



P-244 - SECCIÓN PANCREÁTICA COMPLETA POR TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

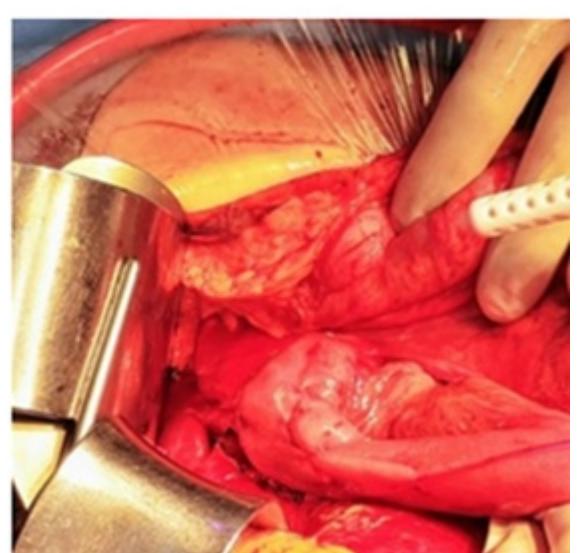
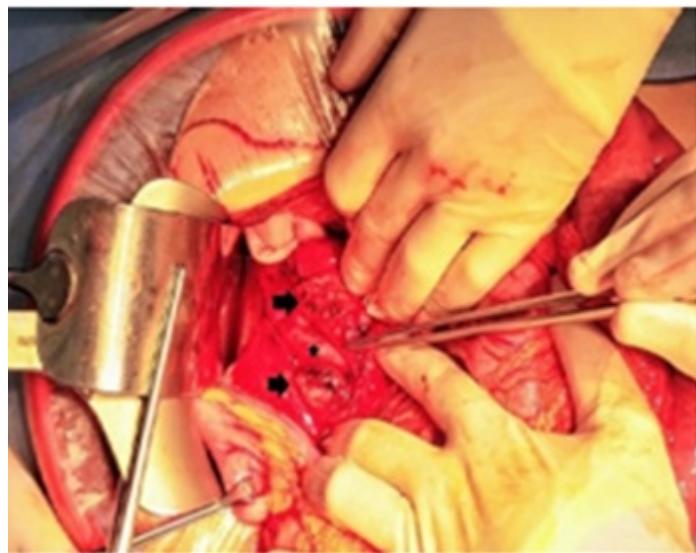
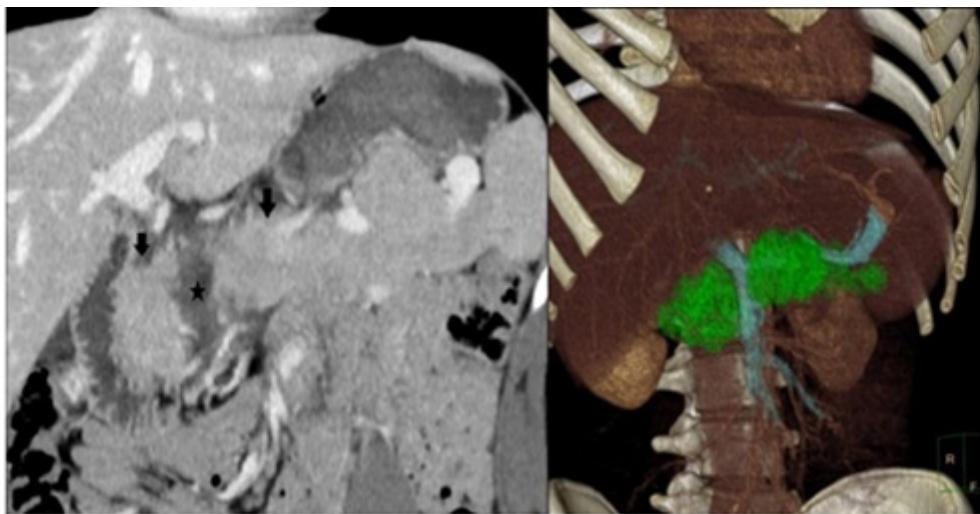
Galiana Montiel, Carmen; Cirera de Tudela, Arturo; Cabau Talarn, Claudia; Jofra, Mariona; Muriel Álvarez, Pablo; Rodríguez Conde, Nivardo; Castro Boix, Sandra

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: Las lesiones traumáticas del páncreas son poco frecuentes y suelen ser de difícil detección, con una incidencia estimada entre el 0,2% y el 2% en casos de traumatismo abdominal cerrado. No obstante, estas lesiones conllevan una alta tasa de complicaciones, con una morbilidad cercana al 23% y una mortalidad de hasta el 30%. En la población joven, el mecanismo lesional más habitual es el traumatismo abdominal cerrado, especialmente por impacto directo con el manillar de bicicleta. A nivel global, la causa más común es el trauma penetrante, particularmente por heridas de arma de fuego. Los síntomas típicos incluyen dolor epigástrico, leucocitosis y elevación de amilasa en sangre, aunque esta última puede mantenerse normal durante las primeras 24 horas. La tomografía computarizada es la herramienta diagnóstica de elección, aunque su sensibilidad oscila entre el 60% y el 80% en las fases iniciales del trauma. La clasificación de las lesiones pancreáticas se basa en la afectación del parénquima y del conducto pancreático. El diagnóstico temprano es clave, ya que la lesión del conducto de Wirsung constituye la principal causa de complicaciones tardías, como fistulas, abscesos o pseudoquistes pancreáticos.

Caso clínico: Paciente varón de 16 años que acude al servicio de Urgencias tras sufrir una caída en bicicleta, impactando con el epigastrio contra una roca. En la exploración presenta dolor localizado y defensa abdominal en epigastrio; el análisis muestra leucocitosis y una amilasa sérica de 110 U/L. La tomografía computarizada revela una laceración completa del páncreas a nivel del cuello (fig. 1). Se decide intervenir quirúrgicamente mediante laparotomía exploradora, donde se constata la sección total del cuello pancreático con exposición del eje mesentérico-portal (fig. 2). Se realiza drenaje del cuerpo y cola pancreáticos hacia un asa de yeyuno desfuncionalizada en Y de Roux, junto con cierre del extremo proximal del páncreas (fig. 3). El posoperatorio transcurre sin incidencias y el paciente presenta buena evolución clínica.



Discusión: Aunque poco frecuentes, las lesiones pancreáticas deben considerarse ante traumatismos abdominales cerrados, debido a la dificultad diagnóstica que implican. El abordaje inicial debe centrarse en la estabilización hemodinámica del paciente, así como en el control de hemorragias y posibles lesiones intestinales asociadas. La elección del tratamiento dependerá de varios factores: la integridad del conducto pancreático principal, la magnitud de la lesión parenquimatosa, el estado clínico del paciente y la existencia de daño a otros órganos. En casos de contusión o laceraciones menores sin compromiso ductal, es razonable optar por manejo conservador con dieta absoluta, descompresión gástrica y soporte nutricional. En presencia de lesiones mayores, especialmente si hay afectación ductal, está indicada la intervención quirúrgica en un plazo no mayor a 24 horas. Las opciones quirúrgicas son múltiples e incluyen procedimientos como la exclusión pilórica, el *bypass* duodenal, la duodenopancreatectomía cefálica o la pancreatectomía distal, según el caso.