

Duodenopancreatectomía de urgencia por traumatismo cerrado de abdomen.

Aporte de un nuevo caso y revisión de la bibliografía

Dres. Gustavo Ribero Lavié ¹, Jose María Cartazzo ²,
Washington De Mello ², Sergio Sauto ³

Resumen

Los autores aportan un nuevo caso de traumatismo grave de páncreas, por trauma cerrado abdominal que requirió cirugía resectiva de urgencia. Se presenta el caso clínico, los hallazgos operatorios y el tratamiento quirúrgico realizado, que consistió en duodenopancreatectomía atípica de urgencia. La discusión se centra en el tipo lesional de trauma pancreático y sus alternativas terapéuticas. Se destaca la buena evolución postoperatoria, la baja frecuencia de este tipo de traumatismo explica la escasa casuística nacional e internacional. Presentamos series comparativas de frecuencia y morbimortalidad.

Palabras clave: Duodenopancreatectomía
Traumatismos abdominales
Páncreas

Summary

The authors present a new case of severe trauma of the pancreas, due to closed

abdominal trauma which required urgent excision surgery. They present the clinical case, operative findings and surgical treatment, which consisted of urgent atypical duodenopancreatectomy. Discussion is centered on the lesional type of pancreatic trauma and its therapeutical alternatives. They point out the good postoperative evolution and the low frequency of this type of trauma which explains the scarce national and international casuistry. They also present comparative series as regards frequency and morbimortality.

Introducción

La patología traumática del páncreas es una entidad poco frecuente. Se estima que alrededor de 10% de los traumatismos abdominales cerrados tienen lesiones pancreáticas graves asociadas ⁽¹⁾.

Dado que la lesión pancreática no tiene manifestaciones clínicas propias, el diagnóstico debe surgir teniendo en cuenta la topografía y mecanismo del impacto traumático y las asociaciones lesionales.

La asociación de traumatismo hepatoduodenopancreático es baja, para algunas series es del orden de 2,8% (Moncure y Goins) ⁽²⁾.

El tipo de lesión puede ir desde la atricción, desgarró capsular hasta la fractura con compromiso del sistema ductal pancreático, presente en 15% de los casos ⁽²⁻⁸⁾.

1. Cirujano del Hospital de Rivera. Asistente Clínica Quirúrgica "A"

2. Cirujano, Hospital de Rivera

3. Médico Ayudante de Cirujano Hospital de Rivera

Trabajo del Servicio de Cirugía del Centro Departamental de Rivera. Universidad de la República, Facultad de Medicina Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de octubre de 1996.

Correspondencia: Dr. Gustavo Ribero Lavié, Cebollatí 1576 apto 405 Montevideo, Uruguay. Email: gribero@netgate.comintur.com.uy

La conducta terapéutica puede ir desde el drenaje, sutura o resección y el pronóstico depende de la magnitud de las lesiones asociadas, la evolución del procedimiento quirúrgico empleado así como del terreno del paciente ⁽⁹⁾.

Se presenta un caso de traumatismo cerrado grave de abdomen con severo trauma hepato-duodenopancreático que fue resuelto exitosamente mediante hemostasis hepática y duodenopancreatectomía cefálica de urgencia.

La asociación y magnitud lesional del caso sumado a lo infrecuente del tratamiento efectuado y su buena evolución justifican la presentación.

Epidemiología y patogenia

La frecuencia del traumatismo de páncreas es baja. En traumatismos cerrados de abdomen, la frecuencia global es del orden de 10%. Como lesión asociada, se ve entre 5 y 20% de los casos, aumentando su incidencia a 66% en los traumas penetrantes, por arma blanca o arma de fuego ⁽⁴⁻⁹⁾.

En los traumas cerrados, el mecanismo más frecuente es la atracción sobre el raquis lumbar y la flexión sobre el tronco generando trauma por contragolpe. La situación profunda y secundariamente retroperitoneal explica la escasa o nula sintomatología del órgano haciendo que sus lesiones pasen inadvertidas generando un diagnóstico tardío.

Caso clínico

E.A., sexo masculino, 22 años, sin antecedentes, ingresa por Emergencia del Hospital de Rivera el 22 de mayo de 1996 a las 12:30 horas, treinta minutos luego de sufrir accidente carretero. Choca frontalmente contra el acoplado de un camión mientras circulaba en moto a 70 Km/hora. Al ingreso se presenta lúcido, recuerda el accidente, anemia clínica, hipotensión 70/40 mmHg, taquicardia, pobre relleno venoso y capilar, frialdad distal, polipneico, ventilan ambas bases; abdomen con equimosis en bandolera sobre hipocondrio derecho, contractura generalizada, dolor difuso abdominal. Fosas lumbares: empastamiento a derecha, hematu-

ria franca. Pelvis estable, indolora. Miembros inferiores: fractura expuesta de rodilla derecha. Vomita durante el examen físico.

Se inicia reposición con expansores y cuatro volúmenes de sangre, mejorando la perfusión, presión arterial 110/70 mmHg, manteniendo estabilidad hemodinámica bajo reposición. Se realiza laparoscopia diagnóstica, confirmando-se traumatismo hepático y hemoperitoneo.

Se interviene por mediana suprainfraumbilical, comprobándose hemoperitoneo de 1.500 ml, fractura de hígado derecho que compromete cara superior, inferior sobre lecho vesicular prolongándose por detrás entre las hojas del ligamento coronario, rotura de primera porción de duodeno de 4 cm sobre cara superior, y fractura de cuello pancreático.

Se realiza hemostasis hepática directa de la *tranch* fracturaria y sutura primaria del hígado con catgut simple y reparación de algunos desgarreros serosos de colon transversal y delgado con poliglactina 000.

Conducta con el traumatismo pancreático

La lesión comprometió la totalidad del cuello, exponiendo la cara anterior de la vena porta. Se encontró un gran hematoma peripancreático y parenquimatoso del céfalopancreas con desvitalización del tejido glandular.

Se realizó hemostasis directa del sector glandular traumatizado, luego maniobra de Kocher exploradora, considerando la necesidad de una conducta resectiva. Fue necesario realizar una duodenopancreatectomía cefálica de urgencia (figura 1). La decisión intraoperatoria se tomó basándose en las siguientes razones:

- 1) dudas sobre la hermeticidad de una duodenorrafia sobre tejido traumático, sabiendo la elevada morbilidad de la fístula duodenal;
- 2) la conducta conservadora sobre la glándula exponería a la fístula pancreática, de mal pronóstico;
- 3) riesgo de infección y sepsis peritoneal;
- 4) la exclusión duodenal mediante pílororrafia y gastroyeyunostomía con o sin yeyunostomía (de aspiración y alimentación) no evitaría la fístula pancreática;

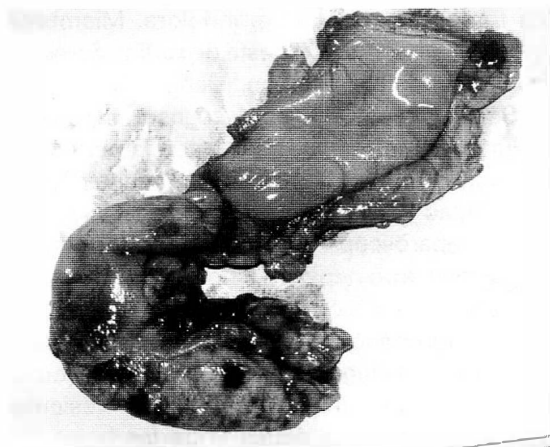


Figura 1. Pieza de resección que incluye antro gástrico, duodeno I, II y III, cabeza de páncreas con el hematoma en su cara anterior.

Tabla 1. Clasificación anatomopatológica de lesiones pancreáticas (Lucas-Roman)

Tipo I	Contusión y desgarro sin lesión del Wirsung
Tipo II	Transección distal o lesión parenquimatosa con lesión del Wirsung
Tipo III	Transección proximal o lesión parenquimatosa con probable lesión del Wirsung
Tipo IV a	Lesión combinada duodenopancreática. Ampolla de Vater y riego sanguíneo conservados
Tipo IV b	Lesión masiva, ampolla destruida y desvascularización

Tabla 2. Series comparativas de traumatismo pancreático

Autor	n	Período de tiempo	Drenaje	Sutura	Resección distal	Resección cefálica
Birouni	65	5 años	33	—	17	6
Moneure	44	6 años	23	21	14	—
Gholson	3	—	—	—	3	—
Craig	13	10 años	8	5	—	—
Ivatury	76	—	20	18	32	6
Hospital de Clínicas	23	10 años	23	7	6	—
Hospital de Rivera	1	—	—	—	—	1

- 5) la fractura pancreática a nivel del istmo facilitaba la resección.

Junto con la resección pancreaticoduodenal, se realizó la antrectomía. El montaje realizado fue a la Child, pero razones hemodinámicas intraoperatorias obligaron a realizar una gastrostomía transitoria sobre Pezzer y no permitió realizar la colecistectomía. La anastomosis colédocoyeyunal fue calibrada sobre sonda multifenestrada que sacamos como yeyunostomía lateral a la Witzel.

De salida realizamos mechado hemostático de la cara inferior y posterior del hígado. Posoperatorio en CTI con nutrición parenteral, antibioticoterapia, reposición hidromineral, profilaxis de complicaciones y analgesia. Buen funcionamiento de los drenajes. A los tres días se retiran las mechas sin complicaciones.

A los 20 días se decide la reconstrucción del tránsito mediante gastroyeyunostomía con buena evolución posoperatoria. No fue posible realizar la colecistectomía ni vagotomía de protección de la neoboca por imposibilidad de acceder a estas regiones por las adherencias peritoneales. Buena evolución posoperatoria, otorgándose alta a los 10 días de la reintervención.

Discusión

El traumatismo presentado corresponde al tipo IVa de la clasificación de Lucas: lesión combinada duodenopancreática sin compromiso de la vía biliar principal (tabla 1). La duodenopancreatectomía de urgencia tiene una mortalidad

de 40 a 70% ⁽⁶⁾. Es un problema de decisión intraoperatoria que surge del balance de los riesgos del procedimiento *per se*, experiencia del equipo quirúrgico, asociaciones lesionales, situación hemodinámica y el terreno del paciente.

La duodenopancreatectomía cefálica de urgencia es citada en pocos casos, siendo más frecuente la resección córporocaudal (tabla 2). Los casos con resección cefálica representan alrededor de 10% de la casuística de algunos autores, siendo la resección distal dos veces más frecuente ⁽⁴⁾.

Dado que no se encontró lesión de vía biliar principal, no fue necesario realizar la operación de Berne, es decir la coledocostomía, antrectomía y gastroyeyunostomía con vagotomía troncal.

La exploración de la vía biliar principal puede realizarse por vía transvesicular cuando no se puede abordar el cístico, de cualquier manera la evolución demostró que no había lesión coledociana.

La resección duodenopancreática fue favorecida por la magnitud del traumatismo, la exploración mostró prácticamente una "autoduodenopancreatectomía" que fue completada y corregida quirúrgicamente.

La resección fue atípica, dado que quedó la mitad izquierda de duodeno III y el ángulo duodenoyeyunal. La reconstrucción del tránsito se hizo a la Child modificada, mediante pancreatocoyeyunostomía terminoterminal con intuscepción pancreática. La tutorización del Wirsung no se pudo realizar por no encontrarse dilatado, debiendo destacar que se trataba de un páncreas sano con sistema ductal expedito.

La anastomosis biliodigestiva se hizo sobre un colédoco no dilatado de 6 mm. Se ejecutó una coledocoyeyunostomía terminolateral con punto total en colédoco y monopiano extramucoso en delgado con poliglactina 0000, calibrada sobre una sonda multifenestrada que salió por el delgado como hepaticoyeyunostomía a la Witzel. Finalmente se realizó una anastomosis enteroentérica en Y de Roux. No realizamos derivaciones pancreatodigestivas por no ser seguras y estar gravadas de alta incidencia de falla de sutura y morbimortalidad ⁽⁷⁾.

Una alternativa de tratamiento de la fractura

pancreática pudo haber sido la interposición de un asa delgada entre el páncreas proximal y distal. Tiene mejor indicación en las heridas por arma blanca.

En casos como el nuestro, con un páncreas de dudosa viabilidad, la aplicación de este procedimiento puede generar riesgo de falla de sutura, fístula entérica y pancreática o pancreatitis posoperatoria, de diagnóstico tardío y difícil tratamiento.

Los problemas que se plantearon en este caso fueron:

- Conducta con la vesícula biliar: su permanencia puede generar litiasis de difícil tratamiento si se hace sintomática o se instala un cuadro agudo. Se decidió no actuar sobre ella para no prolongar el tiempo quirúrgico. Su presencia por encima de una derivación biliodigestiva genera riesgo de colecistitis por reflujo, tema controvertido.
- El montaje de urgencia realizado no permite el acceso endoscópico a la anastomosis biliodigestiva, consideramos beneficioso crear una anastomosis hepática o colédocoyeyunal con un asa ciega cerrada a la Nissen enfrentada al subcutáneo. Esto permitiría realizar coledocoscopías y colangiografías en caso de sospechar la estenosis anastomótica.
- La conducta con el páncreas distal puede ser la esclerosis con neopreno, el cierre y abandono o la anastomosis pancreatogástrica. Esta es preferible cuando no se conserva el píloro, en efecto, en los procedimientos tipo Traverso Longmire la permanencia del esfínter pilórico puede crear hipertensión intra-gástrica que favorezca la falla de sutura.

El pronóstico funcional viene dado por estenosis de la derivación biliodigestiva y colangitis recurrente en los próximos dos años. Su evaluación y eventual tratamiento depende de la imagenología y de dilataciones transparietohepáticas.

Si se instala la úlcera de neoboca puede manejarse con tratamiento médico, y la peritonitis plástica adherencial puede desarrollar oclusión de delgado. Dada la expectativa de vida, queda expuesto a la enfermedad del estómago operado.

El seguimiento está dirigido a evaluar la permeabilidad de la anastomosis biliodigestiva, funcionalidad de la vesícula biliar para acceder a ella por radiología o endoscopia percutánea (ecografía, colecentellograma, colecistografía doble dosis). Al momento de su publicación, el paciente se encuentra en buenas condiciones y en plan de seguimiento.

Conclusiones

La resección duodenopancreática de urgencia tiene indicaciones precisas, que deben evaluarse y decidirse en el intraoperatorio y deben aplicarse siempre que el pronóstico vital inmediato no se vea empeorado por la magnitud de otras lesiones asociadas abdominales o extraabdominales o por el propio procedimiento. El problema no es la resección sino la reconstrucción del tránsito que se hace sobre colédocos no dilatados de pared fina y sobre un conducto pancreático fino y un tejido glandular sano y friable. Las anastomosis biliodigestivas deben ser tutorizadas sobre tubo de Kehr o tubos transhepáticos. Siempre que sea posible, es preferible el montaje de asas que permitan el acceso percutáneo a la anastomosis biliodigestiva.

La buena evolución de nuestro paciente se debe a la edad, el buen estado general y oportuno tratamiento aplicado.

Bibliografía

1. Carr N, Caiens S, Lees W, Russell R. Complicaciones tardías de los traumatismos pancreáticos. *Br J Surg* 1990; 3(3): 217.
2. Cassinelli D. Lesiones traumáticas del páncreas. *Cir Uruguay* 1974; 44(3): 209.
3. Gilardoní F, Abó JC. Lesiones duodenopancreáticas en los traumatismos cerrados de abdomen. *Bol Cir Uruguay* 1961; 32: 757.
4. Glancy R. Review of pancreatic trauma. *West J Med* 1989; 151(1): 45.
5. Jurkovitch G, Carrico J. Traumatismo pancreático. *Clin Quir North Am* 1990; 3: 583.
6. Leppaniemi A, Haapiainen R, Kiviluoto T, Lempienen. Pancreatic Trauma: acute and late manifestations. 1988; 75 (2): 165.
7. Wisner D, Wold R, Frey C. Diagnosis and treatment of pancreatic injuries. An analysis of management principles. *Arch Surg* 1990; 125(9):1109.
8. Cassinelli D. Lesiones traumáticas del páncreas. Análisis de 17 casos. *Cir Uruguay* 1974; 44: 209.
9. Graham J, Mattos K, Jordan G Jr. Traumatic injuries of the pancreas. *Am J Surg* 1978; 136: 744.
10. Karl HW, Chandler JG. Mortality and morbidity of pancreatic injuries. *Am J Surg* 1977; 134: 549.
11. Yelliw AE, Vecchione JR, Donovan AJ. Distal Pancreatectomy for pancreatic trauma. *Am J Surg* 1972; 124: 135.