

## RELATO DE CASO

### Trauma Pancreático

NICOLAU FERNANDES KRUEL<sup>1</sup>, WALDIERE MACHADO GONÇALVES<sup>2</sup>, MARCELO CECHINEL REIS<sup>3</sup>,  
ALEXANDRE FERRI<sup>4</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** O traumatismo pancreático é pouco freqüente em traumas abdominais fechados. Quando ocorre, geralmente, vem acompanhado de outras lesões, porém, neste caso a lesão é única, com lesão ductal e o tratamento é cirúrgico.

**Objetivo:** Possibilidades cirúrgicas na lesão pancreática grau III e a escolha mais indicada.

**Material e métodos:** Estudamos o caso de um paciente de 21 anos de idade submetido a uma pancreato-jejunoanastomose em alça exclusiva tipo Y-de-Roux no Hospital Regional de São José-SC.

**Resultados:** O paciente apresentava dor na região epigástrica, hipocôndrio esquerdo, dorso e distensão abdominal. Realizada a paracentese, retirou-se 1000ml de líquido ascítico, o qual foi analisado e diagnosticado ascite pancreática. O resultado da CPER evidenciou lesão do ducto de Wirsung.

**Conclusão:** A pancreatectomia distal é considerada a mais indicada neste grau de lesão, porém, existem algumas limitações como a perda de grande parte do parênquima pancreático e a impossibilidade cirúrgica da mesma.

### Pancreatic Trauma

#### ABSTRACT

**Introduction:** The pancreatic trauma is uncommon in blunt abdominal trauma, when this occur, frequently other injuries attend, but in this case just a ductal lacerate pancreatic injury is evident and the preconized management is surgical.

**Objective :** Surgical possibilites in grade III pancreatic injury and the more indicated choice.

**Methods:** The case history of a 21 years old patient sbmitted to a Roux-en-Y Jejunum in the Hospital Regional de São José, SC, was studied.

**Results:**The patient showed pain in epigastric, upper abdomen and in back whith distention abdomen. After done abdomiocentesis a volume of 1000ml was found and analised.The diagnoses was pancreatic ascites. The evidence result of the CPER showed a injury at the major pancreatic duct.

**Conclusion:** The Distal Pancreatectomy is considered more indicate in this grade of injury, but there are some limitations as the detriment of a large pancreatic parenquima and the impossibility of surgical management of it.

<sup>1</sup>Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina, Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do HRSJHMG.

<sup>2</sup>Médico Residente de Cirurgia Geral do HRSJHMG.

<sup>3</sup>Acadêmico de Medicina da Fundação Universitária Regional de Blumenau.

<sup>4</sup>Acadêmico de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.

Endereço para correspondência:

Nicolau Fernandes Kruel  
Hospital Regional de São José - Dr. Homero de Miranda Gomes  
São José - SC

Descritores: - Trauma pancreático  
- Anastomose pancreatojejunal tipo Y-de-Roux  
- Doença pancreática

Keywords: - Pancreatic trauma  
- Roux-en-Y Jejunum  
- Pancreat disease

## INTRODUÇÃO

O pâncreas, pela sua localização, apresenta-se relativamente bem protegido. O traumatismo abdominal penetrante (70% a 80% das lesões pancreáticas) é mais comum que os traumatismos fechados, os quais provocam mais lesão e ruptura dos órgãos<sup>1</sup>.

A vulnerabilidade ao traumatismo fechado ocorre devido a rigidez da coluna vertebral, onde o trauma direto sobre os corpos vertebrais resulta na secção do pâncreas à esquerda dos vasos mesentéricos superiores. Os órgãos adjacentes como: estômago, fígado, intestino delgado, baço, cólon e rim são lesados com maior frequência<sup>2</sup>. Acidentes de bicicletas e automobilísticos são as causas mais comuns de trauma abdominal fechado, respectivamente em crianças e adultos, sendo que lesões duodenais perfuradas associadas a lesões pancreáticas ocorrem mais em adultos<sup>3</sup>.

As lesões pancreáticas dividem-se em Classe I (Hematoma ou laceração superficial sem lesão ductal); Classe II (Hematoma ou laceração grave sem lesão ductal); Classe III (laceração com transecção distal ou lesão parenquimal com lesão ductal); Classe IV (laceração com transecção proximal ou lesão parenquimal envolvendo a ampola de Vater); Classe V (laceração maciça da cabeça do pâncreas)<sup>4</sup>.

Este relato de caso tem por objetivo descrever o caso clínico de um paciente, admitido no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional de São José, com trauma abdominal fechado e lesão pancreática tipo III, correlacionando os tipos possíveis de tratamento e exibindo o mais sugestivo neste caso.

## RELATO DE CASO

Paciente, 21 anos, masculino, mulato, vítima de trauma contuso em região de hipocôndrio esquerdo, causado por queda de um cavalo há 5 meses, o que proporcionou um quadro de dor abdominal em região superior do abdome. Procurou a emergência da cidade de origem, no qual foi medicado somente com analgésicos.

Um mês após o trauma, o paciente relatou o aparecimento de distensão abdominal e aumento da dor em região epigástrica, hipocôndrio esquerdo e dorso, acompanhado de náuseas e vômitos. Com a evolução do quadro clínico, dois meses após trauma, o paciente foi internado e feita a paracentese com retirada de 1000 ml de líquido ascítico, muito sugestivo de trauma pancreático. A análise bioquímica e cultural diagnosticou ascite pancreática infectada com a presença de bactérias gram(-). Optou-se pelo tratamento clínico com Octreotídeo (10 dias) e nutrição parenteral. O paciente evoluiu satisfatoriamente durante os 33 dias de internação.

Com isso, deu-se alta, o qual retornou dezoito dias depois com os mesmos sinais e sintomas descritos anteriormente. Desta forma, realizou-se uma colângio-pancreatografia endoscópica retrógrada revelando lesão no ducto de Wirsung. Procedeu-se a laparotomia com exploração pancreática e optou-se pela drenagem da região pancreática, pois não se indentificou o ducto pancreático lesado. No pós-operatório, o paciente apresentou fístula pancreática de alto débito (média de 600 ml/dia). Durante 21 dias após a cirurgia, observou-se melhora do quadro clínico, mas com a drenagem da região pancreática de alto débito constante.

Ao exame físico, constatou-se: altura: 170 cm, peso: 47 Kg (pré-trauma), 40 Kg (cinco meses pós-trauma), longilíneo. PA: 120 X 80 mmHg. Paciente astênico, com emagrecimento importante, apresenta abdome distendido com ruídos hidro-aéreos presentes, rigidez e dor a percussão e palpação profunda do hipocôndrio e flanco esquerdo, Piparote +.

Exames Laboratoriais: O hemograma apresentava quase constantemente hemoglobina de 11,7g/dl, hematócrito de 38%, leucócitos de 12000 a base de neutrofilia (segmentados 86% e 2% de bastões), linfócitos de 5,7%. A lipase e amilase encontravam-se sempre alterados. A lipase na faixa de 1500 a 6200 U.I. e amilase de 6000 a 14000 U.I.

O ultrassom demonstrava difícil visualização do pâncreas devido a ascite volumosa. Na colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER), evidenciou solução de continuidade do ducto de Wirsung entre o terço proximal com os dois terços distais (figura 1). Com isso, o paciente foi submetido a uma pancreato-jejuno-anastomose em alça exclusiva tipo Y-de-Roux.



Figura 1 - CPER, evidenciando solução de continuidade do ducto de Wirsung.

## DISCUSSÃO

O paciente apresentou uma lesão pancreática tipo III, sem lesões estruturais adjacentes.

A CPER é, atualmente, considerado o melhor exame na avaliação do trauma pancreático.

Os objetivos do tratamento da lesão pancreática incluem controle da hemorragia, evitar sépsis intra-abdominal, o debridamento dos tecidos inviáveis e a drenagem adequada das secreções exógenas<sup>5</sup>.

A hemorragia e a sépsis intra-abdominal são, respectivamente, a primeira e segunda maior causa de morte<sup>1</sup>. Se houver evidência de uma destas duas intercorrências acima citada, o paciente deve ser levado à cirurgia imediatamente<sup>4</sup>.

O maior problema dessa lesão, tipo III, é a liberação incontrolada de secreção pancreática exócrina para a cavidade peritoneal e retroperitônio, o que poderá gerar complicações como pancreatite, fístulas, pseudocistos, abscessos e sépsis<sup>4</sup>. Com isso, sendo a secreção pancreática exócrina ininterrupta, a grande causadora de complicações e não cicatrizarão do processo, foram criadas algumas técnicas cirúrgicas para conter esta drenagem, pois a lesão do ducto de Wirsung deve receber terapia definitiva. Uma das opções para tentar solucionar o problema é a cirurgia de Letton e Wilson, na qual se implanta uma alça do jejuno em Y-de-Roux no local da ruptura após seccionar transversalmente o pâncreas e fechando o ducto de Wirsung no coto proximal (figura 2). Outra cirurgia alternativa é a de Jones e Shires, que visa a colocação de uma alça de jejuno em Y-de-Roux em cima do local de ruptura (figura 3). Admite-se que estas duas opções acima não sejam as mais corretas para solucionar a lesão, pois acredita-se que a anastomose do pâncreas com o jejuno leva a um aumento das complicações associadas com a anastomose entérica<sup>6</sup>, e também por causa da friabilidade do pâncreas e liberação de enzimas, que aumenta o perigo de deiscência e fístula<sup>8</sup>. Uma outra tentativa cirúrgica seria a colocação de um dreno de Kerr no colédoco e um "stent" no ducto de Wirsung drenando para o duodeno, isto teria como finalidade a cicatrização do ducto (figura 4), no entanto, há pouca experiência nesta técnica. A técnica mais aceita na literatura para a lesão do caso descrito (tipo III) é a pancreatectomia distal, no qual o pâncreas é completamente dividido no local da lesão, tracionando distalmente para melhor visualizar os pequenos ramos dos vasos esplênicos, que são ligados em continuidade e divididos (figura 5). No local ressecado é necessária a colocação de dois drenos.

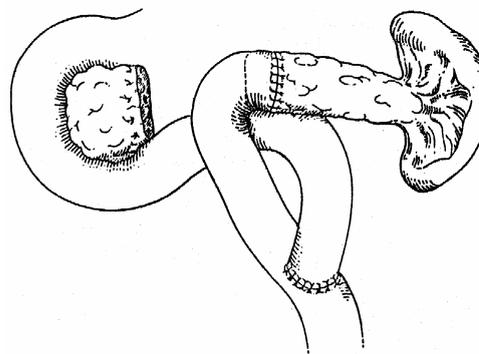


Figura 2 - Pancreatojejunostomia em Y-de-Roux (Letton e Wilson)

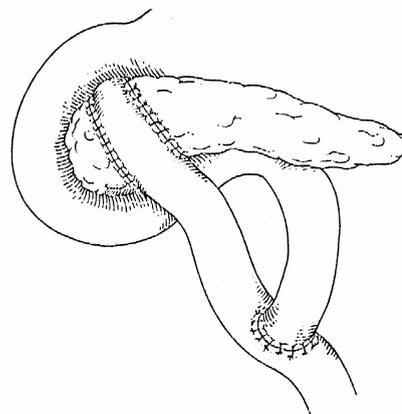


Figura 3 - Pancreatojejunoanastomose em Y-de-Roux (Jones e Shires)

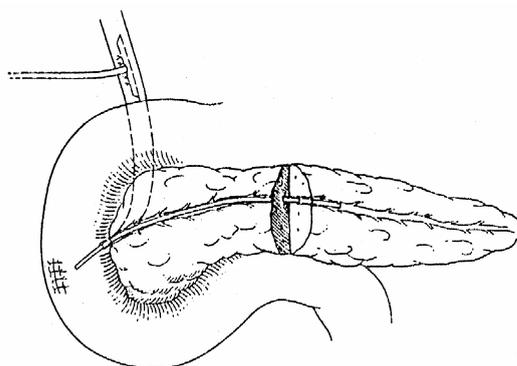


Figura 4 - Drenagem do ducto de Wirsung (Doubilet e Mulholland)

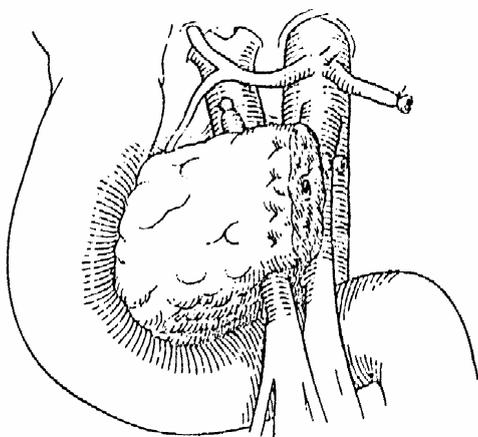


Figura 5 - Pancreatectomia distal (Walton)

O fator determinante na escolha da pancreatectomia distal é a sua maior segurança, menor morbidade e a pouca insuficiência pancreática endócrina e exócrina. As Ilhotas de Langerhans na cabeça do pâncreas são consideradas suficientes para a prevenir o desenvolvimento de diabetes mellitus<sup>6</sup>. Apesar da literatura considerar a pancreatectomia distal como a melhor técnica a ser empregada, alguns autores preconizam a pancreatojejunostomia com o segmento distal, quando o segmento pancreático a ser ressecado for muito extenso ou quando não for possível realizar a pancreatectomia distal<sup>8</sup>.

Em nosso paciente, optou-se em fazer a anastomose pancreatojejunal em Y-de-Roux (Letton e Wilson), pois a lesão do ducto de Wirsung se encontrava a nível da cabeça do pâncreas, e também pela impossibilidade cirúrgica de realizar a pancreatectomia distal, em função da difícil anatomia e fibrose encontrada na região, devido a evolução prolongada do caso.

Em um paciente com trauma pancreático fechado estabilizado, e em que há dúvidas sobre a lesão do ducto, recomenda-se conduta conservadora constituída por drenagem generosa da região. O diagnóstico e tratamento precoce deve ser realizado em toda a ruptura do ducto de Wirsung, evitando, assim, complicações e dificuldades operatórias<sup>7</sup>.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartz S, Shires T, Spencer F. Princípios de Cirurgia. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
2. Cooperman A. Clínicas Cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.
3. Takishima T, Sugimoto K et al. Characteristics of pancreatic injury in children: a comparison with such injury in adults. *J Pediatr Surg* 1996; 31(7):896-900.
4. Wilson R, Walt A. Management of Trauma: Pitfalls and Practice. 2 ed. Philadelphia: Williams e Wilkins, 1996.
5. Sabiston, D. Textbook of Surgery - The Biological Basis of Modern Surgical. 15 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997.
6. Donovan A. Trauma Surgery Techniques in Thoracic, Abdominal and Vascular Surgery. St. Louis: Mosby, 1994.
7. Yoo S, Lim K, Kang, S, Kim C. Pitfalls of nonoperative management of blunt abdominal trauma in children in Korea. *J Pediatr Surg* 1996; 31(2):263-6.
8. Silva A. Cirurgia de Urgência. Vol 1. Rio de Janeiro: Medsi, 1985.