



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-727 - Traumatismo pancreático por arma blanca. revisión bibliográfica a propósito de un caso

Casanova Portoles, Daniel; Aurazo Ramos, Orlando; Arroyo García, Nares; Mira Alonso, Xavier; Montero García, Josep; Gaspar Marzo, Álvaro; Badia Pérez, Josep María; Vela Polanco, Fulthon Frank

Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

Resumen

Introducción: Las lesiones traumáticas del páncreas son muy infrecuentes y pueden ocurrir en un 3-5% de los traumatismos abdominales. Las lesiones traumáticas del páncreas se dividen en: a) traumatismo sin disrupción del conducto pancreático principal con o sin disrupción del parénquima cuyo manejo es conservador; y b) traumatismo con disrupción del conducto principal, en la que se recomienda la colocación de una prótesis. La prueba más útil en la sospecha de trauma pancreático es la TC abdominal en la cual se puede evidenciar laceración pancreática, hematoma pancreático, extravasación activa de contraste entre otros. En cambio, la colangiografía magnética o la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) tienen un papel importante cuando se sospecha disrupción del conducto pancreático. Presentamos un caso e instruir acerca del manejo del traumatismo pancreático directo por arma blanca ya que es una causa poco frecuente e impactante de laceración pancreática.

Caso clínico: Mujer de 17 años, sin alergias medicamentosas con antecedentes de ingreso psiquiátrico por un trastorno esquizofreniforme asociando un trastorno del espectro autista. Es traída por intento autolítico mediante autoapuñalamiento con un arma blanca en el hipocondrio derecho. En la laparotomía exploradora se observa introducción de la hoja unos 10 cm con lesión del ligamento falciforme y de la cabeza del páncreas (sin afectación del parénquima hepático, vía biliar, aorta, tronco celíaco ni arteria mesentérica inferior). Tras retirada del arma se provoca un sangrado venoso de origen en una rama pancreato-duodenal que se liga. Además, un hematoma retroduodenal que no aumenta de tamaño. A los dos días del ingreso desarrolla cuadro de distrés respiratorio, dolor abdominal, derrame pleural bilateral y ascitis (ambos ricos en amilasas). Por este motivo se realizó un nuevo TC abdominal que evidencia una imagen lineal hipodensa en el área de cuello-cuerpo pancreático además de una lesión hipocaptante de $3 \times 2,5$ cm. Con estos hallazgos se decide CPRE que pese a no identificar disrupción del Wirsung ni fuga de contraste, se decidió colocar una endoprótesis plástica de 5 Fr y 5 cm. Tras dos semanas de ingreso la paciente mejoró clínicamente con disminución progresiva de la amilasa sérica, del líquido ascítico y derrame pleural. En última prueba de imagen de control (resonancia magnética) se aprecia disminución del derrame pleural y abdominal, además de una pequeña colección residual por delante del cuerpo del páncreas sin aparente comunicación actual con el conducto pancreático principal.



Discusión: El manejo inicial de la fístula pancreática traumática con sospecha de disrupción del conducto pancreático es la estabilización del paciente, valorando la posibilidad de un manejo quirúrgico si hay complicaciones o mala evolución. Si existe presencia de ascitis debe incluirse: amilana del líquido ascítico y estudio con prueba de imagen siendo la TC abdominal la más empleada. La CPRE proporciona evidencia directa de una fístula pancreática o disrupción del conducto pancreático a través de extravasación de contraste o presencia de colecciones; además es la prueba de elección si se requiere la colocación de una prótesis.