénica y perforación yeyunal. Becker en 109 casos de pancreatitis agudas encuentra que de 6 de ellas (5 %) tenían su origen en el trauma cerrado de la pared abdominal. Debe recibir más énfasis dice el mismo autor, el trauma no penetrante como causa de lesión pancreática. A. Fossati en el año 1943 interviene en la etapa de pseudoquiste, una contusión pancreática, obteniendo excelente pancreatografía al inyectar la fistula desarrolladora en el postoperatorio. Cuculic en un estudio puramente estadístico menciona tres hematomas del páncreas cefálico. En el abdomen agudo por contusión con síntomas manifiestos o poco evidentes, de punción abdominal y la dosificación de enzimas en el líquido obtenido

o en sangre y orina, orientan el diagnóstico. La lesión glandular frecuentemente no es advertida en la exploración, o es pasada por alto al dar prioridad a las comunes lesiones asociadas, o su topografía (cara posterior) la ocultan a una exploración superficial o se trata de una moderada contusión subcapsular que progresando evolucionará posteriormente a la efracción capsular. El desarrollo posterior de crecientes molestias subfrénicas, torácicas o abdominales, la aparición de fistulas, obligan a considerar la probable lesión pancreática. Aún con el diagnóstico firme de pancreatitis traumática se debe ir a la exploración quirúrgica para descartar las lesiones viscerales asociadas y tratar la hemorragia y la lesión canalicular (Becker). La extravasación de jugo pancreático expone a serios disturbios metabólicos y su activación fuera del ambiente canalicular provoca graves lesiones pancreáticas, de vísceras y vasos adyacentes.

La contusión a diferencia de las lesiones penetrantes plantea problemas en el diagnóstico y por tanto en la indicación quirúrgica. Son comunes las lesiones viscerales asociadas pero sin presentar la constancia que se aprecia en los traumatismos penetrantes. Su morbilidad es elevada por las heridas, siendo común el desarrollo de fistulas, pseudoquistes o abscesos. Sin tener en cuenta el agente etiológico (excluyendo el trauma quirúrgico) la mortalidad ha sido muy elevada. Se aprecia actualmente un manifiesto descenso de la misma habiendo contribuido a ello, la reposición más generosa de sangre y fluidos y la adopción de procedimientos definidos o más activos que los empleados clásicamente frente al traumatismo de la glándula. Se estudian las causas de muerte en importantes series y se proponen nuevos procedimientos quirúrgicos para evitar la elevada mortalidad y morbilidad. Fogelman y Robison en 33 casos observan una mortalidad de 39 % (13 casos). Esta serie incluye heridas y contusiones. La lesión pancreática por sí misma fue la causa de muerte en la mayoría de los casos. La hemorragia pancreática primaria no controlada o inadecuadamente controlada fue la causa de muerte en 5 casos. La hemorragia de la glándula estuvo presente en la operación en 25 casos. La pancreatitis necrosante de evolución inexorable causó la muerte de otros tres enfermos con graves lesiones glandulares y canaliculares en los que no se debió el tejido pancreático necrosado ni se practicó drenaje aspirativo. Dos de estos pacientes presentaban lesiones distales pasibles de una resección pancreática primaria. Las lesiones asociadas y las complicaciones sépticas, peritonitis, septicemia, determinaron la muerte de los 5 pacientes restantes. Los autores antes mencionados exponen medidas concretas o un plan definido frente al traumatismo pancreático que puede expresarse así:

Reposición de sangre y fluidos. ● Operación precoz o temprana. Exploración completa, visualización del páncreas por incisión del peritoneo posterior para determinar los caracteres y extensión lesionales. Control de la hemorragia por procedimientos definitivos. Debridamiento del tejido pancreático aislado o necrosado. Restablecimiento de la continuidad de los conductos principales seccionados de difícil realización si no existe un buen calibre de los mismos. "Resección pancreática deliberada como terapéutica de elección para lesiones del cuerpo y lesiones distales" en especial en contusiones graves, multifragmentarias o secciones completas. No justifican la resección primaria de cabeza de páncreas a menos que haya existido fragmentación extensiva de la misma. Avenamiento con múltiples drenajes de Pen Rose y drenaje aspirativo. La aplicación de estas medidas a las que se agrega la inhibición funcional de la glándula, la reposición y la administración de antibióticos en el postoperatorio con-

tribuirán en el concepto de Fogelman y Robinson a mejorar el grave pronóstico del traumatismo pancreático.

En la serie de 57 observaciones de Howard y Jordan hubieron 9 muertes (16 %). La hemorragia por lesiones viscerales y vasculares asociadas, reconocidas o desconocidas en la operación, la nefropatía tubular luego de severa hemorragia, fueron las más comunes causas de muerte. La peritonitis siguiendo a múltiples lesiones viscerales asociadas fue causa de muerte en una contusión pancreática. Doubilet y Mullholand practican el avenamiento del Wirsung a través de vía biliar principal y cístico previa esfinterotomía del Oddi. El jugo pancreático tiende a extravasarse por la zona de menor resistencia, razón por la cual en el concepto de estos autores es fundamental destruir la resistencia del esfínter de Oddi. Utilizan el cateter plástico de avenamiento a manera de puente entre los conductos seccionados. Las pancreatografías seriadas que realizan comprueban la reparación canalicular. Sus casos evolucionan favorablemente y sin complicaciones luego del procedimiento. La importancia del factor tensión intracanalicular sobre el que insisten Doubilet y Mullholand halla su confirmación en el caso de Schenone en el que un procedimiento de fortuna logró en forma inesperada un brusco cambio a la curación. Se trata de una observación que ilustra además sobre los distintos aspectos ya mencionados del trauma glandular. Herida de bala de H. I. Se reparan perforaciones de ambas caras de estómago y lóbulo izquierdo de hígado. No se observaron lesiones retroperitoneales ni pancreáticas. A los 7 días es necesario drenar una colección supurada retrogástrica. Desarrolla posteriormente a través de la herida operatoria un copioso corrimiento que demostró tratarse de jugo pancreático. Marcada desnutrición. A los 30 días aparece tumefacción posterior donde se palpa la bala. Su extracción es seguida de una fístula posterior cesando el corrimiento anterior. Se introduce una sonda nélaton en el trayecto posterior con el ánimo de canalizar la pérdida mencionada cesando a partir de ese mometo bruscamente el corrimiento y evolucionando el enfermo a la curación.

Hannon y Sprafka presentan una serie de 4 contusiones, practican en 3 de sus enfermos la pancreatectomía distal como intervención primaria, con exéresis de hasta un 80 % de la glándula y sin complicaciones derivadas de la misma.

La pancreatectomía distal debe acompañarse de cierre cuidadoso de la sección proximal donde se debe identificar y ligar el conducto principal. El tratamiento inadecuado del cabo duodenal será seguido de fístula. El cierre se completa como lo aconseja Cosco Montaldo, cubriendo la sección con epiplón. Las complicaciones mayores que siguen a la cirugía pancreática, fístula, absceso, pseudoquiste —en la opinión de Fogelman y Robison— pueden ser impedidas por la resección pancreática. Como lo hemos podido observar, existe una tendencia creciente a actuar activamente frente a la lesión pancreática. Al referirse a la elevada incidencia de pseudoquistes y fístulas que siguen al tratamiento cerrado, Hannon y Sprafka “justifican a su juicio cualquier procedimiento quirúrgico tendiente a reducir la posibilidad de tales complicaciones”. Doubilet y Mullholand expresan “se han encontrado un número suficientemente grande de casos de activación repentina después de un período de tranquilidad que justifica la adopción de medidas drásticas en el tratamiento de extravasaciones simples”.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se analizan dos observaciones de R. T. de D. que evolucionaron favorablemente luego del tratamiento quirúrgico.

Se mencionan los elementos clínicos, radiológicos y operatorios que guían al descubrimiento de la lesión duodenal.

La infiltración edematosa, biliosa, hemática y necrosis grasa periduodenal, como la crepitación gaseosa retroperitoneal son signos orientadores de significación.

La exposición de los distintos sectores del duodeno requiere una serie de maniobras o decolamientos para el tratamiento cómodo y adecuado de la lesión.

El tipo de anastomosis a utilizar cuando existen dudas de la permeabilidad duodenal, será ubicada a distinta altura según la topografía supra o infravateriana de la lesión.

La sutura primaria precoz actuando sobre tejidos sin edema ni infección es factor de importancia en la evolución final. A ello deberá sumarse en el postoperatorio la decompresión duodenal mediante el sondeo nasogástrico aspirativo.

Se describe una contusión pancreática con síndrome peritonítico y ascítico y evolución inmediata espontánea a la reparación canalicular.

La inhibición funcional de la glándula y la tendencia natural a la oclusión fibrinoplástica de los conductos seccionados explican la evolución inmediata.

La lesión traumática evolucionó posteriormente en nuestro caso a la extensión lesional y reiteración de los episodios dolorosos.

Se exponen brevemente algunos aspectos del traumatismo pancreático y en especial la conducta seguida por distintos autores en estos últimos años.

El conocimiento de las causas de muerte, el criterio resecionista y la moderna cirugía canalicular, la medicación antishock y la inhibición funcional de la glándula permiten encarar en forma más racional y optimista la cirugía del traumatismo pancreático.

OBRAS CONSULTADAS

- 1) ANDERS - ERIK EKLUND. — Retroperitoneal rupture of the duodenum. *Acta chir. scandinav.* 116: 36-43, 1958.
- 2) BECKER, W. F. — Traumatic Pancreatitis. *Am. Surgeon*, 20: 525; 1954.
- 3) CATTELL Y WARREN. — Surgery of the pancreas. "W. S. Saunders Company", Philadelphia, 1953.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 4) COSCO MOLTALDO, H. — Peripancreatitis por apertura de los canales pancreáticos en la cavidad peritoneal. Bol. de la S. de Cir. del Uruguay. T. XXVI: 35; 1955.
- 5) COTTRELL, J. C. — Nonperforative trauma to the abdomen. Arch. Surg., 68: 241; 1954.
- 6) CUCULIC, C. R. — Contribución estadística de los traumatismos de abdomen del Instituto de Ortopedia y Traumatología. 7º Congreso Uruguayo de Cirugía.
- 7) DOUBILET, H. and MULLHOLAND, J. H. — Tratamiento quirúrgico de la lesión del páncreas. Anales de Cirugía. Vol VI, Nº 9; 895 - 906; 1959.
- 8) CHIFFLET, A. — La exploración operatoria de la tercera porción del duodeno. Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay. T. XXII: 533; 1951.
- 9) CHIFFLET, A. — Rotura traumática del duodeno. Discusión (17).
- 10) FOGELMAN, J. M. and ROBINSON, L. J. — Wounds of the pancreas. Am. J. Surg., 101: 698, 1961.
- 11) FOSSATI, A. — Fístula pancreática consecutiva a una tumoración quística. Bol. de la S. de Cir. del Uruguay. T. XIV: 14 - 16; 1943.
- 12) HANNON, D. W. y SPRAFKA, J. — Resección en la pancreatitis traumática. "An. cirugía". T. II, Vol. 146, 1957.
- 13) HOWARD, J. M. and JORDAN, G. L. — Surgical Diseases of the Pancreas. J. B. Lippincott Company. Philadelphia. Montreal. 1960.
- 14) LARGHERO YBARZ, P. — Temas de Cirugía de Urgencia. A. Monteverde y Cía. Montevideo, 1944.
- 15) LOYARTE, H. y ALBINA, J. — Rotura duodenal traumática. El Día Médico. Nº 65: 1936 - 1940; 1961.
- 16) MEROLA, L. — Obras completas. Montevideo, 1941.
- 17) MUSSO, R. y ASINER, B. — Rotura traumática del duodeno. Bol. de la S. de Cir. del Uruguay. T. XXIV: 233 - 242; 1953.
- 18) NASIO, J. — Ruptura de duodeno. El Día Médico. Nº 13: 300 - 302; 1960.
- 19) PASMAN, R. — Abdomen agudo. Edit. Vallardi. Bs. Aires, 1959.
- 20) PASMAN, R. — Traumatismos del Páncreas. Pancreatitis Traumáticas (26).
- 21) PELLEGRINI, J. and STEIN, J. — Complete severance of the pancreas and its treatment with repair of the Main Pancreatic Duct of Wirsung. Report of a case. Am. J. Surg., 101: 707, 1961.
- 22) PIQUINELA, J. A. — Contusión de abdomen. El Día Médico Uruguayo. Nº 311: 2.521; 1959.
- 23) PRADINES, J. — Anatomía Patológica. Correlato al 7º Congreso Uruguayo de Cirugía.
- 24) SCHENONE, H. — Comunicación personal.
- 25) SILVEIRA BARCELLOS, C. — Traumatismos del Abdomen. Relato. 7º Congreso Uruguayo de Cirugía.
- 26) TEJERINA FOTHERINGHAM, W. — Traumatismos del páncreas. Pancreatitis traumáticas. Bol. de la S. de Cir. de Bs. As. Nº 32, 901 - 906; 1959.

Dr. Suiffet. — Los autores han estado muy felices al presentar esta comunicación a la Sociedad de Cirugía pues alerta a las personas que están ocupadas en la Cirugía de Urgencia. Esta situación, si bien no frecuente, puede presentarse y posiblemente en el futuro se observe con más frecuencia, debido a circunstancias perfectamente conocidas. En 19

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

años de actuación en cirugía de urgencia en los hospitales de Salud Pública, no hemos observado ningún caso de traumatismos del duodeno-pancreas. Puede servir este dato como elemento estadístico.

Nos vamos a referir concretamente a un punto de anatomía y técnica quirúrgica, que fue mencionado por el Dr. Gilardoni, pero que creemos conveniente insistir en él. Es lo referente a la exposición quirúrgica del duodeno. Es muy importante insistir en que Mérola enseñó hace más de 40 años las maniobras técnicas para exponer el duodeno íntegramente. Realizando la desinserción del mesenterio y la movilización completa del asa cólica derecha, es decir haciendo desaparecer el triángulo de acolamiento secundario del colon derecho, se puede exponer totalmente duodeno I, II, III y IV hasta el ángulo duodeno yeyunal. Una vez realizado el decolamiento se desplaza hacia la izquierda y hacia arriba todo el sector irrigado por la mesentérica superior con lo cual queda expuesto totalmente el duodeno. Se puede realizar entonces la exploración adecuada y la técnica necesaria sin los inconvenientes de atravesar la zona que corresponde al acolamiento del mesocolon derecho o sea la parte pre-duodeno-pancreática infra-mesocólica.

Es esta la única consideración que queríamos hacer a propósito del trabajo presentado.