

Hospital Nacional Noroccidental "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 Catarino Rivas", Instituto Hondureño de Seguridad Social, clínicas privadas de San Pedro Sula y en el Hospital Escuela (Tegucigalpa), Honduras, del 1 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 cuando con más frecuencia se produjo 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 de 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 pancreatectomía distal. Siete pacientes (18,4 %) presentaron 13 complicaciones, y fueron las más frecuentes: fístula pancreática (10,5 %), absceso de pared (7,8 %) y absceso intraabdominal (5,2 %). Fallecieron 2 pacientes (5,2 %). La estancia hospitalaria promedio es de 32 días (rango: 0 a 78 días).

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

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

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 "Dr. Mario Catarino Rivas".

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

³ Médico y Cirujano, Honduras.

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

En este estudio se revisó la experiencia reciente con lesiones de páncreas en algunos hospitales de 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 y 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 sus agentes causales el arma de fuego (68,4 %) y el arma blanca (31,6 %).

El tiempo 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

Tipo de lesión	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 enfermos (78,8 %), pero se practicó pancreatectomía distal en 6 (15,7 %) (tabla 3). Otros procedimientos se realizaron 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 intrabdominal (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)
Seudoquistes	1	(2,6)
Absceso pancreático	1	(2,6)
Fístula intestinal	1	(2,6)
Sangrado posoperatorio	1	(2,6)

Dos enfermos fallecieron (5,2 %). Uno era un paciente masculino de 52 años con herida por arma de fuego con una lesión vascular asociada, que ingresó en *shock* hipovolémico y falleció en el quirófano; el otro, también del sexo masculino, de 66 años, mostraba herida por arma de fuego con lesiones asociadas (bazo y estómago); a éste se le practicó pancreatocistomía distal, pero se complicó con absceso pancreático y sangrado digestivo.

La estancia hospitalaria promedio fue de 32 d (rango: 0 a 78 d).

DISCUSIÓN

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

Existió 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, correspondió al arma de fuego el 68,4 % y al arma blanca el 31,6 %; en las series de trauma abdominal generalmente corresponden 2/3 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 cual 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 se han recomendado 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 más practicado fue el drenaje externo (78,8 %), pero se practicó resección distal en 6 pacientes (15,7 %), lo que está acorde con la conducta prevaleciente en el manejo de las lesiones de páncreas que en los últimos años ha variado, y refleja una conducta conservadora (la resección se utiliza juiciosamente).

te, las anastomosis pancreatoentéricas han sido abandonadas y el drenaje externo es el soporte principal del tratamiento.¹²

En esta serie de 38 pacientes, 7 (18,4 %) presentaron complicaciones (absceso de pared, fístula pancreática, absceso intraabdominal, etc.) lo que está dentro del rango dado por la revisión de la literatura médica (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 h que siguen al accidente, la causa primaria es hemorragia; a la infección y a 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 d para fines comparativos. *Cogbill*² reportó 23 d 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, la identificación de la posible lesión del ducto y la institución de un adecuado drenaje quirúrgico son las piedras angulares para un tratamiento exitoso.^{4,7,11}

SUMMARY

38 medical histories from patients that were admitted due to abdominal trauma with pancreas injury at “Dr. Mario Catarino Rivas” Honduran Institute of Social Security, at the private clinics of San Pedro Sula, and at the Teaching Hospital (Tegucigalpa), Honduras, from January, 1st, 1995, to December 31st, 1996, were retrospectively reviewed. Males predominated in this series (86.6 %) and the pancreas trauma appeared more frequently during 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 stab (31.6 %). The injury-surgical intervention time was lower than 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 %). External drainage was performed alone or associated with other surgical procedure in most of the cases (78.8 %), but 6 patients (15.7 %) required distal pancreatectomy. Seven patients (18.4 %) had 13 complications, among which the most frequent were: pancreatic fistula (10.5 %), wall abscess (7.8 %) and intraabdominal abscess (5.2 %). 2 patients died (5.2 %). Average hospital stay was 32 days (range: 0-78days).

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

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 manifestation. *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, Reis JA dos, 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: 2 de mayo de 2001. Aprobado: 6 de agosto de 2001.

Dr. *Rigoberto Espinal*. Hospital Nacional Noroccidental "Dr. Mario Catarino Rivas", Honduras.