

Rev. Chil. Pediatr. 57(1): 70-73, 1986

Pancreatitis Traumática

Dr. Eric Saelzer W.¹; Dr. Gustavo Aldunate N.¹; Dra. Isabel Almarza B.²;
Dra. Teresa Alarcón O.².

Traumatic Pancreatitis

Two patients with traumatic pancreatitis are described. In both cases the injuries occurred at accidents in bicycles. Their symptoms consisted in sudden abdominal pain, nausea, vomiting, low grade fever, pain at palpation of umbilical and epigastric areas, increased serum and urine amylase and abnormal pancreatic findings in the echotomographic studies. Patients were medically treated and in both cases coursed uneventfully. The need of a careful history and the contribution of echotomography in this cases is stressed.
(Key words: Pancreatitis. Abdominal Trauma. Echotomographic diagnosis).

La pancreatitis traumática (PT) y los pseudoquistes pancreáticos secundarios a traumatismos abdominales son entidades poco corrientes en el niño. Las referencias extranjeras al tema son poco frecuentes^{5, 8, 9, 10, 12} y en Chile encontramos sólo una⁴. Se cree que alrededor de 30% de las pancreatitis del niño son de orden traumático¹. La oportunidad de observar dos casos en relación con ciertos tipos de accidentes a que están hoy expuestos los niños, nos indujo a revisar el tema. Además de llamar la atención sobre un tipo específico de accidentes y sus posibles consecuencias, la descripción y análisis de los casos permite apreciar las dificultades que pueden existir para reconocer el problema y, al mismo tiempo describir diferentes modalidades de presentación y evolución de estas lesiones.

Casos Clínicos

1. KHV, preescolar de 3 años 8 meses. Sin antecedentes mórbidos, cayó de su bicicleta golpeándose el abdomen con el manubrio, después de lo cual presentó dolor progresivo en el sitio de la contusión, inapetencia, decaimiento y vómitos ocasionales, siendo hospitalizado al día siguiente. Al ingresar estaba en buenas condiciones de nutrición, tenía dolor fluctuante en la región

umbilical. En el epigastrio se palpaba una masa dolorosa de límites irregulares que ocupaba la región epigástrica. En la piel se observaba pequeñas equimosis en la región para-umbilical izquierda. Hemograma: Glóbulos Rojos (GR) 4.780.000; Hemoglobina (Hb) 12,3 g %, Hematocrito (Ht) 36,5%, glóbulos blancos (GB) 14,900, Basófilos (B) 1; Baciliformes (Bac) 1; Segmentados (S) 95; Linfocitos (L) 2; Monocitos (M) 1; velocidad de sedimentación globular (VHS) 22 mm 1ª hora; Plaquetas 300.000 x mm³; Glicemia 63 mg/dl; Calcemia 9,4 mg/dl; Electrolitos plasmáticos: Na-136 mEq/l, K-4,2 mEq/l, Cl-101 mEq/l. Orina: sin proteína, contenía escasos glóbulos rojos frescos; Amilasemia: 390 U/l (n: 10-55); Amilauria de 24 horas 3.420 U/l (n: 350). En las radiografías de tránsito digestivo habían alteraciones sugerentes de infiltraciones (hematomas) gastro-duodeno-yeyunales. En la Ecotomografía abdominal el hígado aparecía sin alteraciones; páncreas de estructura anormal, con zonas anecogénicas y otras de ecogenicidad mayor, sugerentes de lesiones pancreáticas hemorrágicas recientes y áreas de aspecto licuado. No se observaron alteraciones de la vesícula biliar ni colecciones abdominales. Fue tratado con ayuno, hidratación parenteral y analgésicos (Dipirona), según el dolor, hasta el quinto día en que se inició realimentación progresiva por vía oral. El dolor disminuyó progresivamente, cesaron los vómitos de las primeras 24 horas, y mejoró su ánimo; la masa epigástrica se circunscribió a una tumoración redondeada que dejó de palparse 20 días después del accidente, el hemograma se

1. Clínica Alemana.
2. Unidad de Gastroenterología Infantil, Hospital San Juan de Dios.

normalizó en los días siguientes: amilasemia y amilaturia siguieron elevadas hasta 35 días después del traumatismo.

Los controles ecotomográficos a los 20 días de evolución mostraban aún una imagen redondeada de 2,7 cm. de diámetro en el espesor del cuerpo pancreático. En controles posteriores se redujo de tamaño y desapareció 2 meses después del accidente. (Fig. 1 a, b y c).

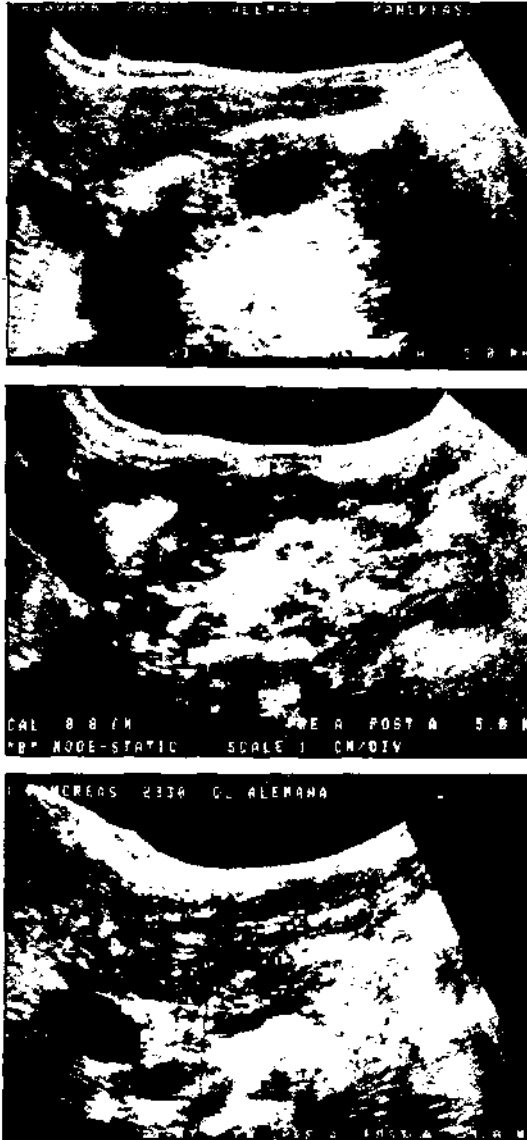


Figura 1. a), b) y c). Evolución de las lesiones pancreáticas en el paciente 1, al ingresar (a), después de 20 días (b) y 2 meses (c).

2. ALM, niño de 6 años sin antecedentes patológicos de importancia. Bruscamente presen-

tó dolor abdominal de tipo cólico referido a la región umbilical, agregándose decaimiento, inapetencia y vómitos. Al segundo día febril, 39°C, dolor más intenso, encontrándose en el examen físico, discreta resistencia muscular en la región subcostal derecha; tacto rectal normal. Hemograma GR 4.910.000; Hb. 14 g %; Ht 42%; GB 19.000 E O, Bac 1; S 70; L 20; M 9; Electrolytos séricos normales. Al tercer día estaba algo mejor pero al cuarto día el dolor aumentó de intensidad y se hizo permanente, agregándose anorexia, decaimiento y fiebre. En el examen abdominal había signo de Blumberg positivo y en el tacto rectal, dolor a la palpación digital del fondo de saco de Douglas, por lo que se decidió efectuar laparotomía exploradora que resultó normal. Evolucionó bien hasta el séptimo día del postoperatorio en que presentó fiebre escasa y dolor abdominal de tipo cólico, con leve sensibilidad en el hipocondrio izquierdo en la palpación del abdomen. Reinterrogada la madre acerca de antecedentes de traumatismo, reiteró que no había; sin embargo el niño, relató ahora haber usado la bicicleta de un amigo el día del inicio de los síntomas, sufriendo una caída en la que se golpeó el abdomen contra el manubrio. Después de este antecedente se encontraron cifras de Amilasemia de 1.800 U.I (n: 10- 55) y Amilaturia 2025 U. en 24 horas (n: 600 a 6.000) con estudio radiológico del tránsito intestinal y Ecotomografía abdominal normales. El paciente fue tratado con reposo y analgésicos derivados de la Dipirona, siendo dado de alta dos días después completamente libre de síntomas.

COMENTARIOS

Los casos descritos tienen en común las manifestaciones clínicas de comienzo consistentes en dolor abdominal de iniciación brusca, anorexia, náuseas y/o vómitos, decaimiento, alza térmica y un examen físico sugerente de un abdomen agudo quirúrgico.

En el primer caso el claro antecedente de contusión abdominal por caída de bicicleta facilitó el diagnóstico y la conducta médica posterior. La hipótesis diagnóstica se confirmó mediante mediciones de amilasa sérica y urinaria y la ecotomografía abdominal, que demostró lesiones pancreáticas hemorrágicas recientes en la primera exploración y la formación de un pseudoquistes veinte días después del accidente. En este caso el tratamiento se hizo de acuerdo con las normas para estos casos, con régimen de ayuno oral, hidratación, analgésicos. La realimentación fue lentamente progresiva desde el quinto día de

evolución manteniéndose el régimen hipograso hasta la normalización de la amilasemia. No fue necesario emplear antibióticos, transfusiones, alimentación parenteral ni tratamientos quirúrgicos, en consideración a la relativa benignidad de la lesión objetivada en la evolución clínica y el examen ecotomográfico seriado.

En el segundo caso, la falta inicial de información sobre el traumatismo, y los síntomas de abdomen agudo que presentaba el enfermo impidieron el diagnóstico oportuno, el que sin embargo, fue confirmado posteriormente por nuevos antecedentes y niveles anormales de amilasa en suero y orina.

Las pancreatitis son afecciones poco frecuentes en los niños de nuestro medio^{2, 3} y más raras aún las de origen traumático⁴.

Dentro de las pancreatitis traumáticas, las producidas por caídas en bicicleta, difieren de otras que tienen relación con lesiones extensas, resultado de accidentes o debidas a objetos contundentes que generalmente lesionan también otros órganos.

El diagnóstico puede ser difícil. Desde luego que por su baja frecuencia, la ausencia de síntomas típicos y a menudo del antecedente de traumatismo previo, como sucedió en uno de nuestros casos.

Las lesiones producidas por el extremo del manubrio se caracterizan por su pequeña superficie y la ausencia de marcas en la piel, si el objeto contundente es romo.

El compromiso del páncreas es de magnitud variable, limitado sólo a edema, y a diferentes grados de inflamación, hemorragia circunscrita o difusa, caso en que pueden originarse pseudoquistes y, cuando la gravedad es mayor, rotura del órgano.

Diversos autores señalan que es frecuente que exista un intervalo libre de síntomas entre el momento del accidente y el comienzo de las molestias, que va de días a semanas y por lo general de 1 a 7 días^{2, 6}. En los adultos se han descrito períodos de dos y más meses⁶ antes de que el pseudoquiste se haga evidente por asociarse con otro trastorno, gastroduodenal o de otra índole⁵.

Los síntomas son poco característicos, los de origen abdominal son inespecíficos y a veces, como en el caso 2, simulan un abdomen agudo induciendo a la exploración quirúrgica. A menudo la lesión no es correctamente identificada, aún en la laparotomía exploradora. La insuficiencia circulatoria (shock), citada frecuentemente en la literatura más antigua^{1, 2} es rara de observar.

La existencia de molestias abdominales vagas que se encuentran dentro de los síntomas descritos, obliga a ser extremadamente acucioso en la indagación de antecedentes de traumatismos previos y en casos dudosos a realizar exámenes específicos como lo son las determinaciones de amilasa en suero y orina (especialmente seriados) y la ecotomografía.

Hasta hace algunos años se consideraba que la curación espontánea de las pancreatitis era excepcional, por ello el tratamiento era casi siempre quirúrgico^{3, 4, 5, 8}. Este concepto se veía reforzado por el hecho que en algunas series el diagnóstico se confirmaba en casi la mitad de los casos en la laparotomía^{1, 1}.

La introducción de la ecotomografía (ET) y otros métodos diagnósticos por imágenes (tomografía computarizada, angiografía, etc.), al permitir evaluar con gran precisión la magnitud y características de la lesión, han permitido adoptar conductas más conservadoras.

La Ecotomografía ha encontrado gran aplicación en el estudio de las lesiones pancreáticas del niño por el escaso contenido de grasa intraabdominal y retroperitoneal en relación al adulto. El procedimiento constituye hoy un método de elección para el diagnóstico y control de la evolución de los pseudoquistes pancreáticos, reemplazando a los estudios radiológicos⁷. Con técnicas corrientes la ET permite identificar quistes de hasta un cm. de diámetro. El método tiene además la ventaja de su ejecución simple, menor costo y escaso riesgo, pues no requiere el uso de radiofármacos⁷. El tratamiento no es orientado por el tamaño del pseudoquiste, pues quistes de más de 10 cm. de diámetro tienden a reabsorberse sin problemas, generalmente en plazos de 2 ó 3 meses⁹.

Según Weitzel⁹ la intervención quirúrgica debería ser indicada con urgencia en casos con hemorragia y rotura del páncreas, formación de absesos, aparición de ictericia obstructiva o ileo. En otras situaciones se plantea la intervención después de algunos meses de evolución, si persisten los síntomas o no se observa reducción de pseudoquistes de gran tamaño. Cuando es necesario realizar una exploración quirúrgica, es preferible intervenir una vez que haya disminuido el componente inflamatorio que caracteriza la evolución de las primeras etapas de la afección. A pesar del frecuente retardo con que se hace el diagnóstico los nuevos métodos de estudio y las posibilidades de instaurar un tratamiento médico conservador, ha contribuido notoriamente a mejorar el pronóstico de esta lesión.

RESUMEN

Se describen dos casos de pancreatitis traumática asociada a accidentes en bicicleta. En ambos pacientes los síntomas consistieron en dolor abdominal de comienzo brusco, náuseas, vómitos, fiebre, dolor en la palpación del epigastrio y la zona umbilical. La evidencia de pancreatitis se obtuvo del aumento de la concentración sérica y urinaria de amilasa y de las alteraciones detectadas en la ecotomografía abdominal que en un caso demostró lesiones sugerentes de hemorragias pancreáticas y en otro, con mayor tiempo de evolución, la formación de un pseudoquiste. Ambos pacientes evolucionaron satisfactoriamente con un manejo conservador.

REFERENCIAS

1. Roy, C., Silverman, A., Cozzeto, F.: *Pediatric Clinical Gastroenterology*, 2ª Edition, Mosby, USA, p. 641, 1975.
2. Jaeger, H.: Pancreatitis Aguda Hemorrágica en el Niño. *Rev. Chil. Pediatr.* 14:18, 1943.
3. Ossandón, E., del Río, A.: Pancreatitis Aguda no Traumática. *Rev. Chil. Pediatr.* 45: 446, 1974.
4. Aldunate, G., Cifuentes, A.; Foradori, C.: Lesiones traumáticas del páncreas en el niño. *Rev. Chil. de Pediatr.* 40: 100, 1969.
5. Ravitch, M.: The Pancreas in Infants and Children *Surg Clin. Amer.*, 55: 377, 1975.
6. Pedinielli, L., Marinetti C., et Felix M.: Pancreatitis sigüés et pseudo-kystos post-traumatiques du pancreas. A propos de 12 observations. *J. Chir.*, 116: 97, 1979.
7. Fankuchen, E.: Current Concepts in Pancreatic Imaging. *Surg. Clin. Amer.*, 17: 61, 1981.
8. Grasfeld, J., Cooney, J.: Pancreatic and Gastrointestinal Trauma in Children. *Pediatr Clin. North. Am.* 22: 363, 1975.
9. Weitzel, D., Weiss, H., Troger, J.; Hofmann, S.; Schulz, R.: Besonderheiten der posttraumatischen Pankreas-Pseudocyst im Kindesalter. *Mtschr Kinderheilk*, 128: 330, 1980.
10. Stone, H.: Pancreatic and Duodenal trauma in Children *J. Pediatr. Surg.* 7: 670, 1972.
11. Cooney et al.: cit. p. 8.
12. Schega, W., Dennyhardt, D.: Pankreasverletzungen im Kindesalter *Dtsch Med. Wschr.* 43: 96, 1971.