

Traumatismo de la Región Duodeno-Pancreática en la Infancia

Dres. H. Pelusso, J. Maldonado, A. Fontana y J. Hauri.

Servicio de Cirugía Infantil Hospital de Niños "Sor María Ludovica" La Plata.

Resumen

Entre 1984 y 1989 fueron atendidos 602 casos de politraumatismos, de ellos 152 correspondieron a traumatismos abdominales. En el presente trabajo se analizan 9 casos con traumatismo Duodeno-Pancreático, 4 hematomas duodenales, 4 perforaciones duodenales y una sección del cuerpo pancreático; destacando el manejo conservador de la primera variedad descripta, la sutura simple con exclusión duodenal en el segundo tipo y la pancreatocotomía corporocaudal en la última variedad.

Describimos la forma de presentación, los métodos diagnósticos, y jerarquizamos la utilización precoz de la alimentación parenteral.

Palabras claves: traumatismo abdominal-duodeno-páncreas.

Summary

Between 1984 and 1989 were assisted 602 cases of multisystemic trauma, 152 of which corresponded to abdominal trauma. In the present work are analyzed 9 cases of duodeno-pancreatic trauma; 4 duodenal hematoma, 4 duodenal perforation and one case of section of distal pancreas; pointed out the conservative management of the former, the simple suture with duodenal exclusion in the second type and the distal pancreatocotomomy in the latter.

We described presentation and diagnosis methods, the early use of nutritional support is detached.

Index words: Abdominal injuries-duodenum-pancreas.

Introducción

Los traumatismos abdominales en la infancia aumentaron en frecuencia, debido al incremento de los accidentes automovilísticos en los últimos años. (1)(2)

La lesión del complejo duodeno-pancreático suele pasar inadvertida en el comienzo

si no es sospechada y buscada intencionalmente (3)(4).

El aumento de la morbimortalidad ante un manejo inadecuado de este tipo de trauma nos indujo a revisar la casuística de los últimos cinco años en un hospital de referencia.

Material y Métodos

Se analizaron 602 historias clínicas de pacientes pediátricos que ingresaron por politraumatismos al hospital de Niños "Sor María Ludovica" de la Ciudad de La Plata, Argentina; entre los años 1984 y 1989.

De estos casos, 152 correspondieron a traumatismos abdominales cerrados y de ellos 9 involucraron la región duodeno-pancreática.

La edad de los pacientes osciló entre los 2 y los 13 años, cinco casos fueron del sexo femenino y cuatro del masculino.

Los síntomas predominantes fueron los siguientes: (3)(4)

Dolor abdominal y vómitos biliosos: 5 niños

Shock hemorrágico: 1 niño

Débito bilioso aumentado por sonda nasogástrica: 4 niños.

El tiempo transcurrido entre el trauma y la aparición de los síntomas siempre fue mayor a las cuatro horas.

El control del débito bilioso de la SNG (colocada de rutina en todo traumatismo) en el período de observación nos brindó ayuda en cuatro niños, denotando un incremento en el volumen horario. Los datos obtenidos mediante el laboratorio fueron: Recuento de Glóbulos Blancos > 11.000; Eritrosedimentación (ERS) > 20 mm; Amilaseemia > 120 n/A/dl; Amilasuria y Lipasa elevada.

Otros métodos diagnósticos empleados fueron: radiografía simple de Abdomen, Seriado Gastroduodenal (SGD) y Ecografía. No se requirió. Tomografía Computada (TAC) (5)(6).

Se halló neumoperitoneo o aire retroperitoneal en 2 casos de perforaciones duodenales (Fig. 1). En presencia de hematoma duodenal la SGD mostró la disminución de la luz intestinal (Fig.2). La ecografía detectó una masa en la región pancreática en un caso y diagnosticó hematoma duodenal en dos.

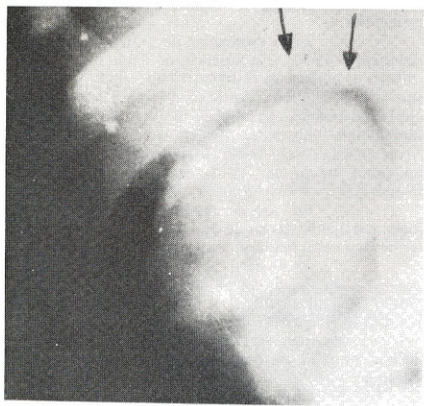


Fig. 1: Presencia del aire retroperitoneal.

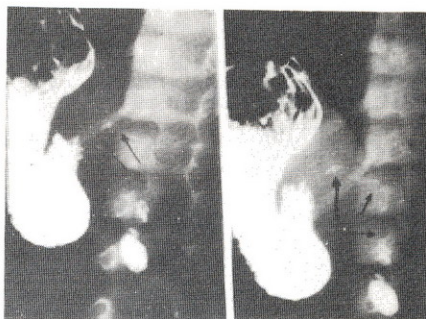


Fig. 2: Compresión de la luz duodenal por hematoma.

Caso	Sexo	Edad	Mecanismo del trauma	Sintomas	Hallazgo	Lesión asociada	Laboratorio	Tratamiento	Evolución
1	F	8 años	Accidente automovilístico	Vómitos Dolor Tumor	Hematoma duoden. subsero. 2da.p.	—	Amilasa: Alta	Drenaje	Favorable
2	M	7 años	Caida sobre manubrio de bicicleta	Vómitos Dolor	Hematoma	—	Amilasa: Alta (505)	Trat. Médico	Favorable
3	M	2 años	Accidente de tránsito	Vómitos Dolor	Hematoma	—	—	„	Favorable
4	F	5 años	Caida sobre silla	Vómitos Dolor	Hematoma	—	—	„	Favorable
5	M	9 años	Caida desde 1 metro de altura	Vómitos Dolor	Perforación duod. 2da.p.	—	Amilasa: N	Exclusión Duodenal	Favorable
6	F	1 a. y 9 mes.	Apaleado	Vómitos Dolor	Perforación duod. 4ta.p.	Hematoma del mesenterio	—	Resecc. y Anast. duodoyeyun.	Favorable
7	M	13 años	Herida arma de fuego	Peritonitis Shock	Perforación duod. 2da.p.	Les. vía bil. Uréter derecho Ang. hep. colon	—	Exclusión Duodenal	Reoperado (Recolocación Kehr)
8	F	2 años	Apaleado	Vómitos Tumor	Perforación duod. 4ta.p.	—	—	Resección Anastomosis GASTROSTOMÍA	Favorable
9	F	13 años	Caida sobre manubrio de bicicleta.	Vómitos Dolor Peritonitis	Laceración pancreática (cuerpo)	—	Amilasa: Alta	Pancreatocotomía Esplenotomía Colectistomía GASTROSTOMÍA	Favorable

Cuadro 1: Resumen de los hallazgos y de los tratamientos instituidos.

Resultados:

Entre los 9 pacientes se hallaron (Cuadro 1) Hematomas duodenales 4; Perforaciones duodenales 4; Sección del cuerpo de páncreas 1. La conducta adoptada fue la siguiente:

HEMATOMA DUODENAL: 3 pacientes recibieron tratamiento conservador (Casos 2-3-4). Un caso fue operado, debido al desarrollo de una tumoración abdominal a la semana del traumatismo y se efectuó drenaje del hematoma subseroso. (Caso 1)

PERFORACION DUODENAL: En 3 pacientes se realizó la sutura de la lesión, la exclusión duodenal mediante piloroligadura y gastroenteroanastomosis. Debido al edema de cabeza de páncreas, y para asegurar el flujo biliar, se efectuaron 2 colecistostomías y una Coledocotomía con tubo de Kehr (Casos 5-6-7). El caso 8 con lesión de la cuarta porción duodenal fue solucionando con resección y anastomosis término-terminal.

SECCION DEL CUERPO DE PANCREAS: Se realizó Pancreatometría de cuerpo y cola (sin anastomosis) con esplenectomía y autoimplante esplénico en el epiplón mayor (Caso 9) (7).

Todos los niños recibieron alimentación parenteral total, que se inició a los pocos días de internación ($x = 2-3$ días) continuando hasta la recuperación de su estado clínico; duración media aproximada de 23 días, habiendo aportado 100-110 kcal/kg/día.

Las complicaciones postoperatorias se dividieron en:

a) Generales:

Dehiscencia de la pared: 1

Infecciones concomitantes: 2

b) Propias de las lesiones abdominales:

Fístula biliar: 1

Discusión:

La incidencia de traumatismos abdominales aumenta año tras año. Los traumatismos abdominales contusos en general se asocian a mortalidad más elevada que los penetrantes, principalmente por las lesiones asociadas.

La lesión pancreática aislada es un hecho raro tras traumatismos penetrantes, pero ocurre en el 20% de los contusos (romos). Generalmente las lesiones asociadas constituyen indicaciones más obvias

para la exploración quirúrgica, que la de la lesión pancreática.

En la evaluación del trauma abdominal contuso pediátrico, la ausencia de duplicación de los niveles de amilasa en el momento de la admisión posee un valor predictivo superior al 90% para descartar injuria pancreática. La duplicación o triplicación de la amilasa indica la posibilidad de transección pancreática con una sensibilidad del 100% y una especificidad mayor del 90%; según recientes publicaciones. (8)

En caso de comprobar la existencia de hematoma submucoso de duodeno, nuestra conducta es de tipo conservadora, *sir laparotomía*. (9)

En las perforaciones duodenales preferimos la exclusión duodenal mediante la piloroligadura con Ac.policólico 3-0 y gastroenteroanastomosis posterior e isoperistáltica. Recurrimos a la gastrostomía descompresiva drenamos la vía biliar mediante colecistostomía en los casos de edema de la cabeza del páncreas. (10)

La desnutrición que amenaza la buena evolución de estos pacientes, la prevenimos indicando precozmente la nutrición parenteral.

Bibliografía

- Anderson P, Riar FP, Maer RV, et al: The epidemiology of seat belt associated injuries. *J Trauma* 31 (17): 60-67, 1991.
- Sivit CJ, Taylor G, Bulas DI, et al: Blunt trauma in children: significance of peritoneal fluid. *Radiology* 178 (1): 185-188, 1991.
- Raffensperger J, Pokorny W: *Abdominal trauma in Swenson* 4th ed III 32: 238, Appleton, New York, 1980.
- Eichelberg M, Randolph J: *Abdominal trauma in Welch K, Randolph J, Ravitch M, et al. Pediatric Surgery. Year Book Medical Publishers. Chicago. 54-73. 1986.*
- Feliciano DV: Diagnostic modalities in abdominal trauma. *Surg Clin North Am* 71 (2): 241-256, 1991.
- Taylor GA, Eichelberger MR, O'Donnell R, et al: Indications for computed tomography in children with abdominal trauma. *Ann Surg* 231 (3): 212-218, 1991.
- Mizhari S, Ickel A, Haj M, et al: Posttraumatic autotransplantation of spleen tissue. *Arch Surg* 124 (7): 863-865, 1989.
- Shaul DB, Melone JH, et al: Pancreatic trauma in children. Diagnostic value of physical examination, serum amylase, and computed tomography. 21 st. Annual Meeting of APSA. Vancouver British Columbia. May 19-22, 1990.
- Halgerson L, Bishop H: Nonoperative treatment of duodenal hematoma in children. *J Pediatr Surg* 12: 11-17, 1977.
- Shires T: *Traumatismo abdominal in Mainght. Operaciones abdominales* Bva Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1986, pp 527.

Dr. M Pelusso
Calle 14 1631
(1900) La Plata - Argentina