

Trauma de Páncreas

Juan M Costa, Joaquín Bado, Pablo Sciuto, María Moldes, Javier Chinelli, Gerardo Secondo

RESUMEN

Objetivo: Analizar de forma retrospectiva una serie de casos de lesiones pancreáticas en el contexto de trauma abdominal penetrante asistidos en el Hospital Maciel en el año 2010, y realizar una revisión actualizada de los puntos más controversiales en trauma pancreático centrándonos en el diagnóstico y manejo terapéutico.

Métodos: Se analizó retrospectivamente una serie de 5 pacientes que fueron asistidos en el Servicio de Urgencias del Hospital en 2010. Todos presentaron trauma abdominal penetrante, siendo 4 por heridas de arma blanca y 1 por herida por proyectil de arma de fuego. La lesión pancreática fue diagnosticada en el intraoperatorio en todos los casos. Se constató lesión hepática asociada en 3 casos, seguida por el estómago en 2 y vena cava en 1. En 2 pacientes se comprobó la existencia de lesión del ducto principal a la izquierda de los vasos mesentéricos, y ambos fueron tratados con pancreatomecтомía distal. Los restantes casos fueron manejados con drenajes a nivel de la logia pancreática. En cuanto a la morbimortalidad, 1 paciente falleció en el postoperatorio reingresando luego del alta por shock hipovolémico en anemia aguda, probablemente vinculado a lesión vascular inadvertida. De los restantes pacientes 1 evolucionó favorablemente, sin complicaciones. Los restantes 3 presentaron una fístula pancreática que en todos los casos fue autolimitada y en 1 caso se constató una colección peripancreática que fue resuelta por vía percutánea sin incidentes.

Resultados: Las lesiones traumáticas del páncreas son poco frecuentes. (2-4% de los casos de trauma abdominal) En nuestra serie el 100% fue consecuencia de trauma penetrante y el diagnóstico intraoperatorio, siendo la asociación lesional la regla tal como se publica en la literatura. El manejo terapéutico de estas lesiones es uno de los puntos de mayor controversia. En tal sentido, 3 de 5 pacientes (60%) presentaron lesiones de baja complejidad y pudieron ser tratados con técnicas sencillas como procedimientos hemostáticos y colocación de drenajes. Los 2 pacientes restantes fueron sometidos a procedimientos resectivos.

La morbimortalidad de nuestra serie fue elevada, como es esperable en estos casos. La fístula pancreática fue la complicación principal. La mortalidad fue de 20%.

Conclusiones: Las lesiones traumáticas del páncreas son de baja frecuencia y difícil diagnóstico preoperatorio por lo cual debe tenerse un alto índice de sospecha. Son más frecuentes en el trauma penetrante que en el contuso, siendo la asociación lesional y una elevada morbimortalidad la regla en estos casos. El tratamiento quirúrgico admite muchas posibilidades, siendo siempre aconsejable realizar lo menos posible.

Palabras clave: Trauma de páncreas, Trauma abdominal penetrante, Diagnóstico intraoperatorio, Fístula pancreática.

ABSTRACT

Objective: To analyze retrospectively a series of cases of pancreatic lesions in the context of penetrating abdominal trauma seen at the Hospital Maciel in 2010, and conduct an updated

review of the most controversial issues in pancreatic trauma by focusing on the diagnosis and therapeutic management .

Methods: We retrospectively analyzed a series of five patients who were treated at the Emergency Hospital in 2010. All had penetrating abdominal trauma, with four stab wounds and one gunshot wound. Pancreatic injury was diagnosed intraoperative in all cases. Associated liver injury was observed in three cases, followed by the stomach and vena cava in two to one. In two patients, the existence of a main duct injury to the left of the mesenteric vessels was confirmed, and both were treated with distal pancreatectomy. The remaining cases were treated with drains at the bed of the pancreas. With regard to morbidity and mortality, one patient died in the postoperative period after discharge and being readmitted with hypovolemic shock due to acute anemia, probably linked to inadvertent vascular injury. One of the remaining patients evolved favorably without complications. The remaining three had pancreatic fistulas in all cases that were self-limiting and in one case was a peripancreatic collection found was percutaneously resolved without incident.

Results: Traumatic lesions of the pancreas are rare. (2-4% of cases of abdominal trauma). In our series, 100% resulted from penetrating trauma with intraoperative diagnosis; the association was as published in the literature. The therapeutic management of these lesions is one of the most controversial. In this regard, three of five patients (60%) had lesions of low complexity and could be treated with simple techniques, such as hemostatic procedures and placement of drains. The remaining two patients underwent resective procedures.

The morbidity and mortality in our series was high, as expected in these cases. Pancreatic fistula was the main complication. Mortality was 20%.

Conclusion: Traumatic lesions of the pancreas are low frequency and of difficult preoperative diagnosis so it should be a high index of suspicion. More common in penetrating trauma than in blunt, the association and a high mortality is a rule in these cases. Surgical treatment allows many possibilities, and it's always advisable to do as little as possible.

Keywords: Pancreatic trauma, Penetrating abdominal trauma, Intraoperative diagnosis, Pancreatic fistula.

How to cite this article: Costa JM, Bado J, Sciuto P, Moldes M, Chinelli J, Secondo G. Trauma de Páncreas. Panam J Trauma Critical Care Emerg Surg 2012;1(2):85-87.

Source of support: Nil

Conflict of interest: None declared

INTRODUCCIÓN

Las lesiones traumáticas del páncreas son poco frecuentes. Representan el 2 a 4% del total de las lesiones por trauma abdominal según las distintas series internacionales publicadas, y son más frecuentes en el contexto del trauma penetrante con respecto al contuso, en una relación aproximada de 3 a 1.

Debido a su localización anatómica, profundamente situado en el retroperitoneo, la asociación lesional es la regla, encontrándose lesiones de grandes vasos, duodeno, hígado, bazo, vísceras huecas. El reconocimiento tardío de estas lesiones juega un rol fundamental en la aparición de complicaciones y en la mortalidad.

El principal predictor individual de morbimortalidad en el trauma de páncreas es el compromiso del ducto pancreático, y en esto se basan las múltiples clasificaciones existentes cuyo objetivo es la estandarización de las lesiones pancreáticas para facilitar su diagnóstico y manejo. La más utilizada hoy en día es la Escala de Injurias de Órganos de la American Association for the Surgery of Trauma, (AAST) publicada por Moore en 1990. Esta escala incluye cinco grados que están determinados por la presencia o ausencia de compromiso ductal y por la localización anatómica de la lesión.

Clásicamente las lesiones proximales tienen un tratamiento que difiere del recomendado para las lesiones más distales. En general, las lesiones de tipo I o II se resuelven con técnicas relativamente sencillas, como colocación de drenajes, mientras que las lesiones de grado III en adelante frecuentemente requieren resección. La mayor controversia en el manejo de las lesiones pancreáticas se centra en este último grupo, ya que se trata de situaciones que conllevan una elevada morbimortalidad, tanto sea por el trauma en sí mismo como por los procedimientos que eventualmente se planteen como alternativa terapéutica.

Desde el punto de vista imagenológico también se han propuesto varias clasificaciones en base a los hallazgos de la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada. (CPER) Estas clasificaciones utilizan como parámetro principal la indemnidad ductal. La más utilizada en el momento actual es la Clasificación de Takishima.

La identificación temprana de una lesión pancreática en un paciente sin una clara indicación de cirugía es realmente difícil debido a lo inespecífico de su signología. Es de fundamental importancia la sospecha clínica guiada por la cinemática del trauma y la utilización de exámenes complementarios en los casos que no se requiera de laparotomía inmediata.

Se evalúa a estos enfermos al momento del ingreso siguiendo las pautas del ATLS. Aquellos que están hemodinámicamente inestables por un sangrado intraabdominal se conducen a block quirúrgico, realizándose en estos casos el diagnóstico de lesión pancreática en el intraoperatorio.

Los pacientes con estabilidad hemodinámica y sin otra indicación para laparotomía podrán ser evaluados por técnicas diagnósticas adicionales si la cinemática del trauma así lo amerita. En este sentido el principal recurso con que

se cuenta en la mayoría de los centros es la Tomografía Axial Computarizada, considerada actualmente el método de elección para la evaluación y seguimiento evolutivo de los traumatismos del páncreas. Sin embargo el diagnóstico de lesión ductal por tomografía es habitualmente difícil. Es por esto que en pacientes estables en los que existe la firme sospecha de compromiso ductal se recomienda la realización de una Colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada, sabiendo que el retraso diagnóstico de una lesión ductal tiene implicancias negativas en la evolución y el pronóstico. Existen clasificaciones que correlacionan el grado de lesión ductal con la clasificación de la AAST y en base a esto recomiendan el tratamiento a realizar.

La colangiorresonancia y la colangiopancreatografía con resonancia magnética dinámica estimulada con secretina, en los centros en los que se dispone de estas herramientas diagnósticas, son de suma utilidad.

El manejo no operatorio del trauma pancreático puede plantearse habiendo descartado la lesión ductal (lesiones grado I y II) y en ausencia de otras lesiones que ameriten de una laparotomía exploradora.

Una vez decidida la laparotomía, de la exploración intraoperatoria surgirá el diagnóstico de lesión pancreática. Esta debe sospecharse frente a la presencia de un hematoma retroperitoneal central, bilis o edema en la región duodenopancreática, citoesteatonecrosis, y finalmente siguiendo el trayecto del agente lesivo para heridas penetrantes, fundamentalmente cuando está involucrado el retroperitoneo por encima del mesocolon transversal.

El 80% de los traumatismos corresponden a lesiones menores (I y II). Habitualmente este tipo de lesiones pueden manejarse correctamente mediante hemostasis y drenajes.

Debe sospecharse lesión ductal frente a las siguientes situaciones: visualización directa del ducto seccionado, sección del páncreas mayor al 50% o destrucción masiva. Si la lesión ductal no es evidente pero sí probable basado en alguno de estos hallazgos, cobra real jerarquía la CPER intraoperatoria.

Las lesiones grado III (lesión ductal distal a los vasos mesentéricos) se tratan habitualmente mediante pancreatectomía distal asociando o no esplenectomía. Las lesiones grado IV (lesión ductal a la derecha de los vasos mesentéricos) son infrecuentes, menos del 5% de los casos. Aquí pueden plantearse distintas alternativas terapéuticas dependiendo del estado del paciente y la presencia o no de lesiones asociadas. Anastomosis pancreático yeyunal, resección pancreática extendida a la derecha de los vasos mesentéricos, rafia duodenal y exclusión pilórica si hay lesión duodenal importante asociada con colocación de drenajes, eventualmente duodenopancreatectomía cefálica. (DPC).

Las lesiones grado V, que implican una destrucción masiva de la cabeza del páncreas, requieren generalmente de DPC, seguida de alguna técnica de empaquetamiento abdominal (open vacuum) e ingreso del paciente a unidad de cuidados especiales, difiriendo el tiempo de la reconstrucción del tránsito digestivo.

En cuanto a las complicaciones, estas dependen de la entidad de la lesión y el tratamiento realizado. La morbilidad global es alta, 30-50%. La mayoría son tratables o autolimitadas, pero un porcentaje considerable son causantes de mortalidad como consecuencia de sepsis y fallo orgánico múltiple. Se reconoce también un pico de mortalidad inmediata, en el transcurso de las primeras horas, vinculado fundamentalmente a lesiones vasculares asociadas.

Dentro de las principales complicaciones destacamos la fístula pancreática, definida por el gasto de al menos 100 ml/día por al menos 10 días con dosificación alta de amilasa en el líquido.

Otras complicaciones son el absceso pancreático, pancreatitis, hemorragia, pseudoquistes, insuficiencia pancreática endócrina o exócrina.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión actualizada del tema centrando la discusión en los puntos más controversiales del manejo del trauma pancreático como son el diagnóstico y las medidas terapéuticas.

Se presenta una serie de casos de pacientes que fueron asistidos en el Hospital Maciel entre abril de 2010 y abril de 2011.

Destacamos que nuestro hospital no constituye un centro de trauma. En el servicio de urgencias del Hospital Maciel se asisten pacientes con patologías variadas, a un promedio de 120-140 consultas diarias, de las que promedialmente 10 a 15% son politraumatizados. En el último año se presentaron 5 pacientes con trauma penetrante de abdomen que por distintas razones ameritaron cirugía de urgencia y en los que se constató la presencia de lesión pancreática; 4 de ellos fueron lesiones por herida de arma blanca y uno por proyectil de arma de fuego.

En todos los casos el diagnóstico fue intraoperatorio. La asociación lesional fue la regla, siendo el órgano más frecuentemente involucrado el hígado (3 casos) seguido del estómago (2 casos) y la vena cava inferior en 1 paciente. 2 pacientes presentaron lesión ductal confirmada en el intraoperatorio, con sección pancreática a la izquierda de los vasos mesentéricos y fueron resueltos mediante pancreatectomía corporocaudal, debiendo asociar la esplenectomía en uno de los casos. Los 3 restantes fueron manejados mediante procedimientos de hemostasis y colocación de drenajes.

En cuanto a la morbilidad, la misma fue elevada, siendo la complicación más frecuente la fístula pancreática, (3 pacientes, es decir 60% de la serie) con evolución favorable con tratamiento conservador no operatorio.

La mortalidad fue de 20%. (1 paciente) Reingresó a la semana del alta con un shock hipovolémico en anemia aguda, siendo reoperado en constante reanimación constatándose un hematoma retroperitoneal central y hemoperitoneo falleciendo en el acto operatorio. Probablemente esta situación pueda explicarse por una lesión vascular retroperitoneal inadvertida en la primer cirugía.

Si bien la serie que se presenta no es extensa, destacamos la coincidencia en las cifras con lo escrito en la literatura internacional en cuanto a la cinemática del trauma, los aspectos diagnósticos y terapéuticos, y fundamentalmente las complicaciones y mortalidad de estas lesiones.

Concluimos que las lesiones traumáticas del páncreas son de baja frecuencia y difícil diagnóstico preoperatorio por lo cual debe tenerse un alto índice de sospecha. Son más frecuentes en el trauma penetrante que en el contuso, siendo la asociación lesional y una elevada morbimortalidad la regla en estos casos. El tratamiento quirúrgico admite muchas posibilidades, siendo siempre aconsejable realizar lo menos posible.

ACERCA DE LOS AUTORES

Juan M Costa (Correspondencia)

Asistente de Clínica Quirúrgica, Hospital Maciel, Montevideo Uruguay, e-mail: costa0810@gmail.com

Joaquín Bado

Asistente de Clínica Quirúrgica, Hospital Maciel, Montevideo Uruguay

Pablo Sciuto

Asistente de Clínica Quirúrgica, Hospital Maciel, Montevideo Uruguay

María Moldes

Residente de Clínica Quirúrgica, Hospital Maciel, Montevideo Uruguay

Javier Chinelli

Residente de Clínica Quirúrgica, Hospital Maciel, Montevideo Uruguay

Gerardo Secondo

Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, Hospital Maciel Montevideo, Uruguay