

Hospital Nacional Norooccidental «Dr. Mario Catarino Rivas», Honduras

LESIONES DE PÁNCREAS. ANÁLISIS DE 38 CASOS*

Dr. Rigoberto Espinal,¹ Dr. Mario Irias,² Dr. Jorge Andino³ y Dr. Marcio Galo³

RESUMEN

Se revisaron retrospectivamente 38 expedientes clínicos, de pacientes que fueron ingresados por traumatismo abdominal con lesión de páncreas, en los hospitales «Dr. Mario C. Rivas», Instituto Hondureño de Seguridad Social, clínicas privadas de San Pedro Sula y en el Hospital Escuela (Tegucigalpa), Honduras, del 1ro. de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1996. En esta serie predominó el sexo masculino en el 86,6 %, y fue la tercera década la edad en que es más frecuente el traumatismo pancreático (42,1 %). En todos los casos de esta serie el mecanismo del trauma fue penetrante y los agentes causales fueron por arma de fuego (68,4 %) y arma blanca (31,6 %). El tiempo lesión-intervención fue menor de 5 h en el 44,5 % de los casos. Las lesiones asociadas más frecuentes fueron las de estómago (71 %), hígado (26,3 %), diafragma (26,3 %). En la mayoría de los casos (78,8 %) se practicó drenaje externo solo o asociado con otro procedimiento quirúrgico, pero 6 pacientes (15,7 %) requirieron pancreatocetomía distal. Siete pacientes (18,4 %) presentaron 13 complicaciones, y fueron las más frecuentes: fistula pancreática (10,5 %), absceso de pared (7,8 %) y absceso intraabdominal (5,2 %). Fallecieron 2 pacientes (5,2 %). La estancia hospitalaria promedio fue de 32 días (rango: 0 a 78 días).

Descriptor DeCS: TRAUMATISMOS ABDOMINALES/cirugía; TRAUMATISMOS ABDOMINALES/complicaciones; PANCREAS/lesiones; HERIDAS POR ARMA DE FUEGO; HERIDAS PERFORANTES; HERIDAS PENETRANTES.

La lesión de páncreas permanece como uno de los mayores desafíos al que se enfrenta el cirujano que trata víctimas de trauma, y continúa retando su conocimiento y juicio, pues un daño pasado por alto o sub-

estimado puede conducir a complicaciones desastrosas.^{1,2}

Por otra parte el trauma pancreático es relativamente raro y un cirujano individualmente tiene poca oportunidad de obte-

* Presentado en el XIII Congreso Latinoamericano de Cirugía y VI Congreso Cubano de Cirugía, La Habana, Cuba, del 19 al 24 de septiembre de 1999.

¹ Cirujano General del Hospital Nacional Norooccidental «Dr. Mario Catarino Rivas».

² Cirujano General. Jefe del Departamento de Cirugía. Hospital Regional IHSS (San Pedro Sula).

³ Médico y Cirujano.

ner una experiencia personal extensa en su diagnóstico y tratamiento, las series colectivas son por tanto importantes para determinar los principios en el manejo de las lesiones de páncreas.³

En este estudio los autores revisan la experiencia reciente con las lesiones de páncreas en algunos hospitales de nuestro país (Honduras).

MÉTODOS

Se hizo un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos por traumatismo abdominal y que presentaban lesión de páncreas como hallazgo quirúrgico, en los archivos clínicos de los hospitales «Dr. Mario C. Rivas», Instituto Hondureño de Seguridad Social, clínicas privadas (San Pedro Sula) y del Hospital Escuela (Tegucigalpa). El período que comprendió este estudio fue del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1996 (2 años).

Se aplicó una ficha para recolectar información con respecto a las siguientes variables: edad, sexo, agente causal, tiempo lesión-intervención, lesiones asociadas, tratamiento, complicaciones, mortalidad y estancia hospitalaria.

RESULTADOS

En esta serie de 38 pacientes con lesión de páncreas predominó el sexo masculino (86,8 %) y fue más frecuente en la tercera década de la vida (edad promedio: 28,5 años) (tabla 1).

El mecanismo de la lesión fue de tipo penetrante en todos los casos y fueron los agentes causales el arma de fuego (68,4 %) y el arma blanca (31,6 %).

El tiempo de lesión-intervención fue de 4 h o menos en el 44,5 % de los casos y no se determinó en 4 pacientes (10,5 %).

TABLA 1. Lesiones de páncreas según edad

Edad	No.	%
0-20	7	18,4
21-30	16	42,1
31-40	9	23,6
41-50	4	10,5
51-60	1	2,6
> 61	1	2,6

Las lesiones asociadas más frecuentemente halladas en estos 38 pacientes fueron las de estómago (27), hígado (10), diafragma (10), bazo (9) y colon (9) (tabla 2).

TABLA 2. Lesiones asociadas

	No.	%
Estómago	27	71,0
Hígado	10	26,3
Diafragma	10	26,3
Bazo	9	23,6
Colon	9	23,6
Riñón	8	21,0
Intestino delgado	8	21,0
Vascular	4	10,5
Otras	4	10,5

El tratamiento de la lesión pancreática consistió en drenaje externo en la mayoría de los pacientes (78,8 %), pero se practicó pancreatectomía distal en 6 pacientes (15,7 %) (tabla 3). Además se realizaron otros procedimientos para las lesiones asociadas, tales como gastrorrafia, esplenectomía o reparación del diafragma (tabla 4).

TABLA 3. Tratamiento de la lesión pancreática

Procedimiento	No.	%
Drenaje	24	63,1
Pancreatectomía distal	6	15,7
Desbridamiento más drenaje	4	10,5
Sutura más drenaje	2	5,2
Necrosectomía de la cabeza	2	5,2

TABLA 4. *Procedimientos realizados para las lesiones asociadas*

Procedimiento	No.	%
Gastrorrafia	24	63,1
Esplenectomía	11	28,9
Reparación de diafragma más toracotomía mínima	8	21,0
Hepatorrafia	5	13,1
Nefrectomía	5	13,1
Enterorrafia	5	13,1
Colostomía	3	7,8
Colecistectomía	1	2,6
Otros*	5	13,1

*Renorrafia, exclusión pilórica, pericardiomiectomía, reparaciones vasculares.

Siete pacientes (18,4 %) presentaron complicaciones y fueron las más frecuentes: absceso de pared, fístula pancreática y absceso intraabdominal (tabla 5).

TABLA 5. *Complicaciones de las lesiones pancreáticas*

	No.	%
Fístula pancreática	4	10,5
Absceso de pared	3	7,8
Absceso intraabdominal	2	5,2
Seudoquiste	1	2,6
Absceso pancreático	1	2,6
Fístula intestinal	1	2,6
Sangrado posoperatorio	1	2,6

Dos pacientes fallecieron (5,2 %). Uno era un paciente masculino de 52 años con herida por arma de fuego, con lesión vascular asociada que ingresó en *shock* hipovolémico y falleció en el quirófano, el otro paciente era un hombre de 66 años también con herida por arma de fuego con lesiones asociadas (bazo y estómago), a quien se le practicó una pancreatectomía distal. Se complicó con absceso pancreático y sangrado digestivo. La estancia hospitalaria promedio fue de 32 días (rango: 0 a 78 días).

DISCUSIÓN

La lesión de páncreas es rara o infrecuente al compararla con la de otras vísceras abdominales; su incidencia fue de 0,2 a 6 % y de ahí que sea inusual para cualquier cirujano ganar una experiencia extensa en el manejo de esta condición.⁴⁻⁶

Existe un franco predominio de los pacientes jóvenes masculinos en esta serie, lo que coincide con los reportes de la literatura médica.^{1,2,4,6-9}

Aunque el mecanismo de la lesión pancreática en nuestro estudio fue únicamente de tipo penetrante, para corresponder al arma de fuego el 68,4 % y al arma blanca el 31,6 %, en las series de trauma abdominal generalmente corresponden 2 tercios de las lesiones de páncreas al trauma penetrante y un tercio al trauma cerrado.¹⁰

La tasa de lesiones asociadas fue alta en esta serie (más del 70 %), particularmente las de estómago, hígado, y diafragma; lo que está de acuerdo con la literatura médica y que se atribuye a la localización retroperitoneal de este órgano rodeado por varias vísceras huecas e importantes órganos.¹¹ *Amirata* señala que resulta al menos una lesión asociada el 90 % de las veces.¹⁰

Varios procedimientos han sido recomendados en el tratamiento del trauma pancreático con diferentes resultados. Entre las opciones de tratamiento están: drenaje externo, resección, procedimientos de reconstrucción y la pancreatoduodenectomía.¹¹ En esta serie el procedimiento que más se practicó fue el drenaje externo (78,8 %), pero se practicó resección distal en 6 pacientes (15,7 %) lo que está acorde con la conducta prevaletante en el manejo de las lesiones de páncreas, que en los últimos años ha variado y refleja una conducta conservadora (la resección es utilizada

juiciosamente, las anastomosis pancreato-entéricas han sido abandonadas y el drenaje externo es el soporte principal del tratamiento).¹²

En esta serie de 38 pacientes 7 (18,4 %) mostraron complicaciones (absceso de pared, fístula pancreática, absceso intraabdominal, etc.) lo que está dentro del rango dado por la revisión de la literatura (8 a 33 %).⁷

Aunque en nuestra serie la tasa de mortalidad fue baja (5,2 %) la tasa de mortalidad asociada con las lesiones pancreáticas permanece alta, arriba del 20 % en algunas series, pero la muerte es usualmente por una lesión vascular o visceral asociada, más que a la lesión pancreática por sí misma.⁶ De 50 a 75 % de las personas que fallecen con una lesión pancreática lo hacen durante las primeras 48 horas que siguen al accidente, la causa primaria es por hemorragia. A la infección y la insuficiencia orgánica múltiple les corresponde el resto de las demás muertes.¹³

Esta serie de 38 pacientes con lesión de páncreas presentó una estancia hospitalaria prolongada con un promedio de 32 días; para fines comparativos *Cogbill*² reportó 23 días en su serie de 44 pacientes del Denver General Hospital.

En conclusión, aunque las lesiones de páncreas ocurren en solo 1 a 3 % de los traumatismos abdominales, permanecen como un problema en cuanto a su diagnóstico y manejo quirúrgico, el pronóstico está determinado por ciertos factores que incluyen la severidad de las lesiones asociadas, si está o no comprometido el ducto pancreático y la presencia de lesión pancreatoduodenal combinada, el reconocimiento de la lesión pancreática en el momento de la exploración quirúrgica inicial, identificación de la posible lesión del ducto e instalación de un adecuado drenaje quirúrgico son las piedras angulares para un tratamiento exitoso.^{4,7,11}

SUMMARY

38 medical histories of patients who were admitted due to abdominal trauma with pancreatic injuries in the "Dr. Mario C. Rivas" Honduran Institute of Social Security, in private clinics of San Pedro Sula and in the Teaching Hospital of Tegucigalpa, Honduras, from January 1st, 1995, to December 31st, 1996, were reviewed. Males predominated in this series (86.6%) and the pancreatic injuries were more frequent in the third decade of life (42.1%). In all the cases of this series the trauma mechanism was penetrating and the causal agents were gunshot (68.4%) and stabbing (31.6%). The injury-operation time was under 5 hours in 44.5% of the cases. The most frequent associated injuries were those of the stomach (71%), liver (26.3%) and diaphragm (26.3%).

Subject headings: ABDOMINAL INJURIES/surgery; ABDOMINAL INJURIES/complications; PANCREAS/injuries; WOUNDS, GUNSHOT, WOUNDS, STAB; WOUNDS, PENETRATING.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wisner DH, Wold RL, Frey CH. Diagnosis and treatment of pancreatic injuries. *Arch Surg* 1990;125:109-13.
2. Cobgill TH, Moore EE, Kashuk JL. Changing trends in the management of pancreatic trauma. *Arch Surg* 1982;117:722-6.
3. Northrup WF, Simmons RL. Pancreatic trauma: review. *Surgery* 1972;71:27-43.
4. Madiba TE, Mokoena TR. Favourable prognosis after drainage of gunshot, stab or blunt trauma of the pancreas. *Br J Surg* 1995;82:1236-9

5. Ferrada R, Gómez E. Páncreas. En: Maull KI, Rodríguez A, Wiles CE, eds. Complications in trauma and clinical care. Philadelphia: WB Saunders, 1996:380-90.
6. Carr ND, Cairns SJ, Lees WR, Rusell RCG. Late complications of pancreatic trauma. Br J Surg 1989;76:1244-6.
7. Leppaniemi A, Haapiananemen R, Kiviluoto T, Lemoinomon M. Pancreatic trauma: acute and late manifestations. Br J Surg 1988;75:165-7.
8. Nkariaku FE, Terracina A, Mileski WJ, Minei JP, Carrico J. Is octreotide beneficial following pancreatic injury. Am J Surg 1995;170:582-5.
9. Farrel RJ, Krige JEJ, Bornman PC, Knottenbelt JD, Terblanche J. Operative strategies in pancreatic trauma. Br J Surg 1996;83:934-7.
10. Amirata E, Livingston D, Eleveaje J. Octreotide acetate decreases pancreatic complications after pancreatic trauma. Am J Surg 1994;168:345-7.
11. Abrantes WL, Costa-Goncalves S, dos Reis JA, Maciel CR. Management of pancreatic injuries. Panam J Trauma 1992;3:37-42.
12. Patton F, Fabian TC. Complex pancreatic injuries. Surg Clin North Am 1996;4:783-95.
13. Jurkovich GL, Carrico J. Traumatismo pancreático. Clin Quir Norteam 1990;2:583-601.

Recibido: 3 de diciembre de 1999. Aprobado: 15 de febrero del 2000.

Dr. *Rigoberto Espinal*. Apartado Postal 1677, CP 2105, San Pedro Sula, Cortes, Honduras.