



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-701 - TRANSECCIÓN HEPÁTICA Y ROTURA PANCREÁTICA TOTAL TRAS POLITRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA

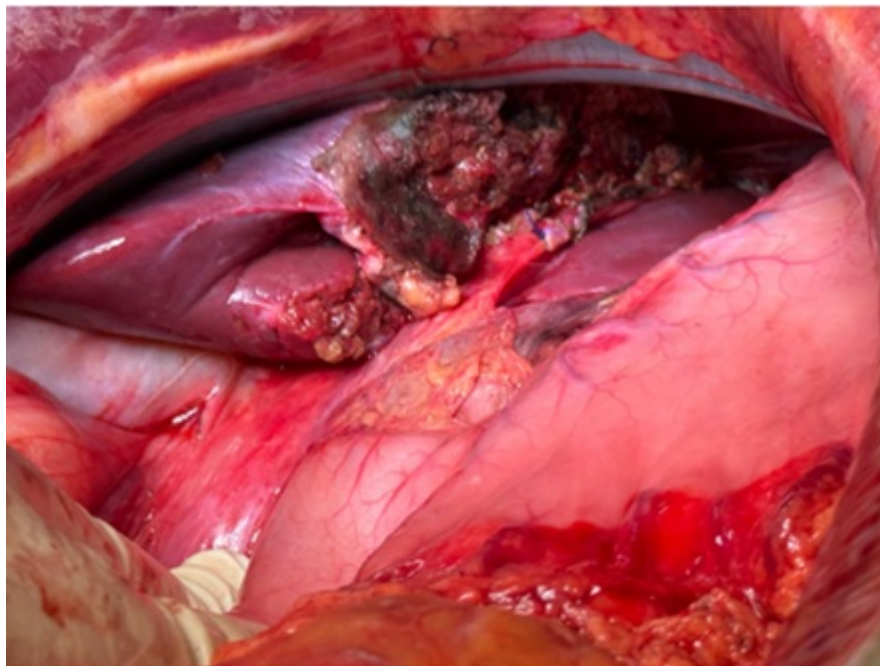
Encinas Gutiérrez, Jaime; Moro Portela, Gerardo; Gutiérrez Grijalba, Oihane; Kataryniuk di Costanzo, Yanina; Pascual Vicente, Teresa; Villota Tamayo, Beatriz; Errazti Olartekoetxea, Gaizka

Hospital de Cruces, Barakaldo.

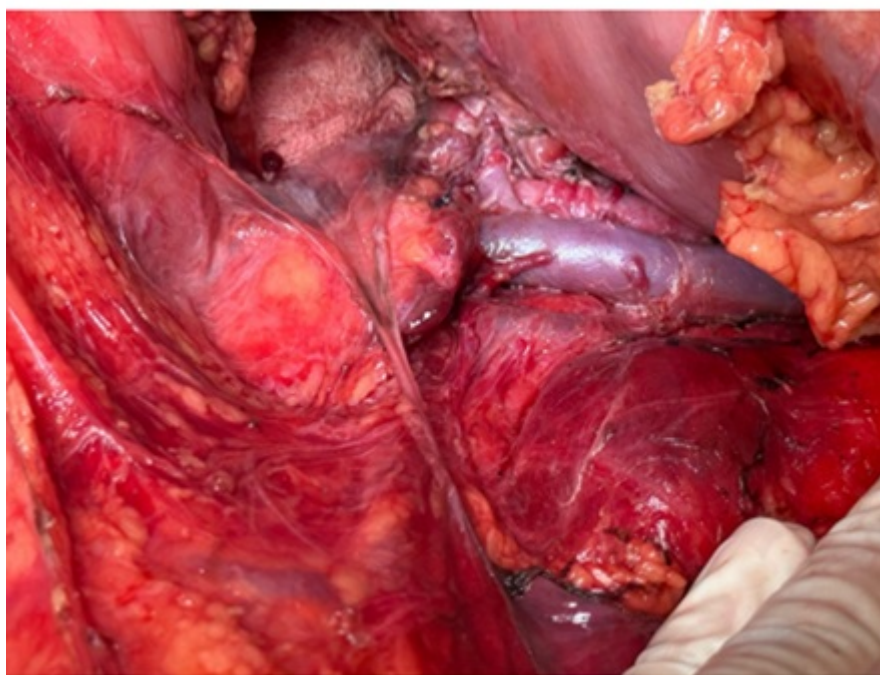
Resumen

Introducción: Se expone el caso de un paciente que sufre un traumatismo de alta energía y presenta una transección hepática a nivel del segmento II-III y una rotura pancreática completa a nivel del cuerpo.

Caso clínico: Varón de 17 años que sufre accidente de moto. A la llegada de la ambulancia Glasgow 9 procediendo a traslado hospitalario con collarín cervical e inmovilización con tabla espinal. En urgencias se aplica protocolo ATLS, objetivando signos de *shock* hipovolémico y dolor abdominal. Se inicia protocolo de transfusión masiva y se realiza Eco-fast que resulta positivo en región subhepática y parietocólico derecho. Ante estos hallazgos y, dada la inestabilidad hemodinámica del paciente a pesar de las medidas de resucitación inicial, se decide laparotomía urgente objetivando hemoperitoneo de 1,5 L y transección hepática a nivel de segmentos II/III con rotura de ramas portales intrahepáticas para dichos segmentos y rotura lateral de la rama del segmento IV con sangrado profuso a dicho nivel, además de rotura pancreática completa a nivel de cuerpo. También se objetiva hematoma retroperitoneal no expansivo. Inicialmente se realiza control de daños con *packing* hepático y, tras no objetivar otros puntos de sangrado intraabdominal, se realiza maniobra de Pringle de 18 minutos de duración y segmentectomía II-III con cierre de ramas portales para ambos segmentos y cierre lateral de la rama del segmento IV. Tras mejoría hemodinámica del paciente, se decide cierre temporal de abdomen mediante sistema sándwich y se realiza un TAC *body*, descartando otros focos de sangrado activo, fracturas o lesiones neurológicas. Tras los hallazgos, se retorna a quirófano para realización de pancreatectomía corporocaudal y cierre del conducto de Wirsung con punto transfixivo. La evolución durante el ingreso es favorable, siendo extubado a las 24 horas y retirando los vasoactivos a las 72 horas. Presenta fístula pancreática tipo A dirigida por el drenaje colocado en quirófano, por lo que es dado de alta el 11.º DPO con hospitalización a domicilio para control de drenaje, siendo retirado a las 48 horas en domicilio debido al bajo débito que presentaba. Reingresa el 20.º DPO por colección en torno al remanente pancreático en probable relación con fuga pancreática, por lo que se realiza drenaje ecoguiado de la misma. Con buena evolución, siendo dado de alta a los 10 días con el drenaje. En TAC de control a los 40 días de la intervención no se objetivan colecciones intraabdominales y presenta un drenaje con débitos muy escasos, por lo que se procede a la retirada del drenaje con pruebas de imagen de control sin nuevos hallazgos.



Hepatectomía izquierda con Hemopatch en lecho



Vena esplénica con la transección pancreática a nivel del cuerpo

Discusión: El protocolo ATLS de atención inicial al politrauma sirvió en este caso para una rápida indicación de laparotomía urgente en un paciente inestable con ECO-FAST positivo, permitiendo un control de daños inicial y posterior finalización de la cirugía. La evolución del paciente fue favorable, precisando nuevo drenaje por fístula pancreática, quizá la complicación más frecuente en este tipo de intervenciones urgentes según las series publicadas.