

Traumatismos pancreáticos

Estudio estadístico

Dres. Daniel Cassinelli, Alfredo Armand Ugon,
Loreley Dapuetto y Nicolás Baglivi

Los autores estudian una serie de 23 casos de lesiones pancreáticas desde el año 1969 al 79, comparándola con una serie anteriormente estudiada de 17 casos hasta el año 1969. Se han comparado los porcentajes de frecuencia, tipos lesionales, métodos terapéuticos y resultados, comparándose la morbilidad y mortalidad.

Se sacan algunas conclusiones.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Pancreas Pathology / Abdominal Injuries.

El objetivo de este trabajo, es reactualizar los datos estadísticos sobre los traumatismos pancreáticos, con respecto a un artículo nuestro del año 1969, y sacar algunas conclusiones sobre el tratamiento de estas lesiones y sus resultados.

Hemos estudiado las historias de traumatismos pancreáticos del Hospital de Clínicas, desde el año 1970 al año 1979.

En el trabajo anterior, estudiamos 17 historias hasta el año 1969.

En la década 70 - 79, encontramos 23 traumatismos pancreáticos entre abiertos y cerrados. Excluimos de este estudio, los traumatismos operatorios, ya que plantean otros tipos de problemas.

Con respecto a la etiología de estos 23 casos, tenemos que 11 corresponden a traumatismos cerrados, de los cuales 7 por accidente de tránsito, 1 por una explosión y 3 por golpes abdominales.

12 son heridas, de las cuales 8 por bala y 4 por arma blanca.

Se mantiene en todos sus términos, la proporción entre traumatismos cerrados y abiertos, y heridas por arma blanca y de bala.

En relación con el sexo y la edad, se mantienen también las proporciones: 16 hombres y 7 mujeres, entre los 14 y 52 años de edad.

Desde el punto de vista clínico, todos sabemos la dificultad que representa hacer diagnóstico previo preoperatorio de lesión pancreática.

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. U. Larre Borges). Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo.

Esto es debido a la escasa sintomatología que produce el órgano en las primeras etapas, debido al estupor postraumático de la glándula, y a la situación profunda del páncreas, cubierto por otros órganos, que lo alejan del peritoneo parietal anterior.

Las heridas abdominales, no presentan mayor dificultad con respecto al diagnóstico, ya que como toda herida penetrante, debe ser explorada. En estos casos, sólo hay que acordarse del páncreas, e ir a explorarlo con cuidado.

El problema se plantea con los traumatismos cerrados, entre los cuales, desde ya, diferenciamos dos tipos:

—aquellos con clara sintomatología de lesión intraabdominal —anemia, síndrome peritoneal— que obligan a la exploración.

—otros que no plantean tratamiento de urgencia, y en los cuales pueden aparecer síntomas y signos que nos pueden acercar al diagnóstico.

En esta serie de 23 casos, todas las heridas abdominales fueron exploradas.

De los 11 traumatismos cerrados, 9 fueron tratados de urgencia por:

- anemia, 6 casos.
- dolor abdominal, 3 casos.
- síndrome peritoneal, 4 casos.

Sólo dos casos se operaron a los 8 y 20 días, por cuadros dolorosos de epigastrio, acompañados de fiebre en un caso, y una tumoración palpable en otro. Solamente en estos dos últimos, se presumió el diagnóstico de lesión pancreática.

En ningún caso, se usó la punción con lavado peritoneal y dosificación de amilasa, como preconizan algunos autores.

Por todos conocida es la gran morbimortalidad que representan estos traumatismos. Esta gravedad está dada fundamentalmente por los importantes traumatismos que se requieren para lesionar al páncreas, lo que lleva a que existan múltiples lesiones asociadas, que no sólo enmascaran sintomatología, sino que son índice de lo graves que son estos traumatismos.

Presentado como Tema Libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Profesor Adjunto, Residente de Cirugía y Médicos Auxiliares.

Dirección: Adolfo Berro 1088, Montevideo (Dr. D. Cassinelli).

Estas lesiones asociadas, se ven con mayor frecuencia en las lesiones abiertas .

En 11 traumatismos cerrados, se produjeron 8 lesiones asociadas: 4 de hígado, 3 de bazo y una de colon. El páncreas estaba lesionado aisladamente en un solo caso.

En 12 heridas pancreáticas, hubo 27 lesiones asociadas, siendo las más frecuentes hígado y estómago.

Nos vuelve a llamar la atención, como hace 10 años, la escasa asociación de lesiones duodenales con las pancreáticas. Una sola lesión duodenal en 27 lesiones asociadas de 12 heridas pancreáticas.

Ninguna lesión duodenal en las lesiones cerradas.

Esta multiplicidad de lesiones asociadas, y en especial las vísceras parenquimatosas y los grandes vasos que rodean al páncreas, explican las grandes hemorragias que se ven en estas lesiones, y la presentación como anemia aguda de la mayoría de estos politraumatizados.

Llegamos a los puntos más importantes en los que queremos hacer más hincapié en esta presentación, que son el tratamiento y los resultados obtenidos, que son los que más han variado en el curso de estos 10 años.

Los distintos procedimientos terapéuticos, para el tratamiento de las lesiones pancreáticas, podemos resumirlos en:

—Procedimientos de drenaje.

—Procedimientos de resección: totales o parciales.

—Procedimientos de sutura: anastomosis o suturas glandulares.

En un principio se usaron los métodos más sencillos y menos agresivos, es decir la sutura simple de la glándula.

A medida que fue transcurriendo el tiempo, se preconizaron procedimientos más agresivos, resecciones distales, para evitar el riesgo de las fistulas pancreáticas.

Otras escuelas, preconizaron las anastomosis pancreático - digestivas, para evitar la resección de parénquima pancreático sano, y una eventual insuficiencia endócrina o exócrina posterior. Estos procedimientos están gravados con un alto porcentaje de fallas de sutura con las fistulas consiguientes.

Actualmente, se ha vuelto a la etapa de resecciones distales, para tratar estas lesiones, dejando bastante de lado, salvo casos muy seleccionados, las anastomosis pancreático - digestivas.

Dos maniobras son constantes, se emplee el procedimiento que se emplee.

El primer paso en el tratamiento quirúrgico de toda lesión pancreática, es la hemostasis, ya que la causa más frecuente de muerte en estos traumatizados es la hemorragia. Esta hemostasis podrá ser, quizás, el único gesto terapéutico sobre la glándula, o será complementado con otros procedimientos, de acuerdo a las lesiones encontradas.

El otro punto constante en el tratamiento de los traumas pancreáticos, es el drenaje de la

logia. Debe ser constante, cualquiera sea el procedimiento que se emplee sobre la glándula. Este drenaje, permitirá canalizar hacia el exterior cualquier colección de la logia pancreática, transformándola en una fistula pancreática externa, que en un alto porcentaje de los casos, es fácilmente tratable, y cura sin mayores trastornos.

En una mayoría importante de los casos, el drenaje aislado, sin otro procedimiento sobre la glándula, alcanza para solucionar definitivamente el problema.

Veamos que tipo de procedimientos se emplearon en estas series de enfermos.

Hasta el año 69, de 17 traumatismos, se hicieron 5 resecciones y 12 suturas pancreáticas. No se realizó ninguna anastomosis pancreatodigestiva. En todos los casos se drenó la logia pancreática.

Desde el año 69 al 79, se trataron 23 lesiones pancreáticas. Se efectuaron 6 resecciones distales y 7 suturas pancreáticas. En 10 oportunidades no se actuó sobre la lesión pancreática, salvo para hacer hemostasis. También en esta serie se colocó drenaje en todos los casos.

Como vemos, se mantiene la proporción de resecciones en las dos series, adecuada por supuesto al tipo de lesiones halladas.

Lo que ha aumentado es el criterio abstencionista, de no tocar la glándula cuando la lesión no produce grandes dilaceraciones, ni sección de los conductos pancreáticos.

Se mantiene en todos sus términos la importancia del drenaje de la logia pancreática.

En algunas estadísticas extranjeras consultadas, con series más grandes, se mantienen claramente estas tendencias de no actuar sobre la glándula pancreática salvo cuando sea absolutamente imprescindible.

58,9 % de drenajes solos sobre 448 traumatismos pancreáticos (Jordan [4]). 48 % de drenajes externos sin otro procedimiento en 25 pacientes (Karl [5]).

Si a estos drenajes aislados, le agregamos las suturas glandulares más drenajes, estas proporciones aumentan hasta el 80 % y 66 %, respectivamente.

En la última serie del Hospital de Clínicas, el drenaje simple fue de 43 %. El drenaje más sutura, aumenta la proporción a un 73 %.

Veamos ahora los resultados obtenidos.

Hasta el año 1969 habían sido tratados 17 casos de lesiones traumáticas del páncreas.

La mortalidad global ascendió a 41,17 %. 7 casos en 17.

De las 5 resecciones, hubo 2 muertes: 40 %. De las 12 suturas, 5 muertes: 41 %.

Con respecto a la morbilidad, aparecieron 2 fistulas y 1 pseudoquistes, los tres en suturas pancreáticas. 17 % del total, 25 % de las suturas.

Desde el año 1969 al 79, se trataron 23 lesiones pancreáticas.

La mortalidad global fue de 7 en 23, es decir del 30,4 %.

De 7 suturas murieron 3, 42,8 %.

De 6 resecciones murieron 3, 50 %.

De 10 drenajes aislados, murió 1, 10 %.

Con respecto a la morbilidad, hubo 4 fístulas, 1 pseudoquistes y dos abscesos.

7 en total, es decir, una morbilidad global del 30 %.

Las 4 fístulas aparecen 2 en procedimientos de sutura y 2 en procedimientos de drenaje aislado. El pseudoquiste en un procedimiento de sutura.

En resumen, la mortalidad global ha disminuido, y ha aumentado algo la morbilidad.

CONCLUSIONES

Comparando estas dos series, que aunque cortas, mantienen sus proporciones con otras más extensas, vemos que ha aumentado la frecuencia de los traumatismos pancreáticos, debido posiblemente al aumento de los graves accidentes de tránsito. Han disminuido en proporción las heridas pancreáticas. Se mantienen los porcentajes de sexo y edad.

Sigue siendo difícil el diagnóstico preoperatorio de lesión pancreática, ya que sólo 2 de los 23 se operaron con la sospecha de lesión pancreática.

Con respecto al tratamiento sigue siendo fundamental la hemostasis y el drenaje de la logia.

Se tiende en los últimos años, a no efectuar maniobras sobre el páncreas, salvo que sea necesario por el tipo de lesión, es decir, drenar la logia y no tocar la glándula.

Se han abandonado por muchos autores las anastomosis pancreático - digestivas.

La gravedad de estas lesiones se mantiene en toda su vigencia, aunque ha disminuido la mortalidad, debido fundamentalmente al perfeccionamiento de las técnicas de reanimación. La causa de muerte más común sigue siendo la hemorragia y las lesiones asociadas.

En suma

- 1) Aumento de la frecuencia.
- 2) Persistencia de la gravedad.

- 3) Tratamientos más conservadores.
- 4) Disminución de la mortalidad.
- 5) Se mantiene el porcentaje de morbilidad.

RESUME

Traumatismes pancréatiques. Etude statistique

Les auteurs étudient une série de 23 cas de lésions pancréatiques de l'année 1969 a 1979, en la comparant à une série, étudiée auparavant, de 17 cas jusqu'en 1969. On a comparé les pourcentages de fréquence, de types lésionels, de méthodes thérapeutiques et de résultats, tout en rapprochant la morbidité et la mortalité.

On en extrait quelques conclusions.

SUMMARY

Pancreatic Traumatism. Statistical Study

The authors study a series of 23 cases of pancreatic lesions between the years 1969 and 1979. This is compared to a former series of 17 cases covering up to 1969. This evaluation covers frequency, lesional types, therapy and results in their respective percentages, and morbi - mortality is compared.

There follows a series of conclusions.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CASSINELLI D. Lesiones traumáticas del páncreas. Análisis de 17 casos. *Cir Uruguay*, 44: 209, 1974.
2. CASSINELLI D. Traumatismos pancreáticos. Monografía. Montevideo. Fac. Medicina, 1974.
3. GRAHAM J, MATTOS K, JORDAN G Jr. Traumatic injuries of the pancreas. *Am J Surg*, 136: 744, 1978.
4. JORDAN G Jr. Discussion of Lowe R. J., Salette J., Moss G. Pancreaticoduodenectomy for penetrating Pancreatic trauma. *J Trauma*, 17: 732, 1977.
5. KARL HW, CHANDLER JG. Mortality and Morbidity of pancreatic Injuries. *Am J Surg*, 134: 549, 1977.
6. YELLIW AE, VECCHIONE JR, DONOVAN AJ. Distal Pancreatectomy for Pancreatic Trauma. *Am J Surg*, 124: 135, 1972.