

Contusiones graves del páncreas * **

A propósito de dos observaciones

Dres. CARLOS ITUÑO *** y LUIS A. CAZABAN ****

Las injurias traumáticas del páncreas, como lesión única y como resultado de traumatismos cerrados del abdomen, son muy poco frecuentes. Periódicamente aparecen casos aislados en la literatura y salvo la experiencia adquirida durante los conflictos bélicos, es excepcional reunir varios casos como para realizar una revisión de conjunto.

CONSIDERACIONES GENERALES

La situación quirúrgica creada por la contusión grave del páncreas, es compleja, de difícil diagnóstico y de solución terapéutica engorrosa. El enfoque correcto de este problema no ha sido satisfactorio y el estudio de los trabajos publicados, revela una enorme confusión diagnóstica y terapéutica.

El desarrollo de pancreatitis a continuación de traumatismos cerrados del abdomen, es sin duda alguna poco frecuente; Culotta, Howard y Jordan (6) les dan una frecuencia del 1 al 2%; Thompson (17) del 1 al 3% entre todos los traumatismos del abdomen.

Se presentan siempre como complejos problemas diagnósticos y terapéuticos y cuando pasan desapercibidos tienen una elevada mortalidad y las secuelas que generan pueden también ser mortales si el diagnóstico y el tratamiento no se realizan precozmente.

Por todas estas consideraciones hemos creído interesante traer a consideración dos casos de pancreatitis graves a consecuencia de traumatismos cerrados de abdomen superior.

Obs. Nº 1.— J. S., enfermo de 44 años. Ingresó al Hospital Pasteur el 8 de mayo de 1962. Hace 10 horas recibe una coz de caballo en epigastrio; dolor intenso abdominal; vómitos.

Examen: Dolorido. Temp. axilar 37°. Rectal 37°3. Piel y mucosas bien coloreadas. Abdomen distendido, doloroso espontáneamente y a la palpación en epigastrio y región umbilical. Tacto rectal. Douglas indoloro.

Radiografía simple de abdomen: No neumoperitoneo. Distensión gástrica y colónica.

Tratamiento: Se opera de urgencia. Mediana supraumbilical. Exudado sanguinolento. No hay lesiones hepáticas ni esplénicas. Retrocavidad ocupada por sangre. Se efectúa decolamiento coloepiploico. Sección completa del páncreas a nivel del cuello. No lesiones de duodeno ni grandes vasos. Hemostasis. Drenaje del foco.

Evolución: Fístula pancreática externa. Fallece a los 32 días en forma brusca. La necropsia revela como causa de muerte, edema agudo de pulmón.

Obs. Nº 2.— F. L. G., 66 años, mujer. Historia Clínica Nº 2.164, Hospital Pasteur. Ingresó el 16-5-64 con cuadro doloroso agudo de vientre alto de tres días de evolución. Dolor en barra, violento. El dolor aparece después de una caída desde 2 mt., golpeando la región lumbar contra un borde duro. Vómitos biliosos.

Examen: Apirética. Distensión abdominal moderada. Dolor neto y contractura en epigastrio e hipocondrio derecho. Dolor en hipocondrio izquierdo y fosa lumbar izquierda. Tacto rectal: Douglas libre. Dolor a la palpación de L1, L2 y L3. No hay trastornos neurológicos.

Laboratorio: Orina, normal. Amilaturia, 4098 unidades Winslow.

Radiología: Fractura de L2.

Diagnóstico: Pancreatitis aguda traumática.

Operación (16-5-64, Dr. Silva): Anestesia general. Transversa de hipocondrio derecho: líquido en el peritoneo, manchas de esteatonecrosis, páncreas engrosado y edematoso, vesícula tensa con aspecto de colesterosis, sin cálculos. Procedimiento: colecistostomía, drenaje subhepático y del Douglas.

Evolución: En el postoperatorio: gran deshidratación, insuficiencia cardíaca. Evoluciona favorablemente. Caída progresiva de la amilasemia. Alta el 30-5-64.

Reingreso: 11-7-64 con un cuadro de hipotermia, fiebre a ganchos, síndrome toxiinfectioso. Desde el alta: dolor epigástrico y cre-

* Trabajo efectuado en la Clínica del Prof. W. Suiffet.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 22 de mayo de 1968.

*** Asistente de Clínica Quirúrgica.

**** Docente Adscripto de Cirugía.

cimiento progresivo de una tumoración a ese nivel. Vómitos, adelgazamiento, toque progresivo del estado general.

Examen: Tumoración renitente de epigastrio con la sonoridad colónica por debajo y la cámara gástrica por encima.

Laboratorio: Amilasuria, 64 unidades Winslow. Leucocitosis, 6.300. Orina, s.p.

Radiología: Esquema típico de pseudoquiste pancreático (ver figuras adjuntas).

Diagnóstico: Pseudoquiste pancreático infectado. Absceso de la retrocavidad de los epiploes.

Operación (21-7-64, Dr. Ituño): Anestesia general. Transversa de epigastrio con sección de ambos rectos. Se comprueba enorme colección que ocupa la retrocavidad y emerge en el ligamento gastrocólico. Apertura y evacuación de 2 litros de líquido purulento, trozos de tejidos y trozos con aspecto de caseum. Luego de la evacuación se constata la desaparición completa del páncreas en su sector corporocaudal. Arteria esplénica desnuda. Se realiza drenaje al exterior. El estudio bacteriológico mostró cocos grampositivos en el pus del absceso pancreático. El control posterior mostró hiperglicemia controlable con régimen adecuado, diarreas grasosas, gran adelgazamiento. La evolución alejada ha sido satisfactoria.

ETIOPATOGENIA

Por su situación anatómica tan particular, el páncreas no es frecuentemente afectado en los traumatismos abdominales, aunque cualquier trauma directo sobre la región epigástrica, periumbilical, hipocondrio izquierdo y lumbar, pueden sin embargo, determinar lesiones pancreáticas contusivas (fig. 1).

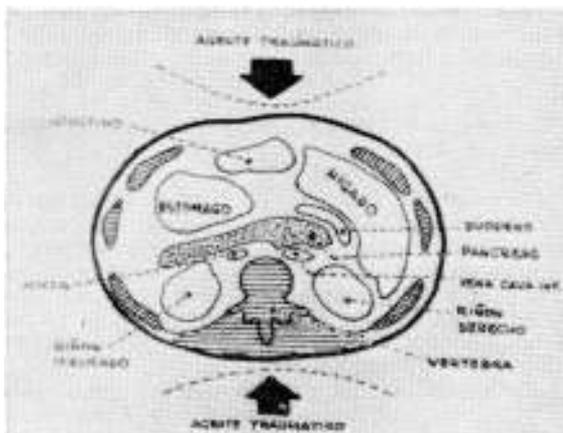


FIG. 1.—Mecanismo de trauma pancreático por contusión: anterior en Obs. N.º 1; posterior en Obs. N.º 2.

Se citan comúnmente como agentes productores (3) el trauma directo sobre el abdomen superior provocado por un agente contundente romo, que actuando con violencia puede lesionar al páncreas, preferentemente al cuerpo. Los agentes más comúnmente invocados son: el volante del automóvil, el golpe de un animal (coz de equino), caída ventral sobre una masa, etc.

El mecanismo de lesión pancreática en los traumas directos de adelante a atrás es simple: el páncreas queda aprisionado entre la fuerza traumática que actúa violentamente de adelante a atrás y la columna vertebral a la cual está íntimamente relacionado.

La porción caudal se lesiona por arrancamiento al ser arrastrada por su movilidad, por el agente contusivo (13).

Se citan en forma excepcional (4) los traumatismos posteriores lumbares, como agentes de pancreatitis postraumática.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las lesiones pueden sistematizarse en tres grupos:

- 1) Simple contusión, con hiperhemia de la glándula y edema consecuente.
- 2) Hematoma pancreático por contusión de mayor intensidad, con lesión de los vasos del parénquima.
- 3) Contusión grave con sección parcial o total. La lesión se caracteriza por constituir un foco contusivo de laceración parenquimatosa, con sección total o parcial del órgano (12), sección que se topografía por lo general en el cuello, con tres elementos anatómicos importantes a destacar: a) gran resistencia del Wirsung, que es el último en desgarrarse; b) hemorragia profusa, en napa, derivada de la rica vascularización del páncreas; y c) bordes contusos, lacerados, de un órgano que ha sido seccionado por aplastamiento.

Frente a estas lesiones se produce la típica reacción inflamatoria, a la cual se agrega la activación de los fermentos pancreáticos que se traduce por citoesteatonecrosis y proteólisis, responsable de le-

siones vasculares, causa de hemorragias tardías fulminantes.

En otros casos no existe activación del jugo pancreático y no existe reacción en los tejidos al jugo pancreático pura e inactivo que baña la cavidad peritoneal, constituyéndose entonces un verdadero pseudoquiste peritoneal como en la observación de Doubilet (7).

LESIONES ASOCIADAS

Las lesiones asociadas son muy frecuentes; lesiones hepáticas, esplénicas, gástricas, intestinales, desgarros de mesos, etc., se encuentran frecuentemente (5, 17). Los órganos retroperitoneales, tercera y cuarta porción duodenal, vena cava y grandes vasos, pueden estar comprometidos (9).

Lo común es que cualquiera de estas lesiones asociadas que enumeramos, comanden y le den características propias al cuadro clínico que presenta el paciente y obtengan prioridad en el tratamiento impuesto por el cirujano, enmascarando y haciendo pasar desapercibida, si no se piensa en ella, a una lesión traumática del páncreas que por su evolución posterior pueden complicar enormemente la situación o provocar incluso la muerte del enfermo.

FISIOPATOLOGIA

Un primer hecho a destacar: la falta de paralelismo entre la intensidad del trauma, las lesiones pancreáticas y los desórdenes fisiopatológicos provocados. Estos hechos son explicables por tres razones: a) la localización retroperitoneal del páncreas evita, o mejor dicho, puede evitar, el derrame del jugo pancreático a la cavidad peritoneal libre; b) las grandes lesiones pancreáticas inhiben la secreción por varios días a veces y el gran epiplón puede obturar las brechas traumáticas de la glándula con aumento de la respuesta reparadora de la herida, según lo muestran las experiencias de Popper, Nechels y Brehant (15); en cambio, pequeños traumas permiten la actividad secretoria glandular; y c) la falta de activación del jugo pancreático, hecho excepcional.

La contusión grave del páncreas vulnera el sistema de los conductos excretores, vertiéndose la secreción en los espacios subyacentes hacia los lugares de menor resistencia: pelvis y tórax. El flujo hacia los lugares de menor resistencia es de la mayor importancia fisiopatológica porque tiene un doble efecto: 1) pérdida de un líquido rico en sales; y 2) la existencia de las enzimas proteolíticas, con la producción de una necrosis aguda del páncreas, en este caso de etiología traumática.

Estos dos hechos explican el cuadro de shock presente casi constantemente en estos cuadros y la presencia precoz de amilasa en la sangre y en la orina, hecho de gran valor diagnóstico.

CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO

Una primera premisa se establece: no hay ningún síntoma ni signo patognomónico de lesión pancreática.

El cuadro clínico de la contusión grave del páncreas se presenta bajo distintas formas:

- 1) Enmascarada en el cuadro de una contusión abdominal grave.
- 2) Se revela por la presencia de un pseudoquiste de páncreas.
- 3) O se presenta bajo síntomas equívocos provocados por el emplazamiento profundo y posterior del páncreas con sus complejas relaciones viscerales y neurovasculares (18).

En el curso de las primeras horas no hay síntomas característicos (4) y en esta etapa las lesiones sólo pueden descubrirse en el curso de una laparotomía exploradora en donde el exudado peritoneal y las manchas de citoesteatonecrosis o el hematoma retroperitoneal, certifican el diagnóstico de lesión pancreática.

Clamagirand y col. (4), insisten en que en ausencia de otras lesiones viscerales, antes del 2º día no hay síntomas característicos, incluso puede haber una remisión de los síntomas presentes en un primer momento, imputables al propio traumatismo abdominal.

El máximum sindromático de la injuria pancreática se produce pues entre las 24 y las 72 horas (11) y puede existir al comienzo un período libre de síntomas de gran valor, tal como es posible verlo en los traumas de hígado y bazo.

En esta etapa, que podríamos llamar "silenciosa o enmascarada", el factor más importante, según Cleveland y col. (5), para hacer el diagnóstico de pancreatitis traumática, es tener presente su posible existencia frente a un traumatismo abdominal y buscar los signos clínicos y de laboratorio que orienten al diagnóstico.

A pesar de los principios ya establecidos, creemos necesario remarcar ciertos elementos clínicos más o menos constantes:

Estado nauseoso: Persistente, que traduce el íleo reflejo a consecuencia de la lesión pancreática y que es prácticamente constante.

Dolor: De aparición inmediata al traumatismo, localizado en el hemiabdomen superior, en especial en el epigastrio e hipocostal izquierdo, irradiado al hombro izquierdo (1) o a todo el abdomen, de gran intensidad siempre.

Hipo: Síntoma destacado por Catell y Warren (3).

Shock: En general el cuadro del shock es inicial y luego retrocede. En las contusiones leves no se observa, por el cual su presencia es índice de lesión grave del páncreas.

Lesión subcutánea del epigastrio: No es de valor diagnóstico, aunque la existencia de un moteado irregular de la piel umbilical (signo de Cullen) o coloración y edema de los flancos (signo de Grey-Turner) deben plantear la posibilidad de lesión pancreática.

Contractura epigástrica: Con hiperestesia cutánea, es frecuente su hallazgo y puede plantear la duda con la perforación de una víscera hueca. El signo es precoz y va casi fatalmente seguido de una distensión moderada del epigastrio por distensión gástrica, duodenal y de las primeras asas yeyunales.

La fiebre no es un signo precoz ni constante. Si aparece tardíamente, cabe plantear la posibilidad de una infección de un pseudoquistes o de un hematoma de origen pancreático, como en el caso de la observación N^o 2.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

El laboratorio aporta datos de importancia capital y la dosificación de la amilasa sérica y urinaria prácticamente certifican el diagnóstico (8).

La amilasa sérica asciende en sus valores prácticamente en forma paralela a la evolución de las lesiones pancreáticas. Según Cleveland y col. (5) prácticamente todos los pacientes con lesiones traumáticas del páncreas tienen elevación de la amilasa sérica en algún momento de su evolución.

En una serie de 87 casos de traumatismo del páncreas que estudian Thompson y col. (17), en 73 casos el diagnóstico se hizo durante la laparotomía exploradora por lesiones asociadas, en un caso en la autopsia y los 13 restantes, que no se operaron, fueron diagnosticados por la determinación de la amilasa sérica que en todos fue superior a las 700 unidades Somogyi.

La determinación de la amilasa urinaria, de acuerdo a los estudios realizados por Budd y col. (2), es de mayor fidelidad que la dosificación de la amilasa sérica. Su aparición en la orina es precoz y mantenida, siendo el método de Winslow fácil de realizar y rápido, ya que puede hacerse en 30 minutos. La dosificación por encima de las 64 unidades Winslow en la orina, ya es de valor diagnóstico y señala el compromiso pancreático en las injurias abdominales.

Los otros hallazgos humorales, tales como alteraciones de la fórmula leucocitaria, hipocalcemia, etc., son inconstantes y no tienen valor diagnóstico.

La determinación de la amilasa en el exudado peritoneal o retroperitoneal, obtenido por punción, pueden tener valor diagnóstico (14). En la serie de casos que estudian Cleveland y col. (5) fue llevada a cabo en seis oportunidades, no estableciéndose el diagnóstico en ningún caso, undándose en este auxiliar diagnóstico.

La radiología puede mostrar al comienzo los elementos que caracterizan al íleo regional.

Más tardíamente aparece un borramiento del psoas, índice de colección líquida retroperitoneal (5).

Cuando se constituye el pseudoquiste del páncreas, la radiología en cambio aporta datos precisos como en el caso de la observación N^o 2 (fig. 2).

TRATAMIENTO

Frente a una contusión grave de hemiabdomen superior y ante la duda de la existencia de lesiones viscerales, la conducta del cirujano que enfrenta a uno de estos enfermos, será quirúrgica. La laparotomía exploradora abordando el abdomen superior por una incisión mediana supraumbilical, permite en todos los casos una correcta exploración y un tratamiento precoz y adecuado de las lesiones viscerales.

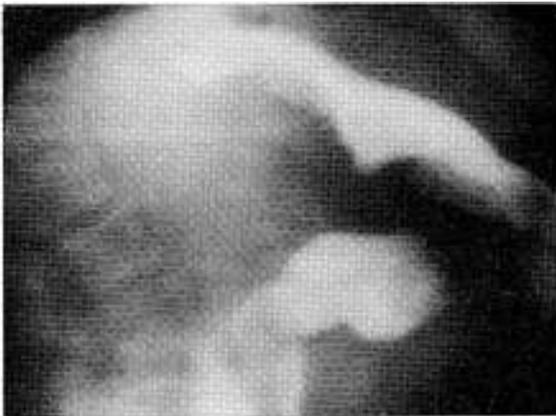


FIG. 2.— Formación pseudoquiste traumático. Desplazamiento gástrico y colónico. Fractura vertebral (Obs. N^o 2).

De acuerdo a los conceptos ya expuestos al comienzo de este trabajo, queremos resaltar que el cirujano que aborda un contusionado grave de abdomen, debe explorar el páncreas en la búsqueda de posibles lesiones que de pasar desapercibidas crean un enorme problema por su alta morbimortalidad.

La vía de abordaje para la adecuada exploración pancreática en situaciones de urgencia será: a) a través del ligamento gastrocólico; o b) efectuando un decolamiento coloepiploico que creemos se trata de la vía más directa, más fácil y más rápida de realizar (fig. 3).

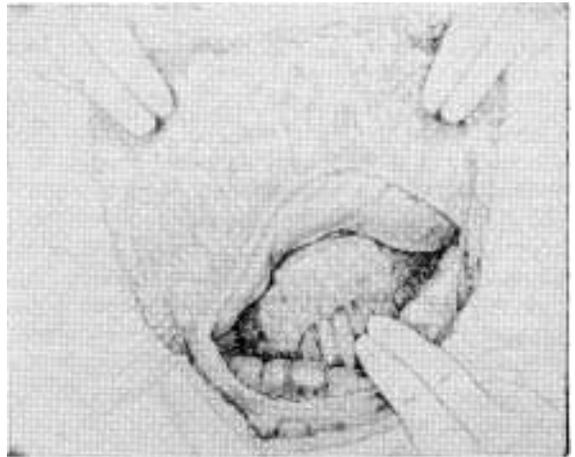


FIG. 3.— Vía de abordaje páncreas. Decolamiento coloepiploico (Obs. N^o 2).

Hecha la exploración, que puede complementarse si ello fuera necesario por un decolamiento retroduodenopancreático, el cirujano se puede enfrentar a alguna de estas situaciones anatómicas:

1) *Contusión simple, sin desgarros ni extravasaciones vasculares.* Aquí la conducta será conservadora, insistiendo en un correcto y enérgico tratamiento médico, al que no nos vamos a referir aquí.

2) *Contusión grave del páncreas con desgarró parcial.* En esta grave situación, tal como lo preconizan Clamagirand y col. (4), deberá hacerse: limpieza del foco contusivo, hemostasis cuidadosa y drenaje al exterior, pudiéndose agregar una epiploplastia sobre el foco contuso.

3) *Contusión grave con desgarró total de la glándula.* Frente a esta situación anatómica se plantean diversos procedimientos terapéuticos.

Doubilet (7) aconseja la esfinterotomía y el drenaje del conducto de Wirsung por medio de un catéter llevado al exterior a través del colédoco y el cístico. Canaliza además el sector distal del páncreas seccionado, de manera que el catéter actúa como un puente entre las dos secciones.

Hannon y Sprakfa (10), Kinnaird (11) y Puestow (16), preconizan la resección del segmento pancreático distal a la sección traumática.

Letton y Page (12) presentan dos casos en los que realizan la anastomosis del páncreas distal al yeyuno por medio de una Y de Roux con sutura y hemostasis

de la superficie traumática proximal, con identificación y ligadura por separado del conducto de Wirsung.

Se ha intentado también la simple aproximación de los extremos seccionados mediante sutura, con muy malos resultados.

Un último procedimiento sería la simple hemostasis y limpieza del foco con correcto drenaje al exterior como aconsejan Catell y Warren (3) y Clamagirand (4). Esta última eventualidad condena casi fatalmente a la constitución de una fístula pancreática que deberá ser solucionada en un segundo tiempo si es que ella no se resuelve espontáneamente.

La elección del procedimiento a utilizar va a depender de múltiples factores:

- 1) Del estado general y de la gravedad del paciente.
- 2) Del tiempo de evolución de la lesión pancreática.
- 3) De las lesiones asociadas.
- 4) De la topografía y grado de las lesiones pancreáticas.

Si la ruptura es de la cola, la resección es la conducta ideal; si ella asienta, como es habitual, a nivel del cuello, la limpieza del foco, hemostasis cuidadosa y amplio drenaje al exterior, constituye a nuestro criterio un procedimiento simple, rápido y seguro. En un traumatizado grave, shockado, puede ser una medida eficaz y salvadora dando lugar en un segundo tiempo, con un enfermo mejor preparado y operado en otras condiciones, a las derivaciones internas o resecciones o anastomosis si fuera necesario. No olvidamos la estupenda sentencia de Oschner repetida en infinidad de oportunidades por el Prof. Larghero: "...más vale curar a un enfermo en dos tiempos que matarlo en uno...".

En todos los casos, comprobada la lesión pancreática, deberá realizarse un tratamiento médico adecuado y enérgico, que no trataremos aquí, pues escapa a los límites del trabajo.

PRONOSTICO

Es siempre reservado y grave.

No se pueden establecer cifras claras en lo que se refiere a la mortalidad, por

cuanto ésta se ve afectada por las lesiones asociadas que son extremadamente frecuentes [95 % de los casos en la serie de 87 pacientes de Thompson y col. (17)].

Por otra parte, la gravedad está asociada con el tipo de lesión: en las heridas penetrantes, con lesión directa del páncreas y en particular en las heridas de escopeta, la gravedad es mayor que en los traumatismos cerrados abdominales y en éstos, los traumatismos consecuentes a accidentes automovilísticos, en los que el volante actúa como agente contundente, son los de mayor gravedad.

RESUMEN

Se analizan dos observaciones clínicas de contusión grave de páncreas.

Se valorizan los elementos clínicos y paraclínicos para precisar su diagnóstico.

Se enfocan las directivas terapéuticas general a seguir en el tratamiento de estos traumatismos.

RÉSUMÉ

Analyse de deux observations cliniques de contusion grave du pancréas.

Evaluation des éléments cliniques et paracliniques pour établir un diagnostic précis.

Considération des normes thérapeutiques générales à suivre dans le traitement de ces traumatismes.

SUMMARY

Two clinical observations of serious contusion of the pancreas are analyzed.

An evaluation is made of clinical and paraclinical elements which permit its diagnosis.

The general therapeutic indications to be followed in the treatment of these traumatismos, is considered.

BIBLIOGRAFIA

1. ALDIS, A. S. Injuries to the pancreas. *Brit. J. Surg.*, 33: 323, 1946.
2. BUDD, J. J., WALTER, K. E., HARRIS, M. L. and KNIGHT, W. A. Urine diastase in the evaluation of pancreatic disease. *Gastroenterology*, 36: 333, 1959.

3. CATTELL, R. B. y WARREN, K. W. *Cirugía del páncreas*. Méjico. Prensa Médica Mejjicana, 1956.
4. CLAMAGIRAND, F. *Traumatismes du pancreas*. Enciclopedia Medico-Chirurgicale. Ed. Masson, 1960.
5. CLEVELAND, H. C., REINSCHMIDT, J. S. y WADELL, W. R. La pancreatitis traumática, problema cada vez mayor. *Clinicas Quirúrgicas de Norte América*, 43: 401, 1963.
6. CULOTTA, R., HOWWARD, J. and JORDAN, G. Traumatic injuries of pancreas. *Surgery*, 40: 320, 1956.
7. DOUBILET, H. y MULHOLLAND, J. A. Tratamiento quirúrgico de la lesión del páncreas. *Anales de Cirugía* (ed. castellana), 6: 895, 1959.
8. EMERIC, E. Amilauria en la safecciones hepatobiliopancreáticas. Su valor diagnóstico. Estadística de 210 casos. *II Congreso Uruguayo de Cirugía*. Montevideo, 1953.
9. GILARDONI, F. y ABO, J. C. Lesiones duodeno-pancreáticas en los traumatismos cerrados de abdomen. *Bol. Soc. Cir. Uruguayo*, 32: 757, 1961.
10. HANNON, D. W. and SPRAFKA, J. Resection for traumatic pancreatitis. *Ann. Surg.*, 146: 136, 1957.
11. KINNAIRD, D. W. Pancreatic injuries due to non-penetrating abdominal trauma. *Am. J. Surg.*, 91: 552, 1956.
12. LETTON, A. H. y PAGE, J. Sección traumática del páncreas tratada mediante anastomosis en Y de Roux. *Surg. Gynec. Obst.*, 109: 473, 1959. (En *Cirugía Panamericana*, 4: 53, 1960.)
13. NARIO, C. Ruptura de la cola del páncreas por contusión abdominal. Esteatonecrosis. *An. Fac. Med. Montevideo*, 12: 693, 1927.
14. PERDOMO, R. Paracentesis diagnóstica en las complicaciones peritoneales del politraumatizado grave. *17º Congreso Uruguayo de Cirugía*, Montevideo, 2: 202, 1966.
15. POPPER, H. L. and NECHELS, H. Pancreatic injuries. *Surg. Gynec. Obst.*, 93: 621, 1951.
16. PUESTOW, Ch. B. *Cirugía biliar, pancreática y esplénica. Manual de cirugía operatoria*. Ed. Interamericana, Méjico, pág. 251, 1955.
17. THOMPSON, R. J. and HINSHAW, D. B. Pancreatic trauma. Review of 87 cases. *Ann. Surg.*, 163: 153, 1966.
18. WARREN, K. W. *Dolor pancreático agudo y crónico. Práctica quirúrgica de la Clínica Lahey*. Ed. Bernadés, Buenos Aires, pág. 612, 1954.

DISCUSION

Dr. García Capurro: Quiero felicitar a los autores por la presentación clara y concisa del tema, e insistir un poco en cuanto a la parte del tratamiento. Yo repito siempre que en la cirugía del páncreas tiene que tenerse una idea directriz muy sencilla. Se puede decir en una sola frase: "con el páncreas se puede hacer cualquier cosa menos dejar un canal abierto". Esa idea hay que tenerla presente y no quiere decir que se pueda cumplir siempre un procedimiento en el cual se pueda garantizar que no hay un derramamiento de jugo pancreático. Pero me parece oportuna esa idea y el tratar de aplicarla en los casos

en que se pueda. En el páncreas se puede sacar la cola, se puede ligar el medio de los dos lados, se puede sacar la cabeza, no hay ninguna cosa que no se pueda hacer con el páncreas; lo único que no se puede hacer o hay que tratar de que no suceda, es que queden canales abiertos. En realidad, de la exposición que ha hecho se derivaban las mismas conclusiones; yo, lo único que hago es decirlo en una sola frase que resulta a veces más efectivo el tenerlo presente en una sola idea: "a ver cómo me puedo arreglar para que aquí no quede ningún canal abierto".

Dr. Priario: Estamos completamente de acuerdo con los comunicantes, de que las contusiones del páncreas son tremendamente graves y son tan graves porque llevan indudablemente a la fistula pancreática o al pseudoquistes pancreático. La fistula pancreática, una vez producida, crea una situación de tal gravedad que el índice de mortalidad es tremendamente elevado, no sólo por las pérdidas hidroelectrolíticas, sino porque la fistula pancreática realiza una digestión de los tejidos y fistulas superiores de estómago, colon, etc. Lo mismo sucede en los casos de pseudoquistes pancreáticos. Teniendo en cuenta la tremenda gravedad de estas situaciones de contusiones, creo que el cirujano en el momento que aborda la contusión pancreática, tiene que tratar de realizar, si es posible en una intervención, algo que pretenda el cirujano poner al paciente a cubierto de una posibilidad de fistula pancreático. Creo que en una situación como la que el Dr. Ituño acaba de mostrar, un desgarramiento de la unión de la cabeza con el cuerpo del páncreas, la mejor solución es la pancreatometomía de cuerpo y cola. Creo que es la única forma que nosotros podemos pretender, sin asegurarlo, ponernos a cubierto de la fistula pancreática, porque como muy bien lo expresó el Dr. G. Capurro en una frase muy feliz, si queda un canalículo abierto, se produce la fistula pancreática o el pseudoquistes pancreático.

Dr. Mérola: Bueno, yo lamento no haber podido juntar para hoy la documentación correspondiente a un caso de contusión de traumatismo cerrado de páncreas que creemos que sea único, excepcional, incluso no hemos encontrado referencia similar en la literatura, porque ese traumatismo de páncreas que mantuvo íntegro el peritoneo parietal posterior, que provocó un tremendo hematoma en la zona cefálica, pancreática, fue causa de una obstrucción duodenal que se mantuvo por cuatro o cinco días. Se trataba de una niña que hizo a las veinticuatro horas de una contusión de abdomen, una anemia aguda. Tenía un desgarramiento de epiplón mayor en su inserción en el antro gástrico y operada de un hemoperitoneo enorme, en pleno shock, en plena anemia aguda, con 180 de pulso, con muy mal estado general, se comprobó ese hematoma de la cabeza pancreática. El hematoma difundía fundamentalmente al pedículo hepático, difundía también al eje del mesenterio, a lo largo de los vasos mesentéricos y hacía un casquete

en forma de gorro sobre el ángulo duodeno-yeyunal. Tenso, rojo, a enorme tensión. Esa enferma, previmos que iba a hacer una obstrucción duodenal. La seguimos unos días con medidas médicas. Lo interesante es que no hemos encontrado en la literatura un caso de obstrucción duodenal por hematoma cefálico pancreático. Evolucionó con sus unidades pancreáticas altas, se controló con medidas médicas, intubación gástrica, etc. El día que íbamos a decidir reintervenir para resolver el problema de su obstrucción duodenal, el hapa-que usado otra vez en una obstrucción alta, mostró su pasaje, lo cual nos solucionó el problema en el momento que estábamos decididos a reintervenir a la enferma. Estamos siguiendo su evolución, quedó con un problema, esa enferma de funcionalidad duodenal, a nivel de su ángulo duodeno-yeyunal que ha sido estudiado reiteradamente por el Dr. Bazzano, radiólogo de niños y, en el momento actual, prácticamente se puede dar por curada. Hace seis meses más o menos del traumatismo. Felicito a los comunicantes porque evidentemente se trata de situaciones muy excepcionales, muy raras y en las que la literatura es bastante pobre en cuanto a conducta y actitud a tomar frente a estos casos.

Dr. Praderi: Yo quería aportar otro caso bastante similar al que presentaron los comunicantes. Era una niña de doce años que, al caer de un pino, se cruza en la caída con una rama que le produce, por contusión de abdomen, una sección total del páncreas, a nivel de la columna, con conservación del peritoneo parietal, un gran hematoma. No había hemoperitoneo. La abordamos de urgencia y realizamos como primer intento una anastomosis terminoterminal del Wirsung que se reconocía bastante bien y un cierre de la brecha con aproximación serosa. Pero al mismo tiempo, dejamos un catéter de polietileno, sacado por contraabertura fuera del mechaje de la cavidad. A los cuatro días se instaló una fístula pancreática, con control de laboratorio positivo, jugo pancreático puro. Entonces reintervinimos a esa enferma y le practicamos la pancreatocotomía corporocaudal. Esa enferma evolucionó perfectamente, no hizo en ningún momento pancreatitis, no hizo ninguna complicación peritoneal y no tuvo tampoco en el postoperatorio con estudios y bien controlada, ningún grado de insuficiencia pancreática ni digestiva. Nada más.

Dr. Perdomo: El Dr. Ituño, a quien felicito por su trabajo, ha señalado que uno de los problemas más fundamentales, en el que él se ha detenido especialmente, es el problema del diagnóstico en esta materia tan difícil. Nosotros no tenemos en particular experiencia sobre este asunto, pero creemos que la situación un poco repite lo que sucede con las pancreatitis agudas en ciertos casos. Uno de los casos del Dr. Ituño tenía una reacción peritoneal, tenía un exudado peritoneal. Esa es una situación frecuente, que en pancreatitis aguda se considera que el exudado peritoneal está en una proporción aproximada del 33 %

de los casos. Y, evidentemente, en materia de traumatismo de páncreas, la situación debe ser algo similar. De modo que cuando en este tipo de situación existe una reacción peritoneal, él señaló la posibilidad de usar la punción abdominal a los efectos diagnósticos. Dijo que en ese sentido se podrían encontrar en el exudado peritoneal, por lo menos yo quedé con esa impresión, las amilasas elevadas. Yo quiero decir que no es eso sólo lo que puede dar la punción abdominal. La punción abdominal inclusive sirve para extraer una pequeña cantidad, es posible que no se pueda pedir un estudio de la amilasa en el exudado peritoneal, cosa que es muy frecuente. Pero nosotros hemos observado que el exudado de una pancreatitis, como sería el exudado que el Dr. Ituño encontró y me gustaría saber sus características, se puede encontrar en él al extenderlo sobre una lámina, una cosa que luego en el microscopio se reproduce perfectamente y es la presencia de una multitud infinita de pequeñas gotitas de grasa. Eso mirado al microscopio, prácticamente hace el diagnóstico. Nosotros no lo hemos visto en otra circunstancia, ni creemos que exista una situación en contusión abdominal que sea capaz de reproducir un aspecto similar. No hemos tenido gran experiencia sobre la materia como para decir que en todos los casos tiene que ser así, pero evidentemente, nos parece que es una situación. La presencia de una cantidad muy grande de gotitas de grasa. Evidentemente es un exudado muy particular porque si no es hemorrágico o si no es un exudado que contenga bilis, prácticamente uno puede pensar al observarlo simplemente y con esas características. es un elemento que a nosotros nos parece que puede tener importancia, que puede estar a favor de la participación pancreática. Creemos que en esta situación es sumamente importante porque seguramente el cirujano se desconcierta con los hallazgos abdominales, como parece surgir un poco de las historias que el Dr. Ituño nos ha relatado. Y luego la situación dentro del abdomen es un poco difícil de solucionar, si uno no la ha tenido prevista y es posible que el cirujano que hace el diagnóstico y cuenta con ese recurso, que creemos que es un recurso que no debe ser ignorado y le permite avanzar en la idea de que puede participar el páncreas en el problema que él tiene. eso ya es una batalla ganada a los efectos de resolver el problema.

Dr. Suiffet: Simplemente queríamos hacer notar algunas cosas que son de interés en este problema. En el Congreso de Cirugía que se realizará en diciembre de este año, por idea de su presidente el Dr. Rafael García Capurro, se van a realizar una serie de Mesas Redondas en las cuales se tratarán los problemas inherentes al traumatizado grave. En el aspecto de traumatismo de abdomen, nos ha correspondido el honor de tener que presentar el relato correspondiente y por ende hemos tratado de revisar la bibliografía nacional y extranjera de todos estos problemas. Este es un problema extraordinariamente interesante, pero concretándonos a los casos presentados,

yo creo que vale la pena insistir en un primer aspecto: en la segunda observación, el traumatismo es un traumatismo posterior. Los traumatismos de abdomen deben ser considerados con sus sectores limítrofes. Creemos que es un error pensar que un paciente traumatizado puede tener una contusión de abdomen aislada. En el momento actual, dada la gravedad del problema por todas las razones perfectamente conocidas muy frecuentemente, las lesiones son toracoabdominales o raquiabdominales o pelviabdominales y eso hace que no se desvíe la atención de que cuando existe traumatismo de los sectores esqueléticos vecinos, deba pensarse en la posibilidad de una lesión abdominal. Y éste es un caso que demuestra exactamente eso, la paciente recibió un traumatismo y que apareció la imagen radiológica de la fractura cuando se estudió recién la complicación de lo que pareció en un primer momento una pancreatitis postraumática. De manera que ese es un hecho muy importante, que aunque el traumatismo no asiente en el sector de la pared anterolateral del abdomen pueden producirse lesiones serias, tanto en el páncreas como en otros sectores. No sólo en los órganos que están en contacto directo con la columna porque el traumatismo pancreático puede producirse directamente por la propia fractura o puede por la acción de la contusión indirecta de todos los órganos contenidos dentro de la cavidad peritoneal.

El segundo aspecto, que lo mencionó el doctor Ituño, en lo que respecta al diagnóstico clínico, es perfectamente conocido. El problema es estar alerta y saber que pueden existir lesiones que se expresan clínicamente en una forma muy velada. El valor del laboratorio y de los medios de exploración, creemos que los que tienen fundamentalmente más valor es el estudio radiológico, el estudio de laboratorio y la punción abdominal. El Prof. Chifflet (que es el coordinador de esas Mesas Redondas) ha solicitado a distintos asociados que presenten sus comunicaciones ya a la Sociedad de Cirugía, y el Dr. Perdomo (a nuestra insistencia) ha anotado un trabajo que se refiere precisamente a los resultados obtenidos por la punción abdominal en el traumatismo de abdomen. Es uno de los medios auxiliares de diagnóstico y creemos que es muy útil unirlos desde luego, a todos los demás. De manera que saber si un enfermo tiene un traumatismo pancreático es muy difícil por la clínica y solamente puede darla la exploración operatoria. Pero lo interesante, a mi modo de ver, son las lesiones asociadas que puede hacer desviar la orientación táctica en la exploración abdominal. En primer lugar, el cirujano puede encontrarse un abdomen completamente indemne de toda manifestación clara en la exploración corriente, y el enfermo tener incluso una sección pancreática total. El hecho de saber que el páncreas puede ser el único órgano lesionado, además hace que se deba explorar sistemáticamente la región pancreática, porque en la literatura hay mucha constancia de observaciones, pacientes operados donde no se hizo el diagnóstico de la lesión pancreática. Pero también puede desviarse la orientación en el otro

sentido que al encontrarse una lesión que justifique la sintomatología abdominal, no se explore debidamente el páncreas. Desde luego, al hablar de páncreas uno debe hablar de las lesiones duodenopancreáticas y desde el punto de vista práctico puede ser muy similar en sus aspectos de diagnóstico clínico y operatorio. Eso hace que la exploración operatoria debe ser exhaustiva y cuidadosa. Tratar de no producir en la exploración operatoria hematomas o infiltraciones que después pueden hacer difícil el diagnóstico de la lesión pancreática.

Respecto a la terapéutica quirúrgica, estamos completamente de acuerdo con las personas que se han expresado respecto de la conducta resecionista en aquellas lesiones donde el páncreas ha sufrido un traumatismo con sección total o casi total a nivel de su unión cefalocaudal que es la zona donde más frecuentemente, por razones anatómicas y razones dinámicas, se produce la lesión. El pretender restablecer la continuidad de la canalización es muy difícil y en ese sentido lo ha probado la observación que ha hecho el Dr. Praderi, donde con toda delicadeza hizo la anastomosis, pero después se vio obligado a la exéresis. Aun cuando sean pacientes graves, la solución debe ser la resección y luego el tratamiento médico para poner al enfermo en el mayor quietamiento de la punción pancreática, para que no se produzca la pancreatitis postraumática. El problema más grave son las lesiones cefálicas y allí hay que manejarse con otra orientación; en esa situación no hay más remedio, a pesar de que en la literatura constan algunas observaciones de duodenopancreatectomía cefálica por traumatismo; desde luego que deben ser casos muy seleccionados, y al resolverse por esa táctica en un momento muy grave, es una cosa que se debe meditar. No estamos de acuerdo que, sistemáticamente, se produzca la fistula pancreática con una gravedad inusitada. La fistula (y este caso que se presenta lo muestra) puede mejorar y curar espontáneamente en la evolución. Desde luego, que casos sumamente graves que pueden exigir una terapéutica de restablecimiento de la continuidad entre el páncreas fistulizado y la canalización digestiva.

Dr. Ituño: Yo agradezco mucho las palabras de las personas que han hablado y voy a tratar de contestar al Dr. Perdomo, que me ha preguntado algo en lo que se refiere al exudado que se encontró en las dos observaciones. En la primera que intervino el Dr. Cazabán, se trataba prácticamente de un líquido hemorrágico. En la segunda, en que nos tocó operar a nosotros, se trataba de un líquido seroso. En la observación primera, que operó el doctor Cazabán, si se hubiera realizado la punción abdominal (creemos nosotros) seguramente se hubiera llegado al diagnóstico de pancreatitis, porque en el exudado peritoneal del líquido que se trajo del Douglas tenía 8.092 unidades pancreáticas. Nosotros, personalmente, tenemos una experiencia nula en esto; en lo que se refiere a la punción abdominal, lo confesamos, no la hemos realizado nunca, pero creemos que en

muchísimas situaciones, en lo que se refiere a los traumatismos pancreáticos, puede ser un elemento de mucha utilidad. Con respecto a lo que ha comentado el Prof. Suiffet, en lo que se refiere al diagnóstico, los problemas evidentemente son complejos y nosotros estamos absolutamente seguros después de mirar un poco todo esto de que, prácticamente el diagnóstico de pancreatitis secundaria a un traumatismo de abdomen, cualquiera sea su entidad, cualquiera sea su localización, se hace en muchísimos casos si se piensa realmente en ella. En la observación segunda que

presentamos fue una enferma que ingresó al Servicio en el cual actuamos en el Hospital Pasteur y fue vista por todos nosotros y confieso que ninguno pensó en la posibilidad de que esa enferma fuera portadora de una pancreatitis de origen traumático. Nosotros nos orientamos a la posibilidad de una pancreatitis de origen biliar, digamos. Es mérito del Dr. Bosch, y estoy seguro que el Dr. Bosch planteó esa posibilidad porque pensó en ella porque la conocía. Quiero agradecer las palabras de elogio que han tenido ustedes y los comentarios que ha merecido este trabajo.