

# Duodenopancreatectomia por trauma

José Antônio Ferreira Bezerra<sup>1</sup>, ACBC-MA  
Orlando Jorge Martins Torres<sup>2</sup>, TCBC-MA  
Gutemberg Fernandes de Araújo<sup>3</sup>, TCBC-MA  
Orlando José dos Santos<sup>3</sup>  
Márcio Jorge de Carvalho Gonçalves<sup>4</sup>  
Alexandre Souza Neto<sup>5</sup>

## RESUMO

BEZERRA JAF, TORRES OJM, ARAÚJO GF, SANTOS OJ, GONÇALVES MJC à. SOUZA NETO A - Duodenopancreatectomy due to trauma. **Rev bras Cir, 1996; 86(6): 291-292**

*É apresentado um caso de duodenopancreatectomia em um paciente com lesão duodenopancreática combinada. Os autores discutem as indicações e complicações deste procedimento cirúrgico.*

UNITERMOS: **duodenopancreatectomia; trauma**

O tratamento de pacientes com traumatismo abdominal e lesão combinada pancreatoduodenal representa um desafio à maioria dos cirurgiões de trauma. São lesões comumente causadas por ferimentos penetrantes e, em geral, associadas a outras lesões abdominais<sup>2i 3</sup>. Em virtude de diferentes combinações de lesões que podem ocorrer no pâncreas e duodeno, não existe uma conduta uniforme para todos os casos<sup>1,3</sup>. A duodenopancreatectomia, por exemplo, tem sido conduta de exceção em traumatismo duodenopancreático e, sua indicação envolve fatores que variam desde aspectos locais e de ambiente cirúrgico, até a qualificação técnica da equipe cirúrgica. A decisão é, portanto, pessoal e deve ser baseada em indicações formais que justifiquem a ressecção<sup>4,5</sup>. Este estudo tem por objetivo apresentar um caso de traumatismo duodenopancreático, tratado com sucesso por duodenopancreatectomia.

## Relato do caso

Paciente de 21 anos, masculino, deu entrada no hospital apresentando ferimento penetrante por arma de

fogo, localizado no hipocôndrio direito. Ao exame físico apresentava sudorese, mucosa hipocorada (+/4+), PA - 110 x 60 mmHg, pulso 110 bpm. O abdome estava doloroso a palpação e a punção abdominal foi francamente positiva para sangue. Com o diagnóstico inicial de traumatismo abdominal penetrante com hemoperitônio, o paciente foi encaminhado para cirurgia após acesso venoso, solicitação de hematócrito e tipagem sanguínea.

A exploração cirúrgica foi realizada através de incisão xifo-púbica onde foi observado hemoperitônio ( $\pm$  800 ml), hematoma retroduodenal, lesão transfixante da cabeça do pâncreas, segunda porção do duodeno ( $\pm$  3 cm) e colédoco distal. Demais órgãos da cavidade abdominal estavam normais. Foi realizada ampla manobra de Kocher, liberação da cabeça do pâncreas e duodeno de sua relação com a veia cava inferior e porta; secção transversal do corpo do pâncreas, colecistectomia e secção do hepatocolédoco acima da desembocadura do ducto cístico. O piloro foi liberado e o duodeno, ressecado até 10 cm distais ao ângulo de Treitz.

A reconstrução do trânsito gastrointestinal, biliar e pancreático

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Municipal Djalma Marques - São Luís - MA.

Médico do Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Municipal Djalma Marques; Professor Assistente de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Cirurgia; <sup>3</sup>Professor Auxiliar de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão; Residente de Clínica Cirúrgica - UFMA; <sup>5</sup>Interno de Clínica Cirúrgica - UFMA;

Copyright©1996 by

CIDADE-Editora Científica Ltda.

foi realizado com alças de intestino delgado, separado tipo Y de Roux. A cavidade abdominal foi drenada com Penrose e os antimicrobianos utilizados foram o metronidazol (500 mg EV 8/8 h) e gentamicina (80 mg EV 12/12 h). O paciente evoluiu de forma favorável, recebeu três unidades de concentrado de hemácias no período pós-operatório, realizou seriografia digestiva no 13° dia do período pós-operatório, iniciando dieta oral líquida a partir desta data. O exame ultra-sonográfico e exames bioquímicos apresentavam-se normais e o paciente recebeu alta hospitalar no 25° dia do período pós-operatório.

### DISCUSSÃO

Devido ao número variado de lesões que podem ocorrer no duodeno e pâncreas, não é surpresa a discordância no manuseio destas lesões combinadas. A falta de uniformidade é também decorrente da variedade de procedimentos disponíveis e os estudos comparativos ficam prejudicados pelo volume de pacientes em cada serviço<sup>3</sup>. A duodenopancreatectomia tem sido reservada, como procedimento de escolha, em pacientes com lesão do ducto pancreático na cabeça do pâncreas, com lesões associadas de duodeno e ducto biliar comum, lesão significativa da ampola de Vater ou hemorragia não controlada da cabeça do pâncreas. Estas indicações estão presentes em apenas 2 a 3% dos pacientes com lesão pancreática na maioria dos estudos<sup>4,5</sup>. Embora a operação possa ser realizada com sucesso em pacientes traumatizados estáveis, a mortalidade de 30 a 50% sugere que este procedimento seja realizado raramente<sup>6</sup>. Quando existe lesões viscerais associadas ou lesões vasculares, a mortalidade se eleva ainda mais e, aproximadamente 50% delas ocorrem no período per-operatório<sup>6</sup>.

Neste estudo, o paciente apresentava todas as indicações para realizações da duodenopancreatectomia e,

os fatores favoráveis foram a estabilidade hemodinâmica do paciente e condições locais satisfatórias. Em essência, a duodenopancreatectomia em pacientes vítimas de trauma duodenopancreático deve ter sua indicação em julgamento filosófico, aliando as qualidades técnicas ao bom senso da equipe cirúrgica.

### SUMMARY

*It is presented a case of pancreatoduodenectomy in a patient with combined pancreatoduodenal injury. The authors discuss the indications and complications of this surgical procedure.*

**KEY WORDS: pancreatoduodenectomy; trauma**

### REFERÊNCIAS

1. Anderson CB, Weis D, Rodger MR, Tucker GL. Combined pancreaticoduodenal trauma. *Am J Surg* 1984; 147: 618-623.
2. Feliciano DV, Martin TD, Cruze PA et al. Management of combined pancreatoduodenal injuries. *Ann Surg* 1987; 205: 673-680.
3. Graham JM, Mattox KL, Vaughan GD. Combined pancreatoduodenal injuries. *J Trauma* 1979; 19: 340-346.
4. Lowe RJ, Salema JD, Moss GS. Pancreatoduodenectomy for penetrating pancreatic trauma. *J Trauma* 1977; 17: 732-241.
5. Oreskovich MR, Carrico CJ. Pancreatoduodenectomy for trauma: a new viable option? *Am J Surg* 1984; 147: 618-623.
6. Smego DR, Richardson JD, Flint LM. Determinants of outcome in pancreatic trauma. *J Trauma* 1985; 25: 771-776.

### Endereço para correspondência:

Orlando Jorge Martins Torres  
Rua Ipanema n° 1 Ed. Luggano, Bloco 1/204 - São Francisco  
65076-060 - São Luís - MA