

Trauma pancreático

Pancreatic trauma

Gimel Sosa Martín,^I Kelvis Morales Portuondo,^{II} Zenia Báez Franco^{III}

^I Especialista de II Grado en cirugía General. Instructor. Hospital Nacional de Reclusos. La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en cirugía General. Instructor. Hospital Nacional de Reclusos. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Nacional de Reclusos. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El páncreas es un órgano intraabdominal en posición retroperitoneal, cuyo traumatismo es poco frecuente. La clasificación por grados ha ayudado a la práctica de tratamientos más eficaces y la disminución del número de complicaciones. Estas últimas aparecen como consecuencia del traumatismo o del tratamiento quirúrgico, el cual puede ser simple o implicar grandes resecciones. Se presenta el caso de un paciente sufrió un trauma abdominal cerrado de 3 días de evolución. Se realizaron exámenes diagnósticos y por la clínica y los complementarios se decidió realizar el tratamiento quirúrgico. El objetivo de este trabajo fue exponer los elementos clínicos, resultados de complementarios y hallazgos quirúrgicos en este paciente, así como incentivar la sospecha de esta afección en el traumatismo abdominal.

Palabras clave: Trauma pancreático, elementos clínicos, hallazgos quirúrgicos.

ABSTRACT

Pancreas is an intra-abdominal organ in retroperitoneal location chow trauma is uncommon. Degree classification helps in more effective treatment practice and in decrease of complications appeared s consequence of traumas or the surgical

treatment, which may be simple or involves large resections. The case of a patient with closed abdominal trauma of 3 days course. Diagnostic and clinic and complementary examinations were carried out being necessary surgical treatment. The aim of present paper was to expose the clinical elements, complementary results and surgical findings in this patient, as well as to motivate the suspicion of this affection in abdominal trauma.

Key words: Pancreatic trauma, clinical elements, surgical findings.

INTRODUCCIÓN

El trauma pancreático no es de ocurrencia muy frecuente, debido a la localización anatómica del páncreas en la profundidad del retroperitoneo.¹ Representa el 4 % de las lesiones traumáticas abdominales y el 0,4 % de las admisiones hospitalarias por trauma. Como consecuencia de la protegida ubicación de la glándula, los síntomas pueden manifestarse tarde y el retardo del diagnóstico determina un peor pronóstico.² Sin embargo, en la actualidad, existe tendencia a un aumento de los casos de trauma pancreático por la mayor incidencia de hechos violentos.

El páncreas como órgano intraabdominal entra dentro de la clasificación para el trauma en abiertos o penetrantes y cerrados o contusiones.³ La mayoría y más graves, son consecuencia de trauma cerrado sobre el epigastrio por compresión contra la rígida columna vertebral, como sucede en la persona que recibe un impacto por el volante del automóvil.

El trauma cerrado incluye también desaceleración, como en accidentes vehiculares, cuando la persona tiene colocado el cinturón de seguridad, o en las caídas de alturas. Inicialmente estas lesiones tienden a permanecer silenciosas, lo cual induce demoras en el diagnóstico, con fatales consecuencias.

La mayoría de las veces el tratamiento quirúrgico es simple, pero en algunos pacientes la resolución es de gran complejidad. En 1827, en la revista *Lancet* aparece por primera vez publicado el caso de un paciente fallecido por trauma pancreático, este se asocia con tasas de mortalidad del 50 %, y la morbilidad luego de operaciones realizadas por esta causa es alta y se caracteriza por el desarrollo de complicaciones inmediatas, mediatas o tardías, como pancreatitis agudas y crónicas, abscesos, pseudoquistes y fístulas externas e internas entre otras. En 1867, se publica el tratamiento quirúrgico exitoso de un paciente con trauma pancreático penetrante.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 18 años de edad con antecedentes de salud, que sufrió un trauma cerrado de abdomen, en región de epigastrio. Acude al centro a las 48 h de evolución del trauma, refiriendo dolor en epigastrio, astenia, no defecación desde la fecha del trauma y presenta anorexia.

El examen físico arrojó gran toma del estado general, fascie asténica. La frecuencia cardíaca normal. El abdomen ligeramente distendido, se palpa una tumoración redondeada en epigastrio de alrededor de 10 cm de diámetro, de consistencia firme, poco movable, dolorosa a la palpación; cuando se manda a incorporar al paciente se deja de palpar la tumoración. Dolor a la palpación profunda en todo el abdomen, sin reacción peritoneal. Ruidos hidroaéreos ausentes.

Los exámenes complementarios de laboratorio arrojaron un hemograma completo con la hemoglobina normal y una leucocitosis de $12,7 \times 10^9/L$. La gasometría e inograma estuvieron entre valores normales, amilasa sérica elevada en 325 u/L y la cituria negativa.

Se le realizó una radiografía posteroanterior de tórax, que fue negativa, sin presencia de neumoperitoneo. Se realizó también una radiografía de abdomen simple de pie, en vista anteroposterior donde se apreciaron niveles hidroaéreos dispersos correspondientes al intestino delgado y algunos al colon.

Se le realizó un ultrasonido abdominal donde se observó el páncreas aumentado de volumen, con 10 cm de espesor en la cabeza y 6 cm a nivel del cuerpo, con edema peripancreático y una imagen compleja redondeada, que abarcaba cabeza y cuerpo de la glándula.

Con todos estos elementos y en ausencia de la posibilidad de una tomografía axial computadorizada de urgencia, se decide llevar al salón de operaciones para tratamiento quirúrgico. En el acto quirúrgico se encontró un gran hematoma no pulsátil de alrededor de 15 cm de diámetro, que abarcaba la cabeza y parte del cuerpo pancreáticos, donde había laceración del tejido pancreático, con integridad de la glándula y conductos (trauma pancreático de grado 2). El hematoma involucraba la raíz del meso. Existían signos de pancreatitis aguda (esteatonecrosis).

Se realizó exploración del duodeno previa maniobra de Kocher, exploración de la transcavidad de los epiplones y con ello del páncreas, lavado de la cavidad peritoneal y colocación de dos drenajes abdominales peripancreáticos.

Evolución posoperatoria: el paciente hizo una fístula pancreática externa de mediano gasto a través del drenaje peripancreático inferior. Se indicó tratamiento higiénico-dietético y con octreotide a razón de 20 mg en 2 dosis, con evolución satisfactoria hasta el alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

Los traumatismos pancreáticos son poco frecuentes y por eso, en ocasiones, se demora en sospecharlo y, por tanto, en hacer su diagnóstico.^{1,6} Para el manejo del trauma pancreático existe una clasificación que lo separa por grados y dicta la conducta según estos.^{6,7}

Clasificación de las lesiones del páncreas:

- Tipo 1: contusión y laceración sin lesión del canal pancreático.
- Tipo 2: lesión de la región distal del parénquima con lesión del canal pancreático.

- Tipo 3; lesión de la región proximal del parénquima con probable lesión del canal pancreático.
- Tipo 4: lesión combinada del páncreas y el duodeno con ampolla de Vater e irrigación arterial intactas, o lesión masiva con destrucción de la ampolla de Vater y desvascularización.

La intervención quirúrgica no siempre es necesaria, ya que ocasiona un grupo de complicaciones como pseudoquistes, abscesos pancreáticos y del pseudoquiste, peritonitis, perforación de vísceras huecas, pancreatitis aguda y crónica y la fístula pancreática externa, sufrida por el citado paciente. El éxito de la intervención en los traumatismos pancreáticos estriba en hacer lo requerido según el grado de la lesión.⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Hoz J. Trauma pancreático. En: Caro Mendoza A. Cirugía del Páncreas. Bogotá: Fundación OFA para el Avance de las Ciencias Biomédicas; 1984. Pp. 245-57.
2. Degiannis E, Krawczykowski D, Velmahos GC, *et al.* Pyloric exclusion in severe penetrating injuries of the duodenum. *World J Surg.* 1993;17:751.
3. Dunham CM, Cowley RA. Abdominal and pelvic injuries. En: Shock Trauma/Critical Care Manual. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc.; 1991.
4. Feliciano DV, Martin TD, Cruse PA. Management of combined pancreatoduodenal injuries. *Ann Surg.* 1987;205:103-16.
5. Flynn WJ Jr, Cryer HG, Richardson DJ. Reappraisal of pancreatic and duodenal injury management based on injury severity. *Arch Surg.*1990;125: 54-67.
6. Hollcroft JW, Blaisdell FW. Trauma to torso. Injuries to the liver. En: Care of the Surgical Patient. Volume I, Critical Care. Edited by DW Wilmore et al. Committee on Pre and Postoperative Care. American College of Surgeons. New York: Scientific American Inc.; 1989. Pp. 172-94.

Recibido: 27 de febrero de 2009.

Aprobado: 16 de mayo de 2009.

Gimel Sosa Martín. Hospital Nacional de Reclusos. Carretera Monumental km 13/5, Municipio Guanabacoa. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: gimelsosa@infomed.sld.cu