

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Trauma cerrado de páncreas Closed trauma of the pancreas

Jaime Landell Cruz\*, Ibrahim Gómez González\*

\*Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Jaime Landell Cruz, correo electrónico: yimi@ltu.sld.cu.

Recibido: 15 de noviembre de 2016

Aprobado: 9 de diciembre de 2016

#### RESUMEN

El trauma cerrado del páncreas es infrecuente, pues el órgano se encuentra ubicado en un sitio que goza de relativa protección. Se considera por diferentes autores que entre el uno y el doce por ciento de los traumatismos abdominales graves presentan una lesión pancreática. Se describe el caso de un paciente masculino de 54 años de edad, que recibió un trauma cerrado en epigastrio por la patada de un buey; acude al cuerpo de guardia de cirugía 72 horas después de haber recibido el trauma. Al examen físico se encuentra reacción peritoneal a ese nivel y en la ecografía abdominal se identifica un hematoma a nivel del cuello pancreático. Se decide realizar laparotomía exploratoria, encontrándose una sección total del cuello del páncreas a la derecha de los vasos mesentéricos. Se le realizó pancreatectomía subtotal más esplenectomía. El paciente tuvo buena evolución postoperatoria.

**Palabras clave:** PÁNCREAS; TRAUMA CERRADO; PANCREATECTOMIA SUBTOTAL.

**Descriptor:** PÁNCREAS; HERIDAS Y TRAUMATISMO; PANCREATECTOMÍA.

#### SUMMARY

Closed trauma of the pancreas is a rare condition. The organ is located in a place with a relative protection. It is considered that between 1 and 5 % of serious abdominal traumatismos present a pancreatic lesion, according to different authors. This study describes the case of a 54-year-old male patient who had a closed trauma in the epigastrium by the kick of an ox, and came to the Emergency Department 72 hours after the trauma. On physical examination there was peritoneal reaction at that level. Abdominal echography showed a hematoma at the level of the pancreatic neck. It was decided to perform an exploratory laparotomy which revealed a total section of the pancreas neck to the right of the mesenteric vessels. Subtotal pancreatectomy was performed, together with splenectomy. The patient had a good postoperative progress.

**Key words:** PANCREAS; CLOSED TRAUMA; SUBTOTAL PANCREATECTOMY.

**Descriptors:** PANCREAS; WOUNDS AND INJURIES; PANCREATECTOMY.

#### INTRODUCCIÓN

El trauma cerrado del páncreas es infrecuente, (1, 2) su posición relativamente protegida implica que se requiere un trauma de alta energía para dañarlo. Esta fuerza conlleva al aplastamiento de las estructuras retroperitoneales contra la columna vertebral, lo que implica un espectro de lesiones que oscilan desde la simple contusión hasta la transección completa del cuerpo pancreático. (3-7)

La mayoría de las lesiones se producen en el istmo, haciendo que el páncreas se incruste contra la primera vértebra lumbar y el problema principal es la conservación o alteración del Wirsung. (8) Estas lesiones se asocian a accidentes de tránsito y se consideran un problema grave y complejo, tanto diagnóstico como terapéutico, por lo que su manejo temprano es esencial. (9)

Citar como: Landell Cruz J, Gómez González I. Trauma cerrado de páncreas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(12). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/976>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas  
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas  
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

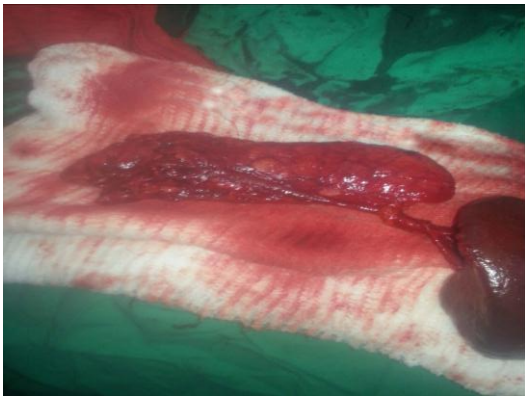
El trauma cerrado del páncreas ha aumentado su frecuencia entre las víctimas de los traumas abdominales en los últimos 30 años, en los países industrializados se ve mayoritariamente en pacientes jóvenes, se asocia a lesiones de hígado, bazo, colon transverso y duodeno; su proximidad a los grandes vasos hacen que sean lesiones severas. (3, 4) Dentro de los exámenes diagnósticos que pueden realizarse están la amilasa sérica, la ecografía abdominal, la TAC y la CPRE. (10)

Cuando no es diagnosticado al ingreso y existe demora, aparecen complicaciones, incluyendo pancreatitis, fistulas, pseudoquistes y falla múltiple de órganos. (1-2) El tratamiento quirúrgico depende de la zona anatómica afectada y la integridad o no del conducto de Wirsung. (3, 4) La mortalidad neta por trauma cerrado del páncreas es reportada hasta un 30 %, con la mayor parte de los fallecidos ocurriendo en las primeras 48 horas después de producido el evento. (11-12)

### PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino, de 54 años de edad, que es traído al cuerpo de guardia de cirugía por haber recibido la patada de un buey en el abdomen hace más o menos tres días. Al examen físico la palpación es muy dolorosa, tanto a la palpación superficial como profunda en el epigastrio, con contractura y reacción peritoneal, la percusión muy dolorosa y a la auscultación los ruidos hidroaéreos están disminuidos, frecuencia cardíaca 112 latidos x minutos y tensión arterial 100 con 60 mmhg.

### IMAGEN 1. Resección del cuello, cuerpo y cola del páncreas, más esplenectomía



Se le realizan exámenes complementarios de urgencia, todos se encuentran dentro de parámetros normales, excepto la ecografía abdominal, que informa que a nivel de la cabeza y cuello pancreático se impresiona imagen que parece corresponder con hematoma. Se realiza laparotomía exploratoria y se encuentra una sección total del cuello del páncreas, que incluye al conducto de Wirsung (**imagen 1**), se realiza pancreatectomía subtotal más esplenectomía,

evoluciona satisfactoriamente y se da de alta al onceno día, en la actualidad continua evolucionando satisfactoriamente, con perfil glicémico dentro de parámetros normales (**imagen 2**).

### DISCUSIÓN

El trauma cerrado del páncreas es infrecuente y su diagnóstico se realiza en la mayoría de las ocasiones de forma demorada. Existen múltiples clasificaciones de los traumatismos pancreáticos: (2-4, 9, 10)

Grado I: hematoma (contusión menor sin lesión del conducto); laceración (laceración superficial sin lesión del conducto).

Grado II: hematoma (contusión mayor sin lesión del conducto ni pérdida de tejido); laceración (laceración mayor sin lesión del conducto o pérdida de tejido).

Grado III: transección distal o lesión del tejido y del conducto.

Grado IV: transección proximal a la derecha de la vena mesentérica superior o lesión del tejido sin incluir la ampolla de Váter.

Grado V: lesión masiva de la cabeza pancreática.

### IMAGEN 2. Paciente con buena evolución postoperatoria luego de un año de operado



Dentro de los exámenes diagnósticos, la amilasa tiene valor, pero, antes de las 48 horas de producido el trauma, (10) la tomografía axial computarizada, o angio TAC, es el examen imagenológico más fidedigno, sobre todo en pacientes termodinámicamente estables; (1, 3, 6, 8, 11) en este medio se utiliza la ecografía abdominal.

Los procedimientos quirúrgicos son específicos para las distintas lesiones del páncreas, pueden variar, pero hay criterios que no deben ser vulnerados: controlar el sangrado, minimizar la contaminación bacteriana, localizar la lesión, la cantidad de tejido lesionado y la integridad o no del Wirsung, valorar la presencia o no de lesiones asociadas, resección pancreática juiciosa y drenaje adecuado. (4, 5, 8, 10) La mortalidad del trauma cerrado del páncreas está en un rango de 9 a 46 %.

En el caso de este paciente, acudió al cuerpo de guardia a las 72 horas de haber recibido el trauma y lo que más llamó la atención al examen físico fue la reacción peritoneal en epigastrio; la ecografía abdominal fue fidedigna al describir un hematoma a nivel del cuello; la lesión se clasifica grado IV, con

transección del conducto de Wirsung a la derecha de los vasos mesentéricos y se decidió la sutura de colchonero del parénquima pancreático remanente, obliterando el conducto sin derivación pancreato-yeyunal. (12-14) Su evolución postoperatoria ha sido satisfactoria.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Gordon R, Anderson S, Ozonoff A, Rekh S, Soto J. Blunt pancreatic trauma, evaluation with MDCT Technology. *Emergency Radiol* [revista en internet]. 2013, Agosto [citado 14 de diciembre 2016]; 20(4): 259–266. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10140-013-1114-z>.
2. Soler Vaillant R. Cirugía del abdomen en lesiones del páncreas. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 181–182.
3. Piriz Momblant A. Páncreas Técnicas Quirúrgicas en Técnicas Quirúrgicas para las lesiones pancreáticas. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 139–152.
4. G Shackelford Z. Traumatismo pancreático. Cirugía del aparato digestivo. 3ra ed: Editorial Médica Panamericana; 1986. p. 141-147.
5. Lahiri R, Bhattacharya S. Pancreatic trauma. *Ann R Coll Surg Engl* [revista en internet]. 2013, Mayo [citado 14 de diciembre 2016]; 95(4); 241–245. Disponible en: Mediline Complete.
6. Navarro Soto S, Turegano Fuentes F. Traumatismo pancreático en Manejo quirúrgico del paciente politraumatizado. 2da Ed: Editorial Panamericana; 2012. p. 121-126.
7. San Roman E, Neira JA. Traumatismo pancreático en Trauma, Prioridades. Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 282-286.
8. Martinez Dubois S. Cirugía. Bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma. 5ta Edición: Mc Graw Hill; 2013. p.301.
9. O'Reilly DA, Bouamra O, Kausar A, Dickson EJ, Lecky F. The epidemiology of and outcome from pancreatoduodenal trauma in the UK, 1989–2013. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England* [revista en internet]. 2015 [citado 14 de diciembre 2016]; 97(2): 125-130. Disponible en: <http://publishing.rcseng.ac.uk/doi/abs/10.1308/003588414X14055925060712>.
10. Levine R, Bank M. Traumatic transaction of the pancreas. A case of delayed presentation. *Journal of the pancreas* [revista en internet]. 2011 [citado 14 de diciembre 2016]; 12(1): 47–49. Disponible en: <http://www.rth.unina.it/index.php/jop/article/view/3384>.
11. Williamson J, Willianson R. Managing pancreatoduodenal trauma. *British Journal of Hospital Medicine* [revista en internet]. 2012, Jun [citado 14 de diciembre 2016]; 73(6): 335-340. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22875324>.
12. Dreizin D, Bordegaray M, Tirada N, Raman S, Kadakia K, Munera F. Evaluating blunt pancreas trauma at whole body CT: current practices and futures directions. *Emergency Radiology* [revista en internet]. 2013 [citado 14 de diciembre 2016]; 20(6): 517–527. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Evaluating+blunt+pancreas+trauma+at+whole+body+CT+%3A+current+practices+and+futures+directions>.
13. Papalampros A, Fard\_Aghaie M, Maghsoudi T, Oldhafer K. Complte rupture of the pancreas after a kick into the abdomen during a football match. *BJM. Case report* [revista en internet]. 2014 [citado 14 de diciembre 2016]. Disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2014/bcr-2014-204141.full>.
14. Memon AA, Zafar H, Raza R, Murtaza G. Traumatic pancreatic injury-an elusive diagnosis: experience from a developing country urban trauma referral centre. *The Journal of the Pakistan Medical Association* [revista en internet]. 2013 [citado 14 de diciembre 2016]; 63(4): 440-444. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23905437>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.