

Pancreatectomía central de urgencia por traumatismo cerrado de abdomen

Emergent central pancreatectomy for a blunt abdominal trauma

Adolescente sano que sufrió traumatismo cerrado de abdomen mientras esquiaba (impacto directo del abdomen contra poste). Es trasladado al Servicio de Urgencia del hospital en ambulancia.

Al ingreso, el paciente estaba hemodinámicamente estable (presión arterial: 110/70 mmHg; FC: 80 cmp) con hemoglobina de 12 g/dl. Presentaba erosiones abdominales múltiples con signos de irritación peritoneal.

La tomografía abdominal objetivó un traumatismo pancreático aislado (hipodensidad pancreática, aumento de tamaño a nivel del cuerpo pancreático e infiltración de la grasa peripancreática); signos sospechosos de una sección del cuerpo pancreático y probable sangrado arterial activo de la arteria pancreática principal (fig. 1).

Laparotomía de urgencia. Incisión bisubcostal. Exploración abdominal: hemoperitoneo moderado, se confirma la sección completa del canal de Wirsung a nivel del istmo pancreático con hemorragia arterial a nivel de la arteria pancreática principal (fig. 2A), páncreas corporocaudal rodeado por un voluminoso hematoma.

Inicialmente realizamos la hemostasia por compresión, seguida de la identificación y el control electivo de las arterias hepática y esplénica. Sección pancreática proximal a nivel de la vena porta utilizando el disector ultrasónico (CUSA®) con el control electivo del canal de Wirsung a nivel de la tranche de sección cefálica (fig. 2B). Distalmente sección a nivel de zona macroscópicamente sana.

Restablecimiento de la continuidad digestiva mediante una anastomosis pancreaticogástrica terminolateral de PDS 5-0 en 2 planos por invaginación del muñón pancreático en la cavidad gástrica, protegida por una omentoplastia.

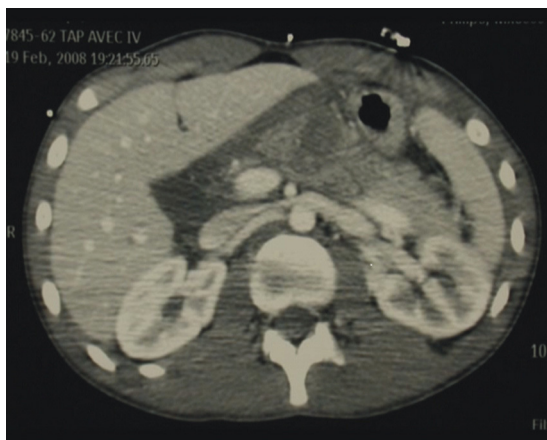


Figura 1 – Tomografía abdominopélvica: hipodensidad pancreática, aumento del cuerpo pancreático con infiltración de la grasa, hallazgos que hacen sospechar una sección completa del cuerpo pancreático.

Protección de la tranche pancreática proximal con una compresa de Tachosil®.

Colecistectomía y drenaje biliar externo transcístico.

Duración de la operación 3 h 20 min, sin transfusión sanguínea.

Buena evolución postoperatoria. Realimentación al 7.º día sin signos clínicos ni paraclínicos de fístula pancreática.

Control clínico biológico hasta 2 años después de la intervención, con curva de crecimiento corporal normal y sin signos de diabetes ni insuficiencia pancreática exocrina.

En el traumatismo cerrado de abdomen, el páncreas es, entre los órganos retroperitoneales, el más expuesto, debido a su posición anatómica delante de la columna vertebral.

El traumatismo pancreático aislado en el adolescente es raro (3-12%)^{1,2}. En caso de traumatismo frontal (manillar de

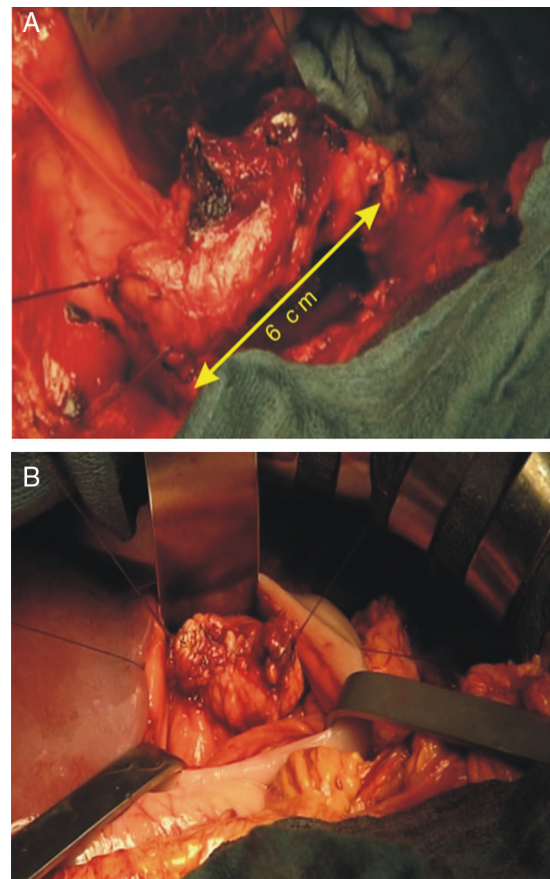


Figura 2 – A y B) Vista intraoperatoria: sección completa del conducto de Wirsung a nivel del istmo pancreático y hemorragia activa de la arteria pancreática dorsal. Sección pancreática a nivel del istmo después de la confección de la anastomosis pancreaticogástrica.

bicicleta, golpe en epigastrio) puede producirse una fractura de páncreas entre la unión del cuerpo y la cola. Los 2 elementos principales clínico-radiológicos que determinan una terapéutica quirúrgica son: la rotura completa del canal de Wirsung y la presencia de sangrado activo.

La asociación americana (Association American for Surgery of Trauma [AAST])³ clasificó los traumatismos pancreáticos en 5 grados.

Esta clasificación constituye, según la mayor parte de los expertos, una guía racional para la selección de los candidatos a la cirugía, que se impone en las heridas pancreáticas de grado III a V, particularmente en los casos de sangrados activos.

Diferentes opciones quirúrgicas han sido propuestas en el caso de una sección completa del canal de Wirsung distal: una esplenopancreatectomía, una pancreatectomía caudal con preservación de esplénica y una fistulización dirigida por un drenaje de proximidad⁴.

El tratamiento no quirúrgico (nutrición parenteral, análogos de la somatostatina, papilotomía o colocación de prótesis pancreática por vía endoscópica CPER⁵) ha sido propuesto en lesiones pancreáticas menores de grado I y II⁶; la pancreatectomía para los traumatismos mayores de grado III y IV.

La pancreatectomía central en el adolescente resulta anecdótica y jamás ha sido reportada en urgencias.

Fischer et al.⁷ publicaron un caso de pancreatectomía central en un adolescente de 16 años, en el que la pancreatectomía fue realizada 2 meses después del traumatismo, inicialmente tratado de forma conservadora.

La mayoría de los autores preconizan la pancreatectomía izquierda con la preservación⁸⁻¹⁰ o exéresis esplénica en casos de traumatismo pancreático con sección completa del conducto de Wirsung (grado III).

La pancreatectomía central con una anastomosis pancreaticogástrica es una alternativa válida. Este tipo de cirugía condiciona la preservación de la función endocrina y exocrina del páncreas así como el papel protector del bazo.

La pancreatectomía central (con una anastomosis pancreaticogástrica) en Urgencias por un traumatismo aislado en un adolescente es posible, a condición de que su estado hemodinámico sea estable.

Como hemos comunicado en nuestro caso, confirmamos a través del seguimiento a los 24 meses una buena tolerancia clínica y la ausencia de insuficiencia pancreática endocrina y exocrina tras la intervención quirúrgica⁷.

Este caso se trata de la primera vez de una pancreatectomía central realizada en Urgencias en un adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akhrass R, Yaffe MB, Brandt CP, Reigle M, Fallon WF, Malangoni MA. Pancretic trauma: A ten-years multi-institutional experience. *Am Surg.* 1997;63:598-604.
2. Lochan R, Sen G, Barret AM, Scott J, Charnley RM. Management strategies in isolated pancreatic trauma. *Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2009;16:189-96.
3. Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, Jurkovich GJ, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling, II: Pancreas, duodenum, small bowel, colon and rectum. *J Trauma.* 1990;30:1427-9.
4. Wooda JH, David A, Partrick J, Bruny L, Sauaia A, Moulton SL. Operative vs nonoperative management of blunt pancreatic trauma in children. *J Pediatr Surg.* 2010;45:401-6.
5. Hall RI, Lavelle MI, Venables CW. Use of ERCP to identify the site of traumatic injuries of the main pancreatic duct in children. *Br J Surg.* 1986;73:411-2.
6. Juric I, Pogorelic Z, Biocic M, Todoric D, Furlan D, Susnjari T. Management of blunt pancreatic trauma in children. *Surg Today.* 2009;39:115-9.
7. Fisher JC, Kuenzler KA, Bodenstein L, Chabot JA. Central pancreatectomy with pancreaticogastrostomy in children. *J Pediatr Surg.* 2007;42:740-6.
8. Reynolds EM, Curnow AJ. Laparoscopic distal pancreatectomy for traumatic pancreatic transection. *J Pediatr Surg.* 2003;38:E7-9.
9. Sayad P, Cacchione R, Ferzli G. Laparoscopic distal pancreatectomy for blunt injury to the pancreas. A case report. *Surg Endosc.* 2001;15:759.
10. Leva E, Huscher C, Rode H, Fava G, Napolitano M, Maestri L, et al. Management of traumatic complete pancreatic fracture in a child: Case report and review of literature. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2008;18:321-3.

Patricia López Penza*, Edoardo Rosso, Ettore Marzano, Elie Oussoultzoglou y Philippe Bachellier

Service de Chirurgie Générale, Hépatique et Endocrinienne, Hôpital Universitaire de Hautepierre, Estrasburgo Cedex, Francia

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patricialopezpenza@hotmail.com (P. López Penza).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.017>