

CIRUGIA DE URGENCIA

Lesiones traumáticas del páncreas

Análisis de 17 casos

Dr. DANIEL CASSINELLI *

INTRODUCCION Y LIMITACION DEL TEMA

Desde la primera comunicación sobre un traumatismo de páncreas, hecho por Travers en 1827 (76), pasando por la comunicación de Kleberg en 1868 (57), hasta las diversas publicaciones que existen en la literatura (5, 6, 13, 25, 29, 32, 33, 34, 36, 39, 43, 44, 58, 64, 75), se ven grandes variaciones en los métodos de diagnóstico, la terapéutica y el pronóstico de estos traumatismos. Pero todos los autores coinciden en la gravedad, importancia y dificultad en su diagnóstico y tratamiento.

Sin ninguna duda, han aumentado en frecuencia con el correr de los últimos años, lo que se debe a varios factores:

- 1 — Aumento de traumatismos violentos del abdomen, especialmente en accidentes de tránsito.
- 2 — Mayor precisión diagnóstica en los politraumatizados.
- 3 — La búsqueda de estas lesiones en todo trauma abdominal.
- 4 — Mayor porcentaje de intervenciones quirúrgicas precoces en los traumas cerrados del abdomen.

En la literatura nacional, hemos encontrado escasas publicaciones referentes a este tema, y dada la importancia, gravedad y el aumento de su frecuencia, creimos interesante referirnos a los mismos.

Dentro de los traumatismos pancreáticos, debemos reconocer:

- 1 Traumatismos cerrados o contusiones.
- 2 Traumatismos abiertos o heridas.
- 3 Lesiones operatorias.

Nos vamos a circunscribir a los dos primeros, por su importancia en cirugía de urgencia. El tercer tipo plantea una serie de problemas bastante alejados de los otros.

Hemos analizado 17 casos extraídos de la estadística del Hospital de Clínicas. Estos se vieron en un total de 1.150 traumatismos abdominales, lo que muestra un porcentaje del 15 %.

La serie es corta, pero bastante representativa, compará dola con otras publicaciones (6, 22, 25, 28, 32, 35, 36, 58, 64, 66, 75).

ETIOPATOGENIA

Desde el punto de vista etiológico, debemos distinguir los traumatismos abiertos de los cerrados.

- 1 — Abiertos: dos agentes traumáticos más frecuentes:
 - Proyectiles de armas de fuego.
 - Agentes punzocortantes.

De los dos, las más frecuentes son las heridas de armas de fuego (33, 58, 66, 71).

En la serie por nosotros revisada, hubo diez heridas pancreáticas. De éstas, 8 heridas de bala, y dos por arma blanca.

Las heridas de bala, son de mayor gravedad, debido al:

- Trayecto no rectilíneo.
- Multiplicidad de lesiones asociadas.
- Cuerpos extraños.
- Fuerza expansiva que produce lesiones más importantes.

- 2 — Cerrados.

En su gran mayoría por traumatismos violentos sobre la parte supramesocólica del abdomen. Muy frecuentemente por accidentes de tránsito.

De los 7 traumatismos cerrados de la serie del Hospital de Clínicas, 5 fueron por accidente de tránsito, 2 por caídas de varios metros.

Con respecto a la etiología general, debemos decir que:

- a) Sexo: Se presentan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. En nuestra serie, 12 eran del sexo masculino, y 5 femenino.
- b) Edad. Mayor incidencia entre 15 y 50 años.

c) Frecuencia: ha aumentado en los últimos años. Según distintas estadísticas, del 1 al 2 % de los traumatismos abdominales, presentan lesión pancreática. Este porcentaje aumenta al 4 % si nos referimos solamente a las heridas abdominales.

En la patogenia de estas lesiones, hay que considerar diversos factores que influyen especialmente en las lesiones por traumatismo cerrado, pero también deben ser considerados en las heridas.

1. — La situación profunda del páncreas, apoyado contra la columna, protegido por el reborde costal, y cubierto por el estómago, colon y lóbulo izquierdo del hígado. Esta situación, hace que muchas veces no sea alcanzado por los traumatismos.

2. — La fijeza de todo el órgano, excepto su cola. Esta inmovilidad no le permite escapar a la fuerza traumática.

* Asistente de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica 2 y del Dpto. de Emergencia. Hosp. Clínicas.

Presentado el 26 de septiembre de 1973.

3. — La friabilidad del parénquima pancreático, muy desgarrable.

4. — Las importantes relaciones vasculares del páncreas: aorta, cava, porta, mesentérica superior y esplénica.

5. — Rica vascularización, como toda glándula endócrina. Estos dos puntos explican las importantes y graves hemorragias que se producen en estos traumatismos.

6. — Muy rica inervación, órgano muy reflexógeno.

7. — Órgano secretante, con enzimas proteolíticas, y una vía canalicular.

Estos distintos factores explican las características particulares de las lesiones, las consecuencias de las mismas, y la urgencia con que debe ser encarado el tratamiento en algunas oportunidades (hemorragia).

Las lesiones pancreáticas en el curso de los traumatismos cerrados del abdomen, se pueden producir por mecanismos directos o indirectos.

a) En el mecanismo directo (Fig. 1), el páncreas, que no se puede movilizar, queda aprisionado entre el agente agresor y la columna. Pueden producirse de esta manera, desde un simple hematoma subcapsular, hasta la sección completa a nivel del cuello.

b) Los mecanismos indirectos, actúan de distinta manera.

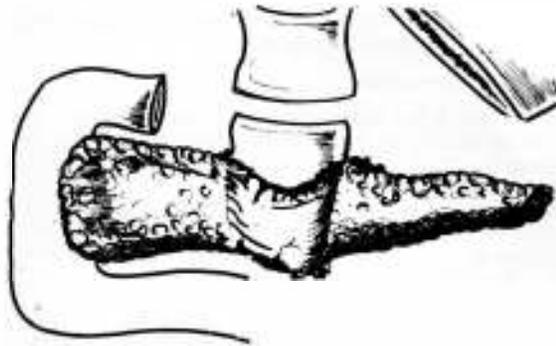


FIG. 1.—Traumatismo por mecanismo directo.



FIG. 2.—Traumatismo por mecanismo indirecto. Por flexión forzada del tronco.

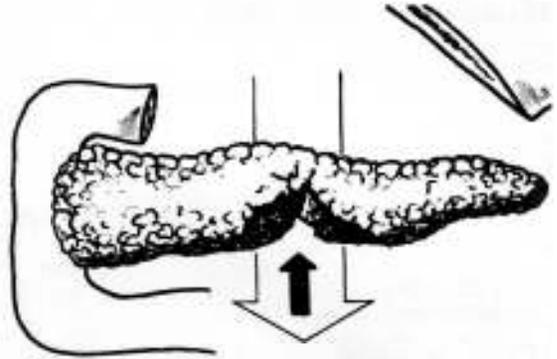


FIG. 3.—Traumatismo por mecanismo indirecto. Por contragolpe.

- 1) Sea por flexión forzada del tronco (Fig. 2).
- 2) Por contragolpe, aceleración o desaceleración brusca (Fig. 3).

Lo analizado, le confiere a los traumatismos pancreáticos, características individuales, entre las que destacamos:

a) Por la rica vascularización, y la íntima relación con grandes troncos vasculares, se produce en primer término, una hemorragia. Esta puede ser mínima, constituyendo un hematoma subcapsular, pero en general es una grave hemorragia que puede poner en peligro la vida y obliga a tratamiento urgente.

b) Por efecto del traumatismo, se observa una sideración secretora del parénquima, con disminución y a veces anulación de la secreción exócrina y endócrina (35). Por efectos de este hecho, se produce una discreta hiperglicemia en los primeros momentos del traumatismo. Pero de mayor importancia es el hecho de que por esta inhibición secretoria, no se producen de inmediato los distintos síntomas y signos que aparecerán más tarde por efectos de la activación enzimática (35). Asimismo, la amilasemia se eleva luego de las primeras 24 a 48 horas.

c) Dentro de las lesiones pancreáticas, hay que hacer un distinguo fundamental:

- A) Sin lesión de los gruesos conductos.
- B) Con lesión de estos conductos.

El segundo caso, crea una serie de factores, que agravan y complican la evolución de estos traumatismos. La evolución hacia los seudquistes y fístulas, se ve solamente cuando hay efracción de la vía canalicular pancreática.

d) Una de las consecuencias de la situación profunda del páncreas y de sus relaciones anatómicas, es la asociación lesional que se ve con enorme frecuencia en los traumatismos.

En la gran mayoría de los casos, el páncreas no se lesiona aisladamente, especialmente en las heridas. En los traumatismos cerrados, en el 30 % de los casos, el páncreas es el único lesionado.

La frecuencia con que se lesionan otros órganos, según Baker (5), es la siguiente:

Sobre 59 heridas pancreáticas, estaban lesionados además: estómago, 24 veces, hígado 22, delgado 14, bazo 10, colon 9, duodeno 8. Llama la atención, la baja incidencia de lesiones duodenales, a pesar de su íntima relación con el páncreas.

En la serie actual, se presentaron las siguientes lesiones asociadas:

Sobre 7 traumatismos cerrados de páncreas, estaban lesionados además: hígado 3 veces (2 lob. izquierdo, 1 lob. derecho) bazo 2 veces, pedículo esplénico 1, lesiones extraabdominales 1. Páncreas aislado 2 veces.

En 10 heridas pancreáticas:

Hígado 7, estómago 4, duodeno 1, cava 1, colon transverso 1, yeyuno 1, vena mesentérica superior 1, bazo 1.

En ningún caso de heridas, el páncreas era el único lesionado. Esta multiplicidad de lesiones asociadas, agrava en forma marcada el pronóstico y dificulta el tratamiento. En muchos casos rige la evolución del paciente, y obliga a una minuciosa exploración para no pasar por alto ninguna lesión.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las heridas pancreáticas, pueden ser de múltiples tipos. Destacaremos solamente el estado glandular, que se ven en las heridas por armas de fuego.

Dentro de los cerrados, Hervé (35) distingue 4 tipos lesionales:

a) Contusión simple: equimosis, hematomas, sin mayor lesión parenquimatosa. Es la llamada pancreatitis traumática.

b) Desgarro: En la gran mayoría verticales a nivel del cuello, pero pueden asentar en cualquier sector. Con o sin lesión canalicular.

c) Ruptura: Es la sección completa, generalmente a nivel del cuello. Puede ser total o parcial. En general, el Wirsung, también se rompe, pero puede quedar indemne, tendido en puente entre las dos porciones.

d) Estallido: Gran traumatismo, destrucción parenquimatosa, hemorragia. En general mortal.

En nuestra serie tenemos: Contusión pancreática, 4. Desgarro de páncreas, 3. Rotura en el cuello, 3. Herida de cuerpo, 4. Herida de cuello, 1. Herida de cabeza, 2.

CLINICA

Varios factores: a) Situación profunda del páncreas. b) Parálisis secretoria postraumática. c) Grandes traumatismos, que llevan a d) numerosas lesiones asociadas, hacen que la sintomatología clínica de origen pancreático no sea siempre detectable. Raramente se hace el diagnóstico preoperatorio; pero existen algunos elementos que merecen ser destacados.

1. — En las heridas abdominales, pierde valor la disquisición diagnóstica, ya que como toda herida penetrante, impone una laparotomía. En esta debe explorarse cuidadosamente todo el abdomen, para no pasar por alto una lesión pancreática (5, 31, 32, 46).

2. — En los traumatismos cerrados, podemos distinguir tres tipos de pacientes:

a) Traumatismos abdominales de mayor o menor intensidad, sin sintomatología importante, y cuya lesión pancreática, se manifiesta tiempo después, por la aparición de una complicación, pseudoquistes en general.

b) Politraumatizado grave, con clara sintomatología de lesión intraabdominal, que requiere una laparotomía urgente.

c) Los casos intermedios, son aquellos en que más hay que extremar el diagnóstico, para no pasar por alto una lesión pancreática. Qué signos o síntomas nos pueden hacer llegar a la presunción lesional, como para indicar la laparotomía.

1. — Shock. Un estado de Shock, que no retrocede luego de un correcto tratamiento de reanimación, y en ausencia de anemia aguda, puede tener origen en un traumatismo pancreático, y producirse por los mismos mecanismos que en las pancreatitis.

2. — Signos y síntomas de una irritación peritoneal. Pueden corresponder a una lesión de viscera hueca, pero en este caso, son más evidentes. Cuando corresponden a una lesión pancreática, son atenuados, limitados al hemiventre superior, y no llevan el diagnóstico de peritonitis aguda.

3. — Dolor. Puede aparecer en las localizaciones típicas de origen pancreático, pero en general es difuso.

4. — Cierta grado de íleo.

La prolongación o exageración de uno o más de estos síntomas, en el correr de las horas, o la aparición de algunos de ellos, deben hacernos sospechar una lesión intraabdominal, y en especial pancreática.

Como vemos, el diagnóstico es muy difícil, y raramente se hace en forma preoperatoria.

En la serie del Hospital de Clínicas, de los 7 traumatismos cerrados, 5 se intervinieron por anemia aguda, y dos por cuadros peritoneales, 24 y 48 horas luego del traumatismo. En ninguno de los casos, con diagnóstico de lesión pancreática.

Para ayudarnos en este diagnóstico preoperatorio, disponemos de algunos exámenes paraclinicos:

1. — Amilasa. En la gran mayoría de los casos, luego de las primeras 36-48 horas, se produce un aumento, en la amilasemia. Este dato mantenido, debe hacer sospechar la lesión pancreática, e indicar la laparotomía (42). Otros autores, han preconizado la paracentesis diagnóstica, simple o con lavado peritoneal, y dosificación de amilasa en el líquido de lavado (33).

2. — Estudio radiológico. En la radioscopia, algunos autores le dan importancia fundamental al ascenso y paresia del hemidiafragma izquierdo. En la R.X. simple, buscaremos signos clínicos de origen pancreático, como el borramiento del psoas, o un íleo regional.

3. — Glicemia. Algunas publicaciones, destacan una hiperglicemia cuando hay un traumatismo pancreático, pero la mayoría de los autores no le dan mayor valor.

4. — Calcio sérico. Por el mismo mecanismo que en las pancreatitis, se puede producir un descenso del calcio sérico. Hay autores (64) que indican la laparotomía, por este simple hecho.

TRATAMIENTO

Tres puntos fundamentales debemos distinguir en este capítulo:

- a) Tratamiento preoperatorio.
- b) Tratamiento quirúrgico.
- c) Tratamiento postoperatorio.

a) En el preoperatorio, debe efectuarse el correcto tratamiento de reanimación cardiorespiratorio de todo politraumatizado, y en el cual no entraremos.

Únicamente diremos que si hay sospechas de lesión pancreática, debe iniciarse ya la terapéutica anitenzimática (42, 68).

b) Tratamiento quirúrgico. Se nos presentan dos situaciones muy distintas.

En la primera, politraumatizado grave, no compensado, o precariamente compensado. En estos casos, la laparotomía de urgencia, está dirigida a cohibir la hemorragia, y recién luego de efectuada la hemostasis, deberá hacerse una correcta exploración de toda la cavidad peritoneal, y efectuar un balance lesional, sin pasar por alto ninguna lesión.

En la segunda situación, el paciente no urge, se va con diagnóstico presuntivo de tipo de lesión, y la intervención pasa de urgente, a ser de elección.

Sea en uno u otro caso, hay distintos procedimientos quirúrgicos, que serán utilizados, según el tipo de enfermo y de lesión, y la urgencia que demande el caso.

En todos los casos, la vía de abordaje para el páncreas, es la incisión mediana supraumbilical, o suprainfraumbilical.

Queremos hacer hincapié en la exposición de la zona pancreática, para una correcta exploración y tratamiento. Esto se conseguirá abriendo la trascavidad de los epiplones, sea a través del epiplón gastrocólico, sea por un decolamiento intercoloepiploico.

En uno de los casos, utilizamos como vía de abordaje, el pequeño epiplón, por encima de la curvatura gástrica, porque por allí nos llevaba la herida (40). Sumado a estas maniobras, puede ser necesario efectuar un decolamiento retroduodenopancreático, y el descenso del ángulo hepático del colon, para descubrir

Previamente a entrar en los distintos procedimientos quirúrgicos, debemos decir que lo primero a tratar siempre es la hemorragia, recién luego de cohibida esta, podrá pensarse en algún procedimiento quirúrgico para tratar la lesión pancreática.

En el siguiente cuadro, se esquematiza los diversos métodos quirúrgicos que se han empleado y se emplean en el tratamiento de estas lesiones.

2ª y 3ª porción del duodeno y el páncreas próximo.

A medida que han pasado los años, se ha preconizado una terapéutica más activa sobre el páncreas lesionado, aunque no hay que olvidar que ya Walton (70) en 1923, preconizaba la pancreatometomía distal para algunas lesiones.

Antes de entrar en los distintos métodos, digamos que es obligatoria la colocación de un drenaje, aspirativo o no en la logia pancreática, sea cual sea el procedimiento. Este drenaje, canalizará al exterior, los jugos pancreáticos y permitirá, si fuera necesario, una terapéutica antienzimática local, intraperitoneal.

Los procedimientos quirúrgicos a emplear para tratar las lesiones pancreáticas son:

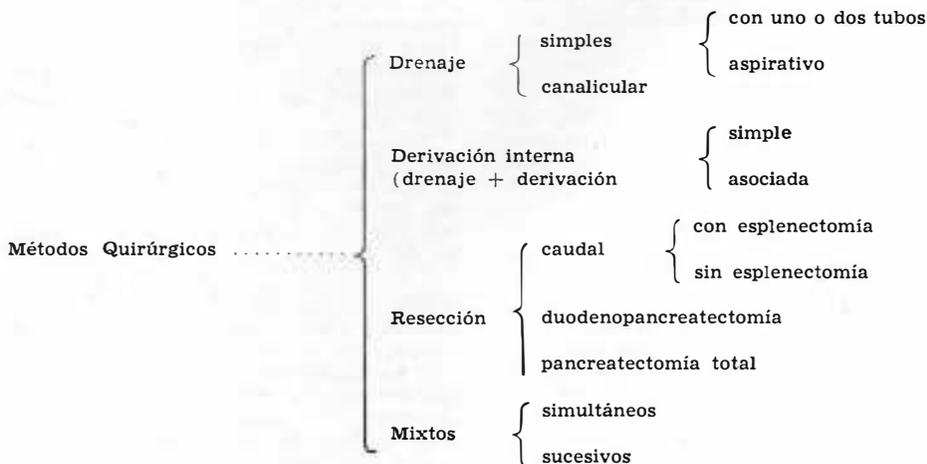
- A) Drenaje simple de la logia pancreática.
- B) Taponamiento con drenaje.
- C) Sutura de ambos cabos, sutura de la lesión. Sutura canalicular.
- D) Resecciones distales. Duodenopancreatometomías.
- E) Anastomosis pancreaticodigestivas.

A) Drenaje simple de la logia pancreática.

La simple colocación de un drenaje que puede o no ser aspirativo, puede en muchos casos, solucionar el problema. No actúa sobre la lesión pancreática.

Como ventajas, es rápido y simple de efectuar, y poco agresivo. Las desventajas principales son: deja la lesión pancreática sin tratar, y la colocación de un drenaje favorece la aparición de la fistula pancreática.

Este procedimiento podrá utilizarse en pequeñas lesiones, sin efracción canalicular, o en lesiones más graves, en pacientes que no toleren, por su situación general, otro tipo de pro-



cedimientos. En algunos casos, puede utilizarse como primer tiempo operatorio, para otra técnica.

B) Taponamiento con drenaje.

En este caso, la lesión pancreática sangra, y debe hacerse hemostasis, lo que se consigue por el mechado.

Las desventajas son aún mayores, ya que la mecha actúa como cuerpo extraño, y predispone aún más a la fistulización.

Debe emplearse como procedimiento de urgencia y no de elección. Se puede emplear también como primer tiempo operatorio, cuando enfermo o equipo no permiten el tratamiento integral de la lesión.

C) Suturas.

a) Sutura de ambos cabos. Se usó mucho en los comienzos de la cirugía por traumatismos pancreáticos (13, 35, 38). Sutura con puntos en U profundos de hilos irreabsorbibles en ambos cabos de sección. Estos hacen además la hemostasis. Cuando se individualiza el Wirsung debe ligarse por separado.

Es un mal procedimiento. La presión de secreción de la extremidad distal del páncreas seccionado, lleva indefectiblemente a la instalación de una fístula pancreática.

Debe usarse solo en caso de necesidad.

b) Sutura simple de la lesión, acompañado de drenajes.

Se usa cuando no hay lesión canalicular importante. Algunos autores le asocian un drenaje biliar.

Ventajas: es rápido y de fácil realización. Da buenos resultados si se utiliza en casos indicados. Hace la hemostasis de la herida.

c) Sutura canalicular y parenquimatosa.

Sería el procedimiento más fisiológico y anatómico ya que pretende una reconstrucción completa (46, 50, 54, 75). La sutura canalicular deberá hacerse con hilo irreabsorbible. Puede realizarse aislado, sin tutor, lo que lleva a resultados inciertos, o sobre un tubo tutor, que puede quedar perdido, o salir al exterior, sea transduodenal a la Witzel, o a través del cístico como lo describieron Mulholland y Doubilet (20, 21).

El tubo tutor calibrará la anastomosis, drenará el sector distal pancreático, evitando cualquier hipertensión intracanalicular, que pondría en peligro la sutura.

Tiene como ventajas, la restitución completa de las estructuras.

Las desventajas son:

- Tiempo de ejecución.
- Posibilidad de fistulas.

Podrá ser usado en los siguientes casos: Heridas netas, sin o con poca pérdida de sustancia, pacientes con buena situación general.

Cuando se intente este procedimiento, debe existir la seguridad de una indemnidad de la vía pancreática proximal a la sutura. Varios

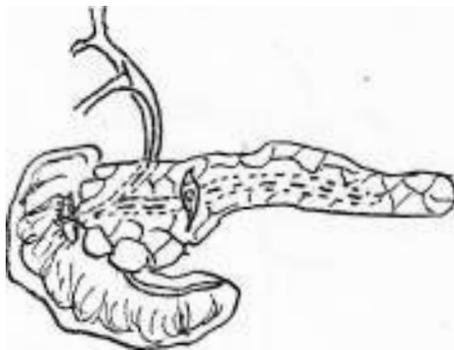


FIG. 4.— Procedimiento de Mulholland y Doubilet.

autores han preconizado diversos métodos de drenaje canalicular, desde un tubo a una esfinterotomía (1, 20, 21, 275).

D) Resecciones.

a) Resecciones distales.

En el momento actual, es el procedimiento de elección para la mayoría de los autores (5, 6, 18, 25, 39, 41, 44, 45, 58, 64, 65, 66, 74, 75).

Se realizará con o sin esplenectomía de acuerdo a cada caso. La parte proximal, debe suturarse por puntos separados profundos de hilo irreabsorbible, ligando si es posible, el Wirsung por separado.

Como ventajas: Soluciona definitivamente el problema. Aleja la posibilidad de fistulas o pseudoquistes. Es seguramente hemostática. Es de realización relativamente sencilla y rápida.

Como desventajas, algunos autores (36, 44), expresan que esta resección puede llevar a una diabetes por insuficiente secreción endócrina. La mayoría de las publicaciones, sin embargo, no están de acuerdo con esto.

Las indicaciones son: pacientes con lesiones destructivas de la parte corporocaudal del órgano, o con secciones totales a nivel del cuello.



FIG. 5.— Grave herida de bala, con lesión gástrica, duodenal, pancreática y de vías biliares, que requirió una duodenopancreatectomía.

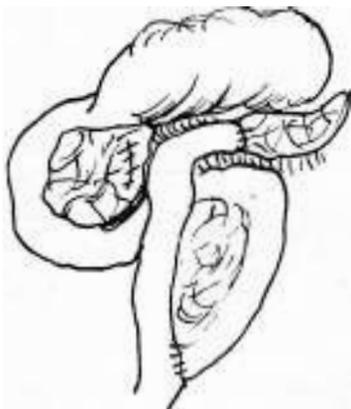


FIG. 6.—Pancreático yeyunostomía terminoterminal (Letton).



FIG. 7.—Pancreático yeyunostomía terminolateral de ambos cabos (Shirer).

b) Duodenopancreatectomías.

Es la más agresiva de las técnicas quirúrgicas. Debe usarse solamente en casos de absoluta necesidad. Varios autores han comunicado casos tratados por medio de esta técnica (11, 53, 62).

Las indicaciones son:

Extensas lesiones pancreáticas. Graves lesiones pancreáticas asociadas a lesiones duodenales.

Tiene una gran mortalidad intra y postoperatoria, más aún, hecho en pacientes en precarias condiciones como estos traumatizados.

E) Anastomosis pancreaticodigestivas.

Para obviar la resección pancreática, y la posible diabetes, varios autores preconizan estas técnicas (12, 13, 28, 35, 36, 44, 63, 64, 70, 71).

Pueden hacerse anastomosando el cabo distal de la sección pancreática terminoterminal al yeyuno, mediante una Y de Roux. El cabo de sección proximal debe ser suturado (44) (Fig. 6).

Otro procedimiento es anastomosando los dos cabos de sección pancreática, terminolaterales a una Y de Roux (63) (Fig. 7)

Por último, puede realizarse una pancreatogastrostomía, terminolateral, directa o transgástrica (12) (Fig. 8).

Las suturas deben hacerse lo más herméticas posibles, para evitar la aparición de fístulas postoperatorias.

Las ventajas de este procedimiento son: evita la resección pancreática, derivando la secreción al tubo digestivo.

Ofrece bastante seguridad con respecto a la aparición de complicaciones.

Las desventajas fundamentales:

El tiempo necesario para efectuarlo. Pacientes bien compensados.

Suturas digestivas en ambientes poco propicios.

Hay que trabajar en un páncreas contusado.

Las indicaciones serán: pacientes bien compensados, con secciones netas a nivel del cuello y sin otro tipo de lesión.

En suma:

Los procedimientos más indicados según el tipo de lesión, serán:

a) Para las contusiones pancreáticas, sin efracción canalicular, la única intervención a realizar es la hemostasis con drenaje de la logia, acompañado o no de drenaje biliar.

b) Desgarros o heridas pancreáticas.

- 1) Con canales indemnes, sutura glandular y drenaje.
- 2) Con lesión canalicular. Resecciones distales, anastomosis pancreático digestivas o sutura glandular y canalicular.

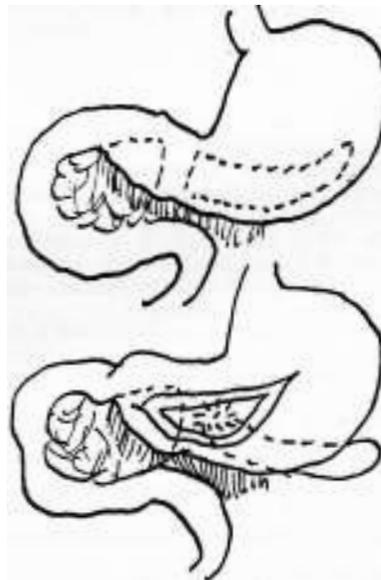


FIG. 8.—Pancreaticogastrostomía terminolateral (Bracey).

- c) Lesiones más graves, con o sin lesión duodenal, pueden hacer necesario una duodenopancreatectomía.

Por supuesto, estos distintos procedimientos quirúrgicos, deberán adecuarse al paciente y equipo quirúrgico, ya que en muchos casos, el estado general del paciente no permitirá una intervención compleja. De acuerdo a este esquema, deberá adecuarse el tratamiento para cada caso particular.

En la serie estudiada, se realizaron los siguientes procedimientos. Sutura pancreática, no canalicular, más drenaje en 12 oportunidades. Pancreatectomía distal en 5 casos.

- c) Tratamiento postoperatorio.

Con respecto a este punto, queremos insistir solo en una cosa: el tratamiento antienzimático postoperatorio. Está indicado luego de hecho el diagnóstico de lesión pancreática. Se hará con Trasylol a las dosis habituales usadas en las pancreatitis. Puede inclusive hacerse Trasylol intraperitoneal, a través de uno de los tubos de drenaje, dejado a esos efectos (40).

PRONOSTICO, EVOLUCION Y RESULTADO

El pronóstico de estos traumatizados es siempre grave.

En primer lugar, el gran porcentaje de lesiones asociadas agrava mucho este pronóstico. A mayor cantidad de lesiones asociadas,

peor pronóstico. Según Werschky (73), con 4 o más órganos lesionados, la mortalidad oscila alrededor del 25 %. Según Foley (27), 33 % de mortalidad en asociación lesional páncreas y duodeno.

En la serie del Hospital de Clínicas, 5 de las muertes se debieron a lesiones asociadas.

La mortalidad global de estos traumatismos ha descendido sin embargo, en las dos últimas décadas. Entre los años 1950-60, el porcentaje de mortalidad oscila entre 50 y 60 % (7, 48). En la década 1960-70 ha descendido, oscilando entre 0 y 20 % (5, 11, 13, 18, 64, 66, 71, 75).

La causa más común de muerte en estas estadísticas es la hemorragia. En los 17 casos estudiados hubo 7 muertes, un porcentaje global de 41,17 %. En los casos tratados por resección, dos muertes, una por hemorragias digestivas repetidas, y otra no se sabe la causa.

En los casos tratados por sutura, 5 muertes, todas por lesiones asociadas.

Con respecto a las complicaciones, hay dos que gravan también el pronóstico alejado de estos pacientes: la fístula y el pseudoquistes.

Según distintos autores: los porcentajes de estas dos complicaciones son los siguientes:

Thompson (66) da 14 % de pseudoquistes, y 5,5 % de fístulas.

Wilson (75) 10 % de cada una. Baker (5) 18,6 % de fístulas en heridas.

Sturim (64) 20 % de fístulas en heridas, y 50 % de pseudoquistes en traumas cerrados.

En la serie estudiada por nosotros, la evolución fue la siguiente:

Traumas cerrados.	{ resección distal suturas más drenajes ...	{ 2 sin complicaciones. 1 muerte por hemorragias digestivas
Heridas	{ resección distal suturas	{ 1 evoluciona sin complicaciones. 1 fallece ignorándose la causa.

De 5 pancreatectomías, dos fallecen y 3 evolucionan sin complicaciones.

De 12 suturas glandulares fallecen 5, 5 evolucionan sin complicaciones, y 2 desarrollan complicaciones, 1 fístula, y 1 fístula y pseudoquiste.

RESUMEN

El autor estudió 17 casos de traumatismos de páncreas con exclusión de los operatorios. A propósito de los mismos hace una revisión bibliográfica del tema, señalando su creciente frecuencia, la dificultad de su diagnóstico, su extrema gravedad, repasando al final los diversos procedimientos quirúrgicos y sus resultados.

RÉSUMÉ

Sur la base de l'étude de 17 cas de traumatismes du pancréas, excepté les cas opératoires, l'auteur procède à une révision bibliographique du thème et signale sa fréquence croissante, la difficulté du diagnostic, son extrême gravité et enfin passe en revue les diverses méthodes chirurgicales et leurs résultats.

SUMMARY

This report comprises a series of 17 cases of pancreatic traumatism, but excludes those of surgical origin. The author revises existing bibliography on the subject and refers to its increasing frequency, the difficulty in diagnosing such cases, their severity and the various surgical procedures and their results.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLEGAERT, W., BLOQUIAUX, W. "traumatismes pancreatitis. *Acta Chir. Belg.*, 8: 860, 1964.
2. ANGELETTI, C. Les traumatismes du pancreas. *Quad. Chir.*, 7: 61, 1964.
3. ANTONI, F., DANIEL, A., ALONSO, L. Traumatismos del páncreas. *Pren. Méd. Argent.*, 54: 2075, 1967.
4. AUBRE DE L. M., OERPEZA, G. Mandatory operations for penetrating wounds of the abdomen. *Am. J. Surg.*, 115: 307, 1968.
5. BAKER, R., DIPPEL, W., FREEARK, R., STROHL, L. Pancreatic trauma. *Arch. Surg.*, 86: 1038, 1963.
6. BARNETT, W. O., HARDY, J. D., YALVESTON, R. L. Pancreatic injuries. *Ann. Surg.*, 163: 892, 1966.
7. BERNE, T., SHORE, E. A. Appraisal of the traumatized abdomen. *Surg. Clin. North Am.*, 48: 1197, 1968.
8. BERNE, C. J., DONOVAN, A., HAGEN, W. Combined duodenal pancreatic trauma. The role of end to side gastrojejunostomy. *Arch. Surg.*, 96: 172, 1968.
9. BILELIO, E., ARTONA, A., SZEREZENSCHI, J., COLUYAS, R. Traumatismos de páncreas. *Pren. Méd. Argent.*, 55: 359, 1968.
10. BOCKUS, N. L. Gastroenterología. Barcelona. *Salvat*, 1968.
11. BRACALAY, R., CAMERON, J., ZERIDEMA, G. Severe upper abdominal injuries treated by pancreaticoduodenectomy. *Surg., Gynec. Obstet.*, 126: 516, 1968.
12. BRACEY, D. Complete rupture of the pancreas. *Brit. J. Surg.*, 48: 575, 1961.
13. BURNETT, W. Traumatic rupture of the pancreas. *Br. Med. J.*, 4128, 1955.
14. CASSINELLI, D. Traumatismos pancreáticos. *Monograf., Fac. Med. Montevideo*, 1970.
15. CLYNE, A. J. Pancreatic post-traumatic fistula. *Br. J. Surg.*, 43: 178, 1965.
16. COSCO MONTALDO, H. Peripancreatitis por ruptura de los canales pancreáticos en la cavidad peritoneal (estudio experimental). *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 26: 35, 1955.
17. CHRISTOPHER'S. Textbook of Surgery. Philadelphia. *W. B. Saunders*, 1956.
18. DELON MARTEY HERVE. Les plaies duodeno-pancreatiques. (A propos de 17 observations en pratique de guerre). *J. Chir.*, 75: 248, 1958.
19. DEVIC G., GARDE J., GELAIN, J. Ruptures traumatiques du pancreas. *Lyon Chir.*, 66: 146, 1970.
20. DOUBILET, G., MULHOLLAND, J. H. Some observations of the treatment of trauma to the pancreas. *Am. J. Surg.*, 105: 741, 1963.
21. DOUBILET, G., MULHOLLAND, J. Surgical management of injuries to the pancreas. *Am. J. Surg.*, 150: 854, 1960.
22. DUBOIS, J. Lesions duodeno-pancreatiques. *Rev. Med. Lieja*, 22: 658, 1967.
23. EFFESEN, K., SCHONDEBECK. Post traumatic pseudocysts in children. *Acta Chir. Scand.*, 132: 280, 1960.
24. EYSKENS, E., LACQUET, A. La rupture traumatique du pancreas. *Ann. Chir.*, 25: 311, 1971.
25. FOGELMAN, M., ROBINSON, L. Pancreatic trauma. *Am. J. Surg.*, 101: 698, 1961.
26. FOLEY, W. Pancreatic trauma. *Post-grad. Med.*, 45: 106, 1969.
27. FOLEY, W., GAINES, R., FRY, W. Pancreaticoduodenectomy for sever trauma to the head of the pancreas and the associated structures. *Ann. Surg.*, 170: 759, 1969.
28. FREEARK, R., CORLEY, R., NORCROSS, W., BAKER, R. Unusual aspects of pancreaticoduodenal trauma. *J. Trauma*, 6: 481, 1966.
29. GILADONI, F., ABO, J. C., Lesiones duodeno-pancreáticas en los traumatismos cerrados de abdomen. Comunicación de 3 observaciones. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 32: 757, 1961.
30. GRAY, J., HODGRAN, J. Ruptured pancreas. *Br. Med. J.*, 264, 1931.
31. FREEARK, R., KONE, J., GOLK, F., BAKER, R. Traumatic lesion of the head of the pancreas. *Arch. Surg.*, 91: 124, 1965.
32. GRIMOUD, M., ESCAT, J., SAURY, R., GOUZI, J., LAZORTHES, F. Reflexions a propos de huit observations de lésions traumatiques du pancreas. *Lyon Chir.*, 66: 180, 1970.
33. GUMBERT, J., FRADERMAN, S., MENCHO, J. Diagnostic peritoneal lavage in abdominal blunt trauma. *Arch. Surg.*, 165: 70, 1967.
34. HARTEL, P. Unter der haut pankreas verletzungen. *Munch. Med. Wschr.*, 108: 2609, 1966.
35. HERVE, P., ARRIGK, J. Les traumatismes fermes du pancreas. *J. Chir.*, 89: 69, 1965.
36. HOLLENDER, L., GILLET, M. Etude clinique et therapeutique des traumatismes du pancreas. *Lyon Chir.*, 5: 733, 1968.
37. HOWARD, J., JORDAN, G. Surgical diseases of the pancreas. Philadelphia. *J. B. Lippincott*, 1960.
38. HOWELL, J., JORDAN, G. Surgical management of pancreatic injuries. *J. Trauma*, 1: 39, 1961.
39. ITUÑO, C., CAZABAN, L. Contusiones graves del páncreas. *Rev. Cir. Urug.*, 39: 111, 1969.
40. LARRE BORGES, U., CASSINELLI, D., MESA, G. Herida de vena mesentérica superior y páncreas por arma blanca. *Cir. Urug.*, 40: 242, 1970.
41. LEE STRAHL, E. Traumatic injuries to the pancreas. *Surg. Gynec. Obstet.*, 124: 115, 1963.
42. LECLERC, F., PETITJEAN, H., AUTISSIER, J., BRIEL, S., REPOLT, A. Les traumatismes fermés recents du pancreas et leur traitement d'urgence. *Lyon Chir.*, 62: 670, 1966.
43. LENRIOT, J., LEGER, L. Traitement des traumatismes du pancreas. *Presse Med.*, 74: 2357, 1966.
44. LETTON, A., PAGE, J. Traumatic severance of pancreas treated by Roux Y anastomosis. *Surg. Gynec. Obstet.*, 109: 472, 1959.
45. LOCKARTE, P. Les plaies du pancreas (a propos de 4 cas). *Presse Med.*, 66: 1920, 1958.
46. MEKARBONA, E. G. A propos d'un cas de rupture complète isolée du pancreas traités par pancreatectomie corporocaudale. *J. Chir.*, 85: 223, 1963.
47. MORTON, J. Traumatic duodenal injuries. *J. Trauma.*, 8: 127, 1968.
48. MULE, J., ADAMIEL, M. The management of trauma to the pancreas. *Surgery*, 65: 423, 1969.
49. NARIO, C. Ruptura de la cola del páncreas por contusión abdominal. Citoesteatonecrosis. *An. Fac. Med. Montevideo*, 12: 693, 1927.
50. NEWTON, A. A case of successful end to end suture of the pancreas. *Surg. Gynec. Obstet.*, 48: 808, 1921.
51. NORTHROP, W., SIMMONS, R. Pancreatic trauma. A review. *Surgery*, 71: 27, 1972.

52. OTIS, G. A. (editor). The medical and Surgical History of the war of the rebellion. Part II vol II. Surgical History Washington D. C. Government Printing Office. 1876.
53. PANTAZELLOS, H., KERKULAS, A., BYNE, J. Total pancreaticoduodenectomy for traumas. *Am. J. Surg.*, 120: 1017, 1969.
54. PELLEGRINI, J., STEIN, J. Complete severance of the pancreas and its treatment with repair of the main pancreatic duct of Wirsung. *Am. J. Surg.*, 101: 708, 1961.
55. PICCARD LEROY, G., VIENNOIS, J. Les traumatismes fermés du duodenopancreas. *Ann. Chir.*, 25: 477, 1971.
56. PORTER, S., GREEN, E. Seat Belt Injuries. *Arch. Surg.*, 96: 242, 1968.
57. PRIARIO, J., GILARDONI, F., DE LOS SANTOS, J. Traumatismo de páncreas. Tratado por pancreatocotomía corporocaudal. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 38: 80, 1968.
58. PRIDGEN, J., HERF, A., WATKINS, H., HOLBERT, D., D'AVILA, R., CARUCH, D., PRUD'HOMME, J. Penetrating wounds of the abdomen. Analysis of 776 operative cases. *Ann. Surg.*, 165: 901, 1967.
59. RAYMOND, J., HENRY, CH. Sur 1 cas de contusion isolee du pancreas avec rupture du canal de Wirsung. *Arch. Mal. Appar. Dig.*, 44: 820, 1955.
60. RESNICOFF, S., MORTON, J., BLOCK, A. Retroperitoneal rupture of the duodenum due to blunt trauma. *Sug. Gynec. Obstet.*, 125: 77, 1967.
61. RIENHOFF, W., DONAHOO, J. Isolated complete rupture of the pancreas from non penetrating abdominal trauma, treated by distal pancreatic resection. *Am. Surg.*, 33: 148, 1967.
62. SALYE, E. K., MC CLILLAND, R. Pancreaticoduodenectomy for trauma. *Arch. Surg.*, 95: 636, 1967.
63. SHIRER, G. E. Care of the trauma patient. New York. Mc. Graw Hill Book, 1966.
64. STURIM, H. The surgical management of pancreatic injuries. *Surg. Gynec. Obstet.*, 122: 133, 1966.
65. THAL, A., WILSON, R. Blunt injuries of the pancreatic region. *Surg. Gyn. Obst.*, 119: 773, 1964.
66. THOMPSON, R., HINSLAW, D. Pancreatic trauma. Review of 87 cases. *Ann. Surg.*, 163: 156, 1966.
67. THOMPSON, R. Traumatic rupture of the pancreas. *Br. J. Surg.*, 56: 117, 1969.
68. TRANIER, J., BARRIER, A., FRANCOIS, R., BAUDSON, J. Traumatismes pancreatiques. *Bull. Soc. Chir. Paris*, 67: 253, 1967.
69. TRAVERS, B. upture of the pancreas. Hospital Reports of the St. Thomas Hospital. *Lancet*, 12: 384, 1827.
70. WALTON, A. The Surgical Dyspepsias. E. Arnold and Do. London 1923.
71. WEITZMAN, J., SWENSON, O. Traumatic rupture of the pancreas. *Surgery*, 57: 309, 1965.
72. WEITZMAN, J., ROTSCCHILD, P. The surgical management of traumatic rupture of the pancreas due to blunt trauma. *Surg. Clin. North Am.*, 48: 1347, 1968.
73. WERSHKY, L., JORDAN, G. Surgical management of traumatic injuries to the pancreas. *Am. J. Surg.*, 116: 768, 1968.
74. WILLIAMS, R., YUCKO, A. Controversial aspects of diagnosis and management of blunt abdominal traumas. *Am. J. Surg.*, 111: 477, 1966.
75. WILSON, R., TAGETT, J., PUCELICK, J., WALT, A. Pancreatic trauma. *J. Trauma*, 7: 643, 1967.

DISCUSION

DR. MÉROLA.—Al Dr. Cassinelli le llamaba la atención la falta de asociación con lesiones duodenales. Por allá apareció alguna lesión con asociación duodenal en los que comentaron el trabajo. Personalmente vimos a una niña, hace años, una contusión de epigastrio, a la que intervenimos a las doce horas más o menos y tenía el cuadro que se define como hematoma intramural del duodeno. Esa patología que quisimos nosotros presentar en la Sociedad de Cirugía porque la tenemos muy bien documentada en esa chica, y no pudimos porque todo el material quedó en manos de un colaborador nuestro, practicante brillante, que falleció y yo me desconecté de esa documentación. La enferma hizo una anemia aguda por hemorragia intraperitoneal, por ruptura del ligamento gastrocólico en su porción antral, o pilórica del estómago. Y es curioso que en otro caso que yo operé tenía el mismo mecanismo de anemia aguda. Es decir desgarro del ligamento gastrocólico asociado a la lesión pancreática. Esta niña tenía un gran hematoma retroperitoneal que invadía el pedículo hepático y un poco la raíz del mesenterio, el mesocolon y que ponía tumefacta, negra, toda la zona de la cabeza de páncreas. Yo no drené ese hematoma; tomé con él la actitud que se puede tomar con un hematoma de la logia renal. La niña hizo un síndrome de estenosis duodenal que duró ocho días y que me costó muchos problemas, consultas, etc. No hice la reintervención y el duodeno se recanalizó solo marchando perfectamente bien.

Es curioso que en tan pocos casos que tengo yo, 4 o 5, tenga dos hemorragias agudas por rotura del ligamento gastrocólico asociadas al traumatismo de páncreas. No sé si la estadística elude la asociación con lesiones torácicas, porque no se mencionó la asociación posible con lesiones torácicas. Personalmente tratamos una transfijión de todo el hemicuerpo izquierdo por herida de bala que tenía herida de pulmón, herida del seno coronario cardiaco en el borde izquierdo del corazón (que fue ligado), herida de diafragma lógicamente, de páncreas, de bazo y de riñón izquierdo.

Tenemos otro caso de contusión cefálica del páncreas.

Llama la atención los pocos casos de contusión cefálica que se han escuchado en todos los comentarios y en la comunicación. Ese enfermo hizo una ictericia en la evolución alejada de su contusión cefálica a la cual pretendí tratar, teniendo además un trastorno del tránsito duodenal, con una colecistoyunostomía y una gastroenterostomía. Ese enfermo marchó mal, no sabemos por qué, falleciendo como al mes de decadencia progresiva orgánica. Una derivación colecistoduodenal (en una vesícula tensa y con bilis) no le solucionó la ictericia.

Algunas de las soluciones que están planteadas; la pancreaticogastrostomía que se hace tanto, con Praderi hemos hablado varias veces de esto; hay varios trabajos en los que se menciona la aparición de hemorragia digestiva. Hay una interactiva acción entre jugo pancreático y jugo gástrico. Personalmente hicimos un caso de pancreatocotomía cefálica por neoplasma de duodeno, que marchó muy bien pero que tuvo una formidable hemorragia digestiva. Hay literatura sobre las anastomosis pancreaticogástricas. Las pancreaticoyeyunostomías o anastomosis pancreaticoyeyunales; hay una figura que mostró el Dr. Cassinelli que es un poco una fantasía de los dibujantes. Nos muestra un asa, a cuyos lados desemboca un sector del páncreas, tanto del lado derecho como del izquierdo. No se puede abocar a la misma altura porque queda una zona de yeyuno

desvitalizada. Se puede hacer a distintos niveles. A propósito quiero recordar que la anastomosis que yo describí para la anastomosis esofagoyeyunal se puede hacer también para el páncreas, es decir, atravesar con el páncreas el mesenterio y se le une al asa a doble luz. Eso permite, me parece, por lo menos en el cadáver y en lo que uno ha mirado, hacer una anastomosis muy segura.

Sobre este tema habría que decir, lo frecuente con que hay que reintervenir a los enfermos. Son enfermos que hacen colecciones, o que hacen fístulas o que hacen problemas. El problema de las fístulas, que sea la técnica que sea, con resección o sin resección, es frecuente y ponen a prueba la paciencia del cirujano y al enfermo y a los familiares. Es un problema de meses. Yo he tratado enfermos sin reintervenirlos a lo largo de meses de diagnóstico correcto y de fístulas externas. A propósito de las fístulas pancreáticas es increíble la acción de los medicamentos anticolinérgicos que no vienen aquí al país; estoy hablando de Banthine. Con ella yo he visto bajar secreciones de 600 o 700 cc. de jugo pancreático, llevarlos a 40 cc. prácticamente con las primeras dosis.

Como anticolinérgico actúa y era un remedio específicamente activo sobre la secreción pancreática. También se usa el Trasylol, que creo que tiene valor, a pesar de que como sabemos, los americanos le quitan totalmente la eficacia.

El trabajo es muy bueno. Se plantea un tema interesante, de diagnóstico y de tratamiento difícil y repito, es la lección de la paciencia, de saber esperar y tener a un paciente con las fístulas o con las colecciones que hacen a menudo; como un enfermo mío que colectó, debe haber juntado 4 litros en la retrocavidad de los epiplones y que fue drenado secundariamente, estableciéndose una fístula que al final curó.

DR. LIARD.— Yo quisiera hacer algunas precisiones sobre un tema de tanto interés. En primer lugar, la importancia de estos enfermos para el cirujano de urgencia; ya que son traídos muchas veces, sobre todo las heridas de páncreas, en condiciones extremadamente graves, por el shock hemorrágico de que se acompañan. Es fundamental la importancia del abordaje, el abordaje para el páncreas debe ser amplio; en las dos oportunidades que actuamos, se le hizo una incisión bitransversa que fue completamente adecuada, permitiendo la exposición completa.

Segundo: cuando se hace una resección distal, es importante la localización del Wirsung, para evitar una fístula. En las dos intervenciones referidas, en las que se le realizó pancreatocetomía distal por herida de bala, no pudimos localizar el Wirsung, ya sea por la hemorragia, la contusión o el edema que tenía el tejido pancreático. En ambas oportunidades se suturó el tejido pancreático con puntos en U profundos y posteriormente se hizo sutura de la cápsula, y el resultado fue una fístula pancreática. Una de ellas cerró a los 15 días; el otro, que es el enfermo que figura en la estadística del Dr. Cassinelli, que ignora la causa de muerte, falleció a los tres meses en el Casmu por un tromboembolismo pulmonar. Hay que anotar que ese enfermo era un parapléjico, que había recibido una sección medular en el mismo accidente por herida de bala.

Como comentario final, quiero destacar, que el paciente que sobrevivió, era un diabético, cuya enfermedad no conocíamos previamente y que estaba compensado, con régimen e hipoglucemiantes orales. Posteriormente, después de la pancreatocetomía corporocaudal,

fue necesario utilizar insulina a la dosis de 40 U NpH diarias.

Felicito al Dr. Cassinelli y colaboradores por su trabajo.

DR. PRIARIO.— Quiero felicitar al Dr. Cassinelli por haber presentado este trabajo, analizado con una gran capacidad científica.

Quiero hacer algunos comentarios respecto a un caso que tuve oportunidad de operar en el Hospital de Clínicas, y que presumo que debe de estar incluido en esta estadística; fue presentado a esta sociedad en el año 1968 con el Dr. Gilardoni. Tiene una serie de hechos que los destacó ya el Dr. Cassinelli, perfectamente, y yo quiero recalcarlos. Uno de ellos es el lugar frecuente de la lesión del traumatismo cerrado, es siempre frente a la columna vertebral, es decir un poco a la izquierda del cuello. Segundo, estas lesiones se acompañan a menudo de otras lesiones, pero determinan un foco hemorrágico importante y a la vez con jugo pancreático, que si uno no lo opera inmediatamente encuentra un foco ya de destrucción y de autodigestión. Concomitantemente con este foco uno encuentra fenómenos de necrosis en los órganos vecinos como el caso que yo tuve posibilidad de intervenir.

Por último, quiero hacer hincapié en la conducta terapéutica, en estas lesiones. Creemos que las resecciones son las conductas más atinadas, de menor morbilidad y mortalidad operatoria; las anastomosis que teóricamente seducen, desde el punto de vista práctico tienen una mortalidad elevada, mientras que la pancreatocetomía distal con esplenectomía, no lleva a diabetes ni a insuficiencias digestivas por insuficiencia pancreática externa. Con la cabeza del páncreas es suficiente para evitar que el paciente no haga una diabetes, ni una insuficiencia digestiva severa.

El caso que tuvimos oportunidad de operar fue seguido con estudio funcional de materias fecales, curva de la glicemia, estando aproximadamente normalizado al cabo del quinto día. Por lo tanto creo que si bien es cierto que estas técnicas de anastomosis tienen que ser conocidas, me parece que son un tanto azarosas frente a enfermos que muchas veces son graves y que pueden resolverse con más seguridad con la pancreatocetomía distal.

Por último el uso de anti-enzimas, me parece que es necesario en todos los casos de traumatismos pancreáticos.

Finalmente quiero felicitar al Dr. Cassinelli por el trabajo presentado.

DR. VALLS.— Felicitemos al Dr. Cassinelli por la presentación del trabajo y me voy a referir, porque hemos tenido alguna experiencia al respecto. En general esos enfermos se presentan como consecuencia de una contusión grave de abdomen y obliga a reponerlos y tratarlos de urgencia, aun sin haber hecho el diagnóstico de lesión pancreática. En alguna otra circunstancia puede ocurrir que el enfermo pase la situación de urgencia y pase desapercibido, y que secundariamente venga por una tumefacción epigástrica. Nosotros tenemos una enferma que ingresó a la clínica este año, una muchacha de 16 años, que fue a un campamento de Paysandú, se cayó de la chucheta y pegó en el epigastrio con la chucheta de abajo. Aparentemente estaba bien y después le fue apareciendo una tumefacción de epigastrio, se fue sintiendo cada vez peor, con vómitos y desde el lugar del campamento la enviaron a Montevideo.

Se pensó que tenía lesión pancreática, se le hizo una operación encontrándose que tenía un hematoma

de la retrocavidad peritoneal y una lesión pancreática. De manera que éste es un caso distinto, pero en general son enfermos con contusiones graves. A ese respecto, nosotros tenemos un caso que seguramente debe estar coleccionado en la estadística del Dr. Cassinelli, pero no como traumatismo de páncreas, sino como lesión grave del hígado, que llevó a la resección de lóbulo izquierdo del hígado, porque tenía una gran hemorragia y tenía además una contusión de páncreas con hematoma; que ligamos y pusimos drenaje, después hizo una fístula pancreática que se cerró.

Ahora con respecto al otro caso, nosotros también lo vivimos. Hay un caso que se hizo resección de cuerpo y cola de páncreas por una contusión y falleciendo por hemorragias repetidas. Ese enfermo lo vivimos en forma muy intensa en la clínica del Prof. Ardao. En el postoperatorio inmediato el enfermo fue operado por el Dr. Ardao y encontró una hemorragia inmensa, y lo mechó. Ahora como el enfermo seguía sangrando en la guardia, decidimos operarlo porque era una hemorragia copiosa. Lo operamos y encontramos que había una arteria, del ángulo esplénico del colon, que estaba sangrando, hicimos la ligadura y paró de sangrar; habiendo jugo pancreático mezclado con sangre a ese nivel. El enfermo aparentemente evolucionó bien, y volvió a hacer otra hemorragia formidable por la herida, hematemesis y enterorragias y falleció. Se le hizo la autopsia y se encontró que lo que había ocurrido era que el jugo pancreático había digerido la pared posterior del estómago y del ángulo esplénico del colon, por lo que había hecho hematemesis y enterorragias.

Eso nos alertó para que pensáramos que cada vez que tuviéramos que sacar cuerpo y cola de páncreas por traumatismo pancreático, no debíamos dejar el drenaje solamente, dejar drenada la logia pancreática, para que se juntara el jugo pancreático allá en el fondo e irlo sacando, sino que debíamos evitar que se juntara jugo pancreático en la profundidad. Entonces decidimos llevar el páncreas hacia adelante, sacarlo a través del epiplón y dejarlo superficial, de tal manera que no lesionara vísceras nobles. Esa táctica la pude realizar en el Pasteur con un enfermo que tuve que hacer también una resección de cuerpo y cola. Le abocamos el extremo del páncreas para afuera, para que no hiciera eso, pensando que podía hacer una digestión de todo el colon o de otra víscera. Yo creo que es algo muy importante, además de agregarle sustancias antiinflamatorios.

Tenemos también una herida por arma blanca en la cabeza del páncreas que hizo una fístula, la drenamos, y evolucionó perfectamente bien. Segregó durante 20 o 25 días jugo pancreático y después cerró bien.

DR. PRADERI.—El trabajo del Dr. Cassinelli es muy completo y bien presentado, viene a llenar un claro existente sobre el tema en nuestra literatura. Voy a referir una observación en común con el Dr. Liard.

Nuestro enfermo viajaba en camión, la noche antes de semana de turismo, tomando los tradicionales tragos, cuando volcó en la carretera. Tardó muchas horas en ser atendido y nunca supimos su pancreatitis cuanto tuvo de alcohólica y cuánto de traumática. Fue operado por el Dr. Liard estando muy grave. Se le practicó colecistostomía, gastrostomía de aspiración y drenaje peritoneal.

El enfermo, que es un alcoholista, se arrancó el tubo de la gastrostomía. El estómago se despegó hacia adentro y la sutura gástrica abierta se transformó en una fístula gástrica; también se evisceró la incisión xifopúbica. Quedó en la situación siguiente: coma o precoma con un componente de insuficiencia hepática, con una neumopatía de ambas bases, y una cloaca peritoneal con la pared abierta en la cual confluía el jugo pancreático y gástrico. Lo reoperamos y le sacamos el páncreas distal, con una pinza de anillo, parecía un trapo de piso viejo, era una masa gris que constituía ya un secuestro. Al final lo pudimos arreglar, después de varias operaciones con cierre de la evisceración y la fístula gástrica.

Lo tratamos con el Dr. Boutón que le hizo una dosis de Vibramicina enorme con lo cual lo salvó de su complicación pulmonar. Al final el enfermo marchó bien, aunque terminamos cerrando el orificio gástrico con un colgajo de piel. Los rectos habían casi desaparecido y quedó con una enorme eventración. Un año después le hicimos una plastia de pared con malla de Marlex.

Quería señalar que cuando se quiere hacer una operación de derivación de un sector caudal de páncreas sano, realizamos la anastomosis gástrica que ya mostró el Dr. Cassinelli, pero usando un drenaje transgástrico. Se coloca un pequeño tubito en el Wirsung y se anastomosa la fístula. Se puede hacer el orificio sin abrir el estómago. Se perfora, se hace la sutura por atrás del estómago y se deja un drenaje a través de la pared gástrica. Si se tuviera que constituir una fístula total, la anastomosis del páncreas con el estómago hace que funcione como anastomosis. Las anastomosis pancreatogástricas con drenaje transgástrico la hemos usado con éxito y sin complicaciones en fístulas pancreáticas, en quistogastrostomías, en pancreatetectomías cefálicas anastomosando el sector distal del páncreas.