

Traumatismo de páncreas tratado por pancreatometomía corporocaudal *

Dres. JULIO C. PRIARIO,** FEDERICO GILARDONI ***
y JULIO DE LOS SANTOS ****

La lesión pancreática por contusión o por herida penetrante de abdomen se acompaña de una elevada mortalidad [39 % en la serie de Fogelman y Robinson (2) y 16 % en la serie de Howard y Jordan con 57 observaciones (5)]. También la morbilidad es elevada observándose fístulas, pseudoquistes y abscesos.

Las causas más importantes de muerte son las siguientes:

- 1) Lesiones asociadas (peritonitis y hemorragias)
- 2) La hemorragia pancreática primaria no controlada o inadecuadamente controlada.
- 3) La pancreatitis necrosante observada en pacientes donde no se debridó el tejido pancreático necrosado ni se realizó drenaje aspirativo.

Por otra parte, conocemos algunos casos de evolución desfavorable después de haber sido tratada la contusión con simple drenaje aspirativo; así, por ejemplo, pudimos observar un caso que después de la instalación de la fístula pancreática externa se produjeron sucesivamente fístulas del estómago, del colon y del ángulo duodenoyeyunal, lo cual llevó a la muerte. El 3-VIII-66 el Dr. Ituño y col. presentaron en esta misma Sociedad 2 casos de traumatismo pancreático que confirman lo antedicho.

Se aprecia actualmente un descenso manifiesto en la mortalidad, debido a la aplicación de una conducta más activa frente a la lesión de la glándula; así, por ejemplo, Doubilet y Mullholand (1) han practicado el avenamiento del Wirsung a

través de la vía biliar principal y el cístico, previa esfinterotomía del Oddi, usando con este fin un catéter de plástico a la manera de puente entre los cabos seccionados.

Al referirse a la elevada incidencia de pseudoquistes y fístulas que siguen al traumatismo cerrado, Hannon y Sprafka (4) dicen: "Justificamos cualquier procedimiento quirúrgico tendiente a reducir la posibilidad de tales complicaciones", y Fogelman y Robinson (2) proponen, en base al análisis de su serie, la resección pancreática deliberada como terapéutica de elección para lesiones del cuerpo y lesiones distales, en especial en contusiones graves, multifragmentarias o secciones completas.

La contusión, a diferencia de las lesiones penetrantes, plantea problemas en el diagnóstico (3) y, por lo tanto, en la indicación quirúrgica. El caso que pasamos a relatar corresponde a una contusión cerrada de epigastrio, por volante de automóvil, con sección casi total del istmo pancreático.

A. F. F. Reg. 248.675 (Hospital de Clínicas). Paciente de 16 años, que 24 horas antes de su ingreso sufre un traumatismo de epigastrio, por volante de automóvil de un parque de diversiones, con pérdida de conocimiento, de la que se recupera espontáneamente. Consulta el día de su ingreso por persistencia y aumento de intensidad de la epigastralgia y vómitos biliosos.

En el Servicio de Emergencia se comprueba un estado general bueno sin signos clínicos de shock, pero el examen abdominal muestra la existencia de dolor y defensa en epigastrio e hipocondrio derecho. La radiografía de abdomen no agrega datos de importancia y tampoco permite observar neumoperitoneo.

El antecedente traumático y los elementos del examen físico nos deciden a realizar una laparotomía exploradora de urgencia, la cual realizamos bajo anestesia general.

Incisión paramediana pararectal interna izquierda. La exploración del abdomen permite comprobar: 1º) hemoperitoneo de 500 c.c.; 2º) ruptura de epiplón menor; 3º) sección casi total del páncreas en la unión de

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de setiembre de 1966.

Profesor Adjunto de Cirugía.

*** Asistente de Clínica Quirúrgica, H. de Clínicas.
Asistente del Instituto de Anatomía Patológica.

la cabeza y el cuerpo con esteatonecrosis del epiplón menor, cara posterior del estómago y epiplón gástrico. La exploración del resto del abdomen no muestra otras lesiones.

A fin de tener una vía amplia y cómoda, decidimos abordar la retrocavidad de los epíplones a través del epiplón gástrico.

En virtud de las lesiones encontradas se decide realizar pancreatocistomía distal (corporecaudal con esplenectomía) para evitar la aparición de las complicaciones propias del tratamiento conservador.

Se realiza también debridamiento y regularización en cuña del borde proximal del páncreas, lográndose individualizar un canal muy delgado con la topografía del Wirsung, el que se liga con seda 3-0. Luego se efectúa el cierre y la aproximación de la cápsula anterior con la posterior.

Durante el procedimiento se hiere accidentalmente la vena mesentérica superior, la que hubo de ser suturada con seda 4-0. Se termina la intervención dejando dos drenajes en cigarrillo en la región pancreática, los que son exteriorizados por contraincisiones y a la vez se coloca epiplón mayor cubriendo la zona de sutura.

Postoperatorio: La evolución clínica es francamente favorable, sólo perturbada por dolores abdominales y estado nauseoso en el curso de las primeras 24 horas. Durante los primeros cinco días se administró 25 mil unidades diarias de Trasylol en solución fisiológica por vía intravenosa y también se realizó aspiración permanente a través de los drenajes.

El estudio seriado de la glicemia mostró la normalización en el curso de los primeros días pasando de 3gr.08 a 1gr.05.

El estudio seriado de la amilaturia mostró que de un valor inicial de 2.048 unid. Wohlgemut se pasó al cabo de ocho días a 64 unid. Wohlgemut.

El estudio seriado de la amilaturia mostró que de 64 unid. Wohlgemut el primer día se pasa a 16 unid. Wohlgemut el 12º día.

La paciente fue dada de alta el 13º día en perfectas condiciones clínicas y humorales.

Estudio anatomopatológico: Pieza de pancreatocistomía parcial con esplenectomía, constituida por un segmento de páncreas de 11 x 5 x 3 cm. que pesa 75 gramos, correspondiente a la cola y al cuerpo, con su cápsula desgarrada e infiltrada por hemorragia en varias zonas. Al corte se aprecia parénquima con focos de necrosis, hemorragia y edema. En la grasa vecina existen varios focos de esteatonecrosis.

La sección quirúrgica se realizó a través de la rotura y muestra al conducto de Wirsung permeable y sin solución de continuidad a lo largo de la pieza. La vena esplénica muestra una trombosis a nivel de su porción suprapancreática y los vasos del ilio esplénico están muy ingurgitados.

El bazo es de tamaño y conformación normal.

Histológicamente se observan áreas de necrosis, edema y hemorragia, y esteatonecrosis del parénquima pancreático.

En resumen: lesiones de pancreatitis aguda de tipo traumático.

RESUMEN

Se presenta un caso de traumatismo grave de páncreas producido por golpe contra el volante de un automóvil.

En la intervención se encuentra un desgarramiento de la glándula en la unión de la cabeza con el cuerpo y fenómenos de esteatonecrosis. Por las razones antedichas se practica pancreatocistomía de cuerpo y cola con esplenectomía.

Se analiza el postoperatorio desde el punto de vista clínico y de laboratorio.

RÉSUMÉ

On présente un cas de traumatisme grave du pancréas produit par coup contre le volant d'une automobile.

A l'intervention on rencontre une déchirure de la glande à l'union de la tête avec le corps et des phénomènes de steatonecrose. Pour les raisons cidessus, on pratique la pancréatectomie de corps et queue avec splénectomie.

On analyse le post-opératoire sur les points de vue clinique et laboratoire.

SUMMARY

A case of severe pancreatic injury caused by a knock against a driving wheel, is reported upon.

At operation, a tear in the gland at the junction of its head with the body, and steatonecrotic phenomena, were found. In view of the above, pancreatotomy of the body and tail, with splenectomy, was carried out.

The post-operative course, in the light of clinical and laboratory findings, is dealt with.

BIBLIOGRAFIA

1. DOUBLET, H. y MULLHOLAND, J. H. Tratamiento quirúrgico de la lesión del páncreas. *Anales de Cirugía*, VI, 9: 895-906, 1959.
2. FOGELMAN, J. M. and ROBINSON, L. J. Wounds of the pancreas. *Am. J. Surg.*, 101: 698, 1961.
3. GILARDONI, F. y ABÓ, J. C. Lesiones duodenopancreáticas en los traumatismos cerrados de abdomen. Comunicación de 3 observaciones. *Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay*, 32: 757-766, 1961.
4. HANNON, D. W. y SPRAFKA, J. Resección en la pancreatitis traumática. *An. Cirugía*, II, 146, 1957.
5. HOWARD, J. M. and JORDAN, G. L. *Surgical diseases of the pancreas*. J. B. Lippincott Company. Philadelphia, Montreal, 1960.
6. ITUÑO, C. y CAZABÁN, L. A. *Contusiones graves del páncreas*. (En prensa.)