

La Esplenopancreatectomía Distal como Tratamiento de las Transecciones del Páncreas Presentación de un Caso

Dres. P. Morgado Nieves, MTSVC, FACS, FICS. (*)

Julio Portillo

J. Monroy Rodríguez, MASVC, MSVO

y Armando González

Por su posición, cortando transversalmente la columna vertebral, el páncreas es uno de los órganos abdominales más fácilmente vulnerable por los agentes traumáticos. Su lesión sin embargo, es a menudo acompañada por la de otras vísceras, particularmente hígado, estómago, riñón, duodeno, bazo, grandes troncos arteriales abdominales, colon e intestino delgado, por lo cual la mortalidad de tales traumatismos es generalmente alta. Los agentes traumáticos, penetrantes o no del abdomen pueden ocasionar contusión, laceración o la transección del páncreas, siendo los diferentes segmentos —cabeza, cuerpo y cola— afectados en una frecuencia más o menos similar.

Presentamos un caso de transección del páncreas, tratado en el Servicio de Cirugía General No. 4 del Hospital "Miguel Pérez Carreño", en Caracas.

Historia 009523, A.R., 33 años, masculino, casado, obrero, ingresa por haber sido agredido en la noche del 30 de Mayo, sufriendo traumatismos generalizados. Su admisión al Hospital se produce 36 horas después del suceso. Al exámen se encuentra paciente en mal estado general, intoxicado, con abdomen de paredes hipertónicas y defensa generalizada, am-

(*) Del Servicio de Cirugía No. 4, Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño",
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Caracas.

polla rectal vacía, pasando orinas claras. T.A. 120/60, temp. oral 36.5° C; pulso 114 por minuto. Placa simple de abdomen: niveles líquidos, sin apariencia de gas libre en cavidad. Cuenta blanca: 19.700 leucocitos. Fórmula leucocitaria: 90 segmentados, 9 linfocitos, 1 monocito. Se hace el diagnóstico de abdomen agudo y se indica la exploración quirúrgica.

NOTA OPERATORIA:

1º de Junio de 1971, a las 5.30 a.m. bajo anestesia general con Halothane se practica laparatomía paramediana derecha, encontrándose sangre libre en cavidad abdominal y gran desgarre del epiplón menor con aparente necrosis en alguna extensión. Se explora la retrocavidad de los eplipones y se encuentra sección de aproximadamente 2/3 de la circunferencia del páncreas, a la altura de la unión entre la cabeza y el cuerpo. Se hace sutura primaria con puntos de seda interrumpidos, se revisa la hemostasia, se reseca parte del epiplón menor y se drena por flanco derecho, cerrando la pared por planos. Cirujanos: Dres. Morgado, Portillo y Moreán. Anestesiólogo: Dr. Manrique.

La evolución post-operatoria inmediata es satisfactoria, pero a partir del sexto día, al retirar el drenaje, comienza a fluir líquido claro abundante, que desaparece al día siguiente. En los próximos días se alternan episodios de distensión y dolor abdominal difuso y secreción de líquido que es identificado como jugo pancreático. Finalmente, en los días 14 y 15 del post-operatorio, comienza a presentar vómitos a la ingestión de cualquier alimento y distensión abdominal, particularmente en hemiabdomen izquierdo. A la radiología simple de abdomen se encuentra una masa redondeada que ocupa parte de epigastrio, hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo. Las cifras de amilasa sanguínea se mantuvieron siempre por encima de las 480 unidades y para el momento de decidir su reintervención, la amilasemia era de 608 unidades, con discreta alteración del ionograma. El 16 de Junio se decide la reintervención, con diagnóstico de pseudoquiste del páncreas y obstrucción intestinal. Bajo anestesia general con Halothane se practica incisión transversa supraumbilical, transformada en "T" por paramediana izquierda superior. Hallazgo de voluminoso quiste sub-parietal, que drenó aproximadamente 2 litros de líquido de aspecto purulento. El "quiste" correspondía a la transcavidad de los eplipones, cerrada por el epiplón mayor.

Se encontró la cabeza del páncreas lujada hacia la porción anterior de la formación quística, en tanto que la cola y el cuerpo continuaban fijos en su posición normal. Se practicó la esplenectomía y pancreatometomía distal, previa identificación y disección de los elementos vasculares retropancreáticos. En la cabeza, se procedió a cateterizar el Wirsung, cerrando luego con puntos de colchonero que fueron aplicados en varias capas sobre el tejido pancreático. Se reseco el epiplón mayor y se practicó colecistostomía a través de sonda de Foley No. 18. Se dejaron drenes de succión en celda esplénica, transcavidad de eplipones y dren de Penrose en el Winslow.

Durante la intervención se administraron 1.500 cc de sangre. Cirujanos: Dres. Monroy y González. Anestesiólogos: Dres. Tabet y Pérez Sánchez.

En el post-operatorio se produjo un absceso de la pared, pero las condiciones generales del enfermo fueron siempre satisfactorias. La más alta tasa de amilasemia fue de 290 unidades y la última, una vez cerrado el tubo de la colecistostomía, fue de 184 unidades. Fue dado de alta el 26 de Julio, habiéndose retirado el tubo de la colecistostomía y en condiciones generales satisfactorias.

DISCUSION

Cuando un traumatismo, abierto o cerrado, no iatrogénico, ocasiona la transección del páncreas, ésta ocurre en el sitio donde el páncreas cruza la columna vertebral. Es decir, entre la cabeza y el cuerpo. Los principales conductos pancreáticos quedan abiertos y, por consiguiente, la secreción glandular es vertida íntegramente en la cavidad peritoneal, llenando particularmente la transcavidad de los epiplones. No hay en estos casos la formación de un verdadero quiste o un pseudoquiste, ya que solamente se trata de un mecanismo peritoneal de defensa, que tiende a limitar al agente irritante, en este caso el jugo pancreático. Se impone, pues, una solución terapéutica enérgica que disminuya la posibilidad de las azarosas complicaciones sobrevenidas como consecuencia del libre paso del jugo pancreático a la cavidad abdominal, ya que es harto conocido el poder proteolítico de las enzimas contenidas en aquél.

Werschky y Jordan (7) revisaron 140 pacientes con traumatismos externos que lesionaron el páncreas. De ellos 117 pacientes sufrieron heridas penetrantes del abdomen y el páncreas fue hallado lesionado junto con el hígado en 63 casos, con el estómago en 61, con el riñón en 27, con el duodeno en 31, con el bazo en 29, con grandes arterias en 29, con el colon en 24 y en el intestino delgado en 21. Los pulmones, la vena cava, diafragma, vena renal y otros organos, fueron lesionados menos frecuentemente. En la mayor parte de estos casos, la lesión pancreática se limitaba a contusiones y laceraciones. Por el contrario, en los 23 casos de lesión pancreática por traumatismo no penetrante del abdomen, fueron más frecuentes las laceraciones y las transecciones totales o parciales. Pancreatectomía distal y cierre por sutura del extremo proximal, con drenaje de Penrose, fue hecha en 17 pacientes, con una mortalidad de 29%.

En 2 pacientes se hizo pancreatoyeyunostomía con asa en Y de Roux. En un paciente se hizo aproximación de los segmentos del páncreas y en otro se hizo pancreatoduodenectomía. 2 pacientes fallecieron en la mesa. Weitzman y Rothschild (6) revisaron los detalles de 8 pacientes con transección pura del páncreas, como en nuestro caso, ocasionada por traumatismo cerrado.

La mitad de los pacientes eran niños entre 3 y 9 años de edad. Todos los 8 pacientes fueron tratados por esplenectomía y pancreatec-

tomía distal, siendo cerrado el extremo libre con sutura no absorbible y drenada la transcavidad por Penrose. La estadía hospitalaria fue de 11 días y no hubo mortalidad post-operatoria.

Los autores recomiendan esta operación como el procedimiento de elección en tales casos. De Bakey (2), con una estadística similar, trató algunos casos en esta forma pero no está de acuerdo en que ella sea el tratamiento de elección. Sugiere la pancreatoyeyunostomía a un asa en Y de Roux como tratamiento alternativo.

Fístulas pancreáticas se desarrollaron en 44 de 160 pacientes con traumatismos externos revisados por Jordan (4), con una mortalidad de 7% para los 44 pacientes. En algunos pacientes a los que se les practicó pancreatectomía distal por lesión severa de la cola o por transección pancreática total, se observó la aparición de fístulas. Hannon y Sprafka (3) resecaron el segmento pancreático distal y el bazo con excelentes resultados en tres casos. Letton y Wilson (5), refieren iguales excelentes resultados preservando el segmento distal e implantándolo al yeyuno.

En la literatura nacional no hemos conseguido referencia a las lesiones de páncreas por traumatismos externos.

De la revisión hecha, a propósito de nuestro caso, parece desprenderse que ante las contusiones del páncreas, el simple drenaje de la transcavidad de los epiplones es suficiente; ante las laceraciones, sutura primaria con material no absorbible; y en presencia de una transección, parcial o total, dos procedimientos tienen vigencia: la esplenopancratectomía distal, con o sin drenaje de las vías biliares, y la pancreatoyeyunostomía distal a un asa en Y de Roux, con cierre del muñón proximal mediante sutura no absorbible.

En ambos casos, drenaje amplio de la cavidad abdominal. Al momento de decidir cual de las dos intervenciones ha de realizarse, creemos que técnicamente es más rápida la esplenopancratectomía distal y posiblemente sea la más adecuada para un paciente que con toda seguridad anda en malas condiciones sobre la mesa operatoria. Child, Frey y Fry (1) revisaron la situación post-operatoria de 51 pancreatectomizados en los últimos 15 años, de los cuales 48 sufrieron la resección de por lo menos el 95% del páncreas. Encontraron que muchos pacientes sufren de diabetes, considerada como moderada. La deficiencia pancreática exógena ha sido fácilmente controlada. En sus conclusiones, los autores recomiendan que cuando sea necesario, y las condiciones quirúrgicas lo permitan, pueden resecarse hasta el 95% del páncreas, sin temor a graves complicaciones endocrinas post-operatorias.

En el caso que presentamos, hasta ahora no hay evidencias ni de diabetes ni de insuficiencia pancreática exógena.

RESUMEN

A propósito de un caso de transección parcial del páncreas por traumatismo cerrado del abdomen, el cual fue tratado inicialmente por aproximación de sus extremos con material inabsorbible y, posteriormente, debido a la digestión de la sutura y a la transformación de la transección de parcial en total por efectos de la presión del líquido acumulado, mediante una esplenopancreatectomía distal de cuerpo y cola, asociada a colecistostomía descompresiva, revisamos alguna literatura internacional sobre el tema. Encontramos que en todas las series, que van desde 3 casos hasta 140 casos, se recomienda un tratamiento radical para las transecciones parciales o totales: esplenopancreatectomía distal, con o sin drenaje de vías biliares, o pancreatoyeyunostomía en asa en Y de Roux, con cierre del extremo pancreático proximal mediante sutura no absorbible. En ambos casos, es imperativo drenar ampliamente el abdomen. Los trastornos endo y exocrinos post-operatorios aparecen, a la luz de esta revisión, como de manejo relativamente fácil y sin mayores consecuencias para los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Child, Ch.; Frey, Ch.; Fry, W.: Reappraisal of removal of the Pancreas. Surg.; Gyn. y Obs. 129:56, 1969.
- 2.—De Bakey, M.: The Year Book of general Surgery, P. 438, 1969, Year Book Medical Pub., Chicago.
- 3.—Hannon, D. W., Sprafka, J.: Resection for traumatic pancreatitis. Ann. Surg., 146:136, 1957.
- 4.—Jordan, G. L.: Pancreatic fistula.- Am. J. Surg.,119:200-206, 1970.
- 5.—Letton, A. H., Wilson, J. P.: Traumatic severance of pancreas treated by Roux-Y anastomosis. Surg. Gyn. Obs., 109:473, 1959.
- 6.—Weitzman, J. J., Rothschild, P. D.: Surgical management of traumatic rupture of Pancreas due to blunt trauma. S. Clin. North America 48: 1347-1353, 1968.
- 7.—Werchky, L. R., Jordan, G. L.: Surgical management of traumatic injuries to the Pancreas. Am. J. Surg. 116:768-772, 1968.