

Nota Clínica

Traumatismo pancreático aislado y hemoperitoneo: una asociación infrecuente

A. Córdoba López, J. Monterrubio Villar, I. Bueno Álvarez-Arenas, G. Corcho Sánchez

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL DE DON BENITO-VILLANUEVA. BADAJOZ.

RESUMEN

Las lesiones pancreáticas tras un traumatismo abdominal cerrado son infrecuentes, pudiendo variar desde la contusión hasta la rotura. Lo habitual es el desarrollo de una hemorragia a nivel local, siendo poco frecuente la aparición de hemoperitoneo aislado como forma de presentación, aún más si la lesión pancreática no ocurre asociada a otras lesiones de vísceras abdominales. Presentamos dos pacientes con lesión pancreática aislada y que mostraron hemoperitoneo como único hallazgo clínico.

Palabras clave: Trauma pancreático. Hemoperitoneo. Traumatismo abdominal.

INTRODUCCIÓN

La etiología más común en los traumatismos pancreáticos es el accidente con vehículos de motor, siguiendo en frecuencia los golpes contusos recibidos en caídas o durante la realización de deporte. Los adultos jóvenes, probablemente por el hecho de tener menos grasa a nivel retroperitoneal, se encuentran más predispuestos a padecerlos.

En el contexto de un traumatismo abdominal las lesiones de las vísceras abdominales se presentan asociadas y rara vez (en menos del 5% de los casos) se ve afectado el páncreas de forma individual¹, ocurriendo en sólo un 3% de los traumatismos abdominales que requieren cirugía². La sintomatología clínica es muy variable, al igual que los hallazgos exploratorios, describiéndose fundamentalmente en aquellas situaciones en las que se ve implicado un mecanismo etiológico penetrante,

ABSTRACT

Isolated pancreatic trauma and haemoperitoneum: an infrequent association

Pancreatic lesions after closed abdominal trauma are infrequent, and may range from contusion to pancreatic rupture. The most usual finding is local haemorrhage, while the occurrence of isolated haemoperitoneum as the form of presentation is rather infrequent, and even more so if the pancreatic lesion is not associated to damage to other abdominal viscera. We report two patients with isolated pancreatic traumatic damage who evidenced haemoperitoneum as the only clinical finding.

Key Words: Pancreatic trauma. Haemoperitoneum. Abdominal traumatism.

te, pudiendo abarcar la lesión desde una pancreatitis hasta la laceración con rotura de los conductos pancreáticos. La mortalidad es aproximadamente del 20%³, debido a las complicaciones que desarrollan.

Presentamos aquí dos casos de traumatismo pancreático, sin otra lesión acompañante, secundario a un traumatismo abdominal no penetrante que comenzaron con un hemoperitoneo como único hallazgo clínico sin lesión retroperitoneal asociada, recogidos en el plazo de dos años.

CASO 1

Paciente de 39 años de edad, con antecedentes personales de etilismo crónico, que ingresó en el servicio de urgencias de nuestro hospital tras sufrir accidente de circulación. A su ingre-

Correspondencia: Dr. Alberto Córdoba López.
Avda. Alonso Martín nº 7, 1ºportal, 4º A. 06400 Don Benito (Badajoz).
E-mail: inso_4@hotmail.com

Fecha de recepción: 14-7-2003
Fecha de aceptación: 17-11-2003



so se encontraba en situación de shock, con una presión arterial de 70/40 mmHg, una frecuencia cardíaca de 120 lpm, frío y sudoroso. A la inspección se apreciaban múltiples erosiones abdominales, un hematoma dorsal y una herida inciso-contusa en el antebrazo izquierdo. En la exploración neurológica se apreciaron claros signos de etilismo agudo, sin focalidad. La auscultación cardiorrespiratoria no mostraba alteraciones, y el abdomen se encontraba contraído y doloroso a la palpación.

Tras su estabilización hemodinámica con aporte de volumen, dados los hallazgos clínicos, se sospecha una lesión intraabdominal, realizándose ecografía abdominal en la que se apreciaba hemoperitoneo, fundamentalmente a nivel perihepático y en el fondo de saco de Douglas, no evidenciándose lesiones en el hígado, bazo o páncreas. El resto de las pruebas complementarias no mostraron anomalías.

Decidida intervención quirúrgica urgente, se aspiran un total de 1.000 ml de sangre y abundantes coágulos de la cavidad retroperitoneal. Se revisaron la totalidad de los órganos intraabdominales sin evidenciarse lesión alguna. A través del epiploon se visualizaba una hemorragia procedente de una rotura del páncreas a nivel de su cabeza y cuerpo, que fueron suturadas, con escaso sangrado intraglandular.

Tras ello el paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos hemodinámicamente estable, intubado y precisando ventilación mecánica. El postoperatorio fue tortuoso, precisando de repetidas intervenciones de laparotomía, con un páncreas con signos de necrosis. Con posterioridad aparecieron múltiples complicaciones, entrando en situación de fallo multigangliónico, falleciendo a los 17 días de su ingreso.

CASO 2

Paciente de 23 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que ingresa en el servicio de urgencias de nuestro hospital tras haber sufrido accidente de circulación, con traumatismo abdominal asociado. A su ingreso el paciente se encontraba en situación de shock, sin percibirse presión arterial, taquicárdico (140 lpm, sinusal), somnoliento, con palidez cutáneo-mucosa extrema, sudoroso y mal perfundido, destacando a la exploración dolor abdominal difuso a la palpación. Con expansión de volumen remonta la tensión arterial, realizándose tras ello ecografía abdominal en la que se aprecia una gran cantidad de líquido libre –sospechándose entonces probable rotura esplénica–, no visualizándose el páncreas, pasó a quirófano para ser intervenido de urgencia. En la intervención se evacua un hemoperitoneo masivo (en torno a 2 1/2 litros), apreciándose induración de bazo e hígado, rotura pancreática en su tercio distal, procediéndose a su sutura.

Se dejaron dos drenajes, tras reposición de 4 unidades de sangre y dos litros de cristaloides, e ingresó en nuestra unidad de cuidados intensivos en el postoperatorio inmediato, sedo-relajado, intubado y precisando de ventilación mecánica. Extubado a las pocas horas, mantuvo posteriormente su estabilidad y fue dado de alta de nuestra unidad a los dos días, con estabilidad en todos sus sistemas. En la tomografía axial computarizada (T.A.C) realizada a los tres días no se objetivaron anomalías morfológicas, siendo en todo momento los valores de amilasa plasmáticos dentro de la normalidad.

DISCUSIÓN

La incidencia de traumatismo pancreático en pacientes afectos de traumatismo abdominal (penetrante o no) está en aumento. En series recogidas en la década de los 50 y 60, su incidencia era del 1,6%, siendo del 3,5% en las series de la década de los 70. Este incremento puede tener relación con la velocidad creciente en la primera causa de estos traumas: los accidentes de circulación.

Los traumatismos pancreáticos aislados son poco frecuentes, siendo lo más común encontrarlos asociados a otras lesiones en órganos intraabdominales, sobre todo a nivel hepático y menos frecuentemente a bazo y duodeno¹. Ello es debido a la localización retroperitoneal del páncreas que hace necesaria una gran fuerza para provocar su daño.

El mecanismo productor de las lesiones no penetrantes del páncreas puede obedecer a tres posibilidades en función de la localización abdominal del impacto. En la primera, el traumatismo incide directamente sobre el epigastrio, ocurriendo la compresión del órgano contra la columna vertebral: dada su estrecha relación con la columna vertebral lumbar, es susceptible de ser desgarrado o aplastado, al ser un órgano relativamente inmóvil. Si el choque tiene lugar sobre el hipocondrio derecho, la fuerza del impacto podría aplastar la cabeza del páncreas, pudiendo asociarse lesiones del pedículo hepático. Por último, si la fuerza del impacto incide sobre el hipocondrio izquierdo, las lesiones que se producen en el páncreas suelen ser a nivel distal (ocasionalmente lesiones esplénicas asociadas).

Cuando tiene lugar un traumatismo, la afectación de los vasos pancreáticos (al ser un órgano muy vascularizado) puede provocar una hemorragia a nivel local originando habitualmente un hematoma a nivel retroperitoneal⁴. La existencia de hemoperitoneo asociado puede deberse al daño concomitante de vísceras intraperitoneales, un desgarro en el peritoneo o al paso de sangre desde el espacio extraperitoneal. Craig encuentra hemoperitoneo en sólo cinco de trece

casos de trauma pancreático, que era secundario a sangrado por lesiones en otros órganos intraperitoneales⁵. Si hay paso desde el espacio extraperitoneal, la sangre escapa del páncreas, se localiza en el espacio adyacente al lugar de sangrado y diseca la transcavidad de los epiplones, peritoneo o retroperitoneo, penetrando incluso en mediastino⁶. Este sangrado extraperitoneal en los dos casos que nos ocupan no ocurrió⁴ al comprobarse durante el acto quirúrgico la ausencia de sangrado retroperitoneal.

Otros aspectos a tener en cuenta en los traumatismos pancreáticos son que al tener la capacidad de liberar enzimas activadas nocivas a nivel de los tejidos que rodean a la glándula, puede provocar inflamación y necrosis de los tejidos circundantes con producción de un tercer espacio. La hipovolemia resultante puede causar shock o dar origen a una peritonitis química. Asimismo, al liberar sustancias vasoactivas, tales como la bradisinina, puede provocar cambios hemodinámicos graves que conduzcan al shock.

El problema esencial en los traumatismos pancreáticos reside en su diagnóstico. Este, en el plazo de las primeras 24 horas, es difícil sin la sospecha clínica y el antecedente del traumatismo. La expresión clínica del daño puede ser muy variable, habitualmente manifestando un mínimo dolor epigástrico asociado ocasionalmente a una contractura abdominal. Los exámenes de laboratorio no son de gran ayuda, encontrándose

elevación de la amilasa sérica hasta en un 82% de los casos⁷, aunque puede no estar presente en las primeras veinticuatro a setenta y dos horas. El retraso en el diagnóstico y tratamiento pasadas 24 horas incrementa la morbilidad en estos pacientes, aunque en este momento suele estar presente una clara semiología de peritonitis.

La T.A.C es el método de elección para el diagnóstico al valorar la estructura de los órganos retroperitoneales⁸. Tiene, junto con la ecografía abdominal, una alta sensibilidad para determinar la presencia de líquido libre intraabdominal, siendo su mayor limitación el diagnóstico de lesiones viscerales mesentéricas⁹. Son indicativos de lesión la existencia de atenuaciones perpendiculares al eje mayor del páncreas, colección retroperitoneal (fundamentalmente en fascia perirrenal izquierda), edema en la grasa peripancreática¹⁰. Falsos negativos pueden producirse por hematomas intrapancreáticos.

La T.A.C puede detectar lesiones en un estadio precoz (brechas en el páncreas), aunque la ausencia de hallazgos no excluye el diagnóstico por lo que debería repetirse en el plazo de 12 a 24 horas en pacientes estables¹¹, para evitar hacer el diagnóstico tardíamente, cuando ya han aparecido las complicaciones.

En conclusión, se podría apuntar que la incidencia de estos traumatismos se encuentre infravalorada, por lo que quizás habrían de ser buscados con mayor énfasis.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Graham JL, Maddox KL, Jordan GL. Traumatic injuries of the pancreas. *Am J Urg* 1978;136:744.
- 2- Raptopoulus V. Abdominal trauma: emphasis on computed tomography. *Radiol Clin North Am* 1994;32:969-87.
- 3- Jeffrey RB, Federle MP, Crass RA. Computed tomography of pancreatic trauma. *Radiology* 1983;147:491-4.
- 4- Lane MJ, Mindelzun RE, Jeffrey B. Diagnosis of pancreatic injury after blunt abdominal trauma. *Semin Ultrasound* 1996;17:177-82.
- 5- Craig MH, Talton DS, Hauser CJ, Poole GV. Pancreatic injuries from blunt trauma. *Am Surg* 1995;61:125-8.
- 6- Kirchner S, Heller SM, Smith CW. Pancreatic pseudocyst of the mediastinum. *Radiology* 1977;123:37.
- 7- Bradley E, Young P, Chang MC, Allen SE, Baker CC, Meredith W, et al.

Diagnosis and initial management of blunt pancreatic trauma: guidelines from a multi-institutional review. *Ann Surg* 1998;227:861-9.

- 8- Asensio JA, García JC, Petrone P, Roldan G, Pardo M, Martín García W et al. Traumatismos pancreáticos: lesiones complejas, tratamientos difíciles. *Cir Esp* 2003;74:124-33.

- 9- Ng AK, Simons RK, Torreggiani WC, Ho SG, Kirkpatrick AW, Brown DR. Intraabdominal free fluid without solid organ injury in blunt abdominal trauma: an indication for laparotomy. *J Trauma* 2002;52:1134-40.

- 10- Gay SB, Siström CL. Computed tomographic evaluation of blunt abdominal trauma. *Radiol Clin North Am* 1992;30:367-88.

- 11- Meredith JW, Trunkey DD. CT Scanning in acute abdominal injuries. *Surg Clin North Am* 1988;68:255-68.