



## P-694 - REVISIÓN DEL MANEJO DEL TRAUMA PANCREÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Aguado de Benito, Alicia; Castañera González, Ramón; Salanova Rodríguez, Mariana; Rodil Gallego, Marina; Rey Fernández de Mendiola, Jon; Sánchez García, Rocío; Guilarte Hernández, Henry-André; Louredo Méndez, Ángel Martín*

*Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.*

### Resumen

**Introducción:** La lesión pancreática de origen traumático es infrecuente, representando entre el 0,5-8% de las lesiones traumáticas. Es de difícil diagnóstico en fase temprana, por lo que el cirujano debe pensar en esta posibilidad después de un traumatismo abdominal de alto impacto. Tiene alta morbilidad. Presentamos un caso poco habitual de laceración pancreática por traumatismo cerrado tras caída en bicicleta, resaltando la importancia de conocer el manejo de esta patología para disminuir su morbilidad.

**Caso clínico:** Paciente de 15 años que acude a Urgencias por segunda vez tras sufrir traumatismo cerrado de alto impacto en epigastrio con manillar de bicicleta hace 24 horas. Presenta dolor epigástrico intenso y vómitos. Está hemodinámicamente estable y el abdomen es blando, doloroso en mesogastrio sin peritonismo y con equimosis en epigastrio. Analítica: amilasa de 1228 U/L, leucocitosis  $10 \times 10^9/L$  y sin alteración del resto de los parámetros analíticos. El TAC abdominal evidencia laceración pancreática grado II con potencial lesión ductal no valorable por edema con abundante líquido libre moderado a nivel pélvico sugerente de componente de hemoperitoneo. Dada la estabilidad hemodinámica y ausencia de irritación peritoneal se decide manejo conservador con vigilancia estrecha en UCI. El paciente se deriva a un hospital de 3.<sup>er</sup> nivel ya que reside en otra ciudad. Allí al 2.<sup>º</sup> día de ingreso se realiza laparoscopia urgente por empeoramiento clínico. Se objetiva hemoperitoneo de 1 litro de sangre en ambos hipocondrios, entre asas y en pelvis, sin apreciarse lesiones con sangrado activo ni perforación intestinal. Posteriormente, se realiza colangiRMN que evidencia laceración pancreática grado III, colecciones peripancreáticas y disrupción completa de Wirsung. Se coloca endoprótesis plástica corta en la porción de cabeza de páncreas sin conseguir avanzar hacia Wirsung distal. En controles posteriores se observa prótesis migrada en colon. Ante la estabilidad clínica y ausencia de datos de sobreinfección de las colecciones ni dolor abdominal se mantiene actitud conservadora. Es dado de alta al 17.<sup>º</sup> día posoperatorio con RMN de control donde persiste colección perilesional de 4-5 cm sin complicación. Actualmente sigue en vigilancia con pruebas de imagen de control por consultas externas.

**Discusión:** Los traumatismos pancreáticos son poco frecuentes. Para el diagnóstico se necesita un alto índice de sospecha y nos podemos apoyar en la tomografía computarizada, colangiRMN y CPRE. La lesión del conducto de Wirsung determina el pronóstico de la lesión. No existen

indicaciones claras en cuanto al manejo, aunque la estabilidad del paciente es un requisito fundamental para el tratamiento conservador. En casos seleccionados podemos optar por un manejo mínimamente invasivo no quirúrgico, bien mediante drenaje percutáneo o bien endoscópico, contemplando la colocación de prótesis en el ducto pancreático mediante CPRE cuando sea técnicamente posible, siendo más efectiva si se realiza en estadios tempranos. Son candidatos a cirugía pacientes inestables, presencia de lesiones en TC con traumatismo pancreático a partir del grado III, con fracaso de manejo conservador o que en la CPRE o colangioRNM demuestren lesión ductal.