



P-677 - PERFORACIÓN DUODENAL TARDÍA TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

Servide Staffolani, María José; Martínez Fernández, Gloria; de la Quintana Basarrate, Aitor; Fernández Gómez-Cuadrado, Laura; Agirre Etxabe, Leire; Serrano Hermosilla, Clara; Arana González, Ainhoa; Colina Alonso, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: Presentamos un caso inusual de perforación duodenal tardía tras politraumatismo. Lo consideramos un caso de gran interés debido a que supuso un reto diagnóstico cuyo manejo precoz fue de vital importancia para el pronóstico del paciente.

Caso clínico: Presentamos un paciente varón de 75 años, cuyos únicos antecedentes son la hipertensión arterial y un adenocarcinoma de próstata tratado. Es trasladado al Servicio de Urgencias por caída de escombros con aplastamiento, presentando traumatismo craneoencefálico y toracoabdominal contuso. Acude con Glasgow de 15, amnesia del episodio y cefalea. A la exploración se encuentra hemodinámicamente estable, con vía aérea permeable, buena ventilación pulmonar bilateral y exploración abdominal anodina. Presenta pequeño *scalp* de cuero cabelludo. Se realiza TAC urgente que informa de hematoma subdural agudo subcentimétrico, fracturas costales múltiples izquierdas y fractura de apófisis transversa L1 y L2 izquierda. Ingresa en la Unidad de Reanimación para vigilancia clínica siendo dado de alta a las 72 horas a la planta de Cirugía Torácica para control de las fracturas costales. Comienza a los siete días del traumatismo con dolor abdominal, precisando de nuevo ingreso en Unidad de Reanimación por hipotensión, taquicardia y distrés respiratorio. A la exploración presenta abdomen distendido y duro a la palpación. Se solicita un nuevo TAC el cual informa de abundante retroneumoperitoneo en región pancreatoduodenal, pared de la vesícula biliar y curvaturas menor y mayor gástricas. No se objetiva líquido libre intraperitoneal. Se aprecian cambios inflamatorios en encrucijada pancreatoduodenal y vesícula. Como hallazgo añadido se aprecian múltiples tromboembolismos pulmonares en ramas segmentarias para lóbulo medio y ambos lóbulos superiores. Ante sospecha de posible perforación de víscera retroperitoneal, duodeno como primera posibilidad, se decide intervención quirúrgica urgente. Intraoperatoriamente se objetiva líquido libre de aspecto biliar a nivel perivesicular así como retroneumoperitoneo. Tras maniobra de Kocher se detecta área necrótica de unos dos centímetros en segunda porción duodenal con perforación de cinco milímetros en cara posterior. Se realiza exclusión duodenal con gastroyeyunostomía, derivación de vía biliar con catéter a través del conducto cístico y tutorización de la perforación duodenal con sonda Foley. El paciente evoluciona lenta pero favorablemente, presentando una fuga biliar dirigida a través de drenaje tipo aspirativo colocado en lecho de colecistectomía.

Discusión: El diagnóstico de las lesiones duodenales tras traumatismo abdominal cerrado suele ser tardío, lo que implica un aumento de la morbimortalidad en estos pacientes. En muchas ocasiones, se diagnostica en contexto de una laparotomía urgente indicada por las lesiones asociadas que acompañan en la mayoría de los casos a las perforaciones duodenales postraumáticas. Es excepcional que ocurra una lesión duodenal de forma aislada tras traumatismo abdominal cerrado. Estas lesiones únicas son vistas en forma de hematomas

duodenales, cuyo manejo suele ser conservador en la mayoría de los casos. En el caso presentado se pone de manifiesto una perforación duodenal tras traumatismo abdominal cerrado, una semana después del mismo. La sospecha es que ocurrió una contusión duodenal inicial que evolucionó a perforación de forma tardía, lo que explicaría la progresión clínica que presentó nuestro paciente.