



P-596 - MANEJO CONSERVADOR DEL TRAUMATISMO PANCREATODUODENAL CERRADO

Goikoetxea, Andrea; Rico, Aída; Poveda, Ignacio; Arín, Beñat; Moya, José Luis; Eslava, M^a Eunat; Cires, Manuel; Montón, Soledad

Hospital García Orcoyen, Estella.

Resumen

Introducción: Las lesiones del duodeno y el páncreas por traumatismo cerrado son poco frecuentes, con una incidencia del 0,25 a 0,4 por 100.000 habitantes año. Su diagnóstico precoz es importante, ya que su retraso se asocia con un aumento de la morbilidad, secundario a hemorragia y/o peritonitis. La morbilidad global de los traumatismos pancreáticos oscila entre el 10 y el 50%; siendo las complicaciones más importantes la fístula pancreática, la pancreatitis, los pseudoquistes y los abscesos. Se expone un caso de un traumatismo pancreático duodenal secundario a un impacto de manillar contra el abdomen tras una caída de bicicleta, que fue manejado de forma conservadora en nuestro centro.

Caso clínico: Varón de 35 años que acude a Urgencias por dolor abdominal y fiebre tras traumatismo abdominal cerrado por el manillar de una bicicleta. A su llegada a Urgencias se encuentra hemodinámicamente normal, taquipneico, nauseoso y con distensión abdominal. Refiere dolor en mesogastrio-hipocondrio derecho, donde coincide la marca del manillar en la piel, con una exploración de abdomen doloroso de forma difusa, sin reacción peritoneal. Analíticamente presenta leucocitosis con neutrofilia y fórmula joven, hiperbilirrubinemia y un aumento notable de la proteína C reactiva. En TC realizado se objetiva un hematoma mesentérico importante con signos de sobreinfección en forma de absceso, como único hallazgo. Se inició tratamiento conservador con meropenem intravenoso, nutrición parenteral y drenaje percutáneo del absceso. Días más tarde tras el drenaje del absceso persiste salida de líquido claro, sugestivo de fístula pancreática, con un análisis bioquímico que confirma la hiperamilasemia del líquido (11.265 U/L). Se realiza una CPRE para confirmación y descompresión de dicha fístula pancreática, no pudiendo completar la prueba por estenosis duodenal infranqueable por inflamación secundaria al traumatismo pancreático duodenal. Precisa nutrición enteral temporal con sonda, hasta resolución de la contusión duodenal y estómago retencionista secundario, de forma ambulatoria. La evolución posterior es paulatinamente satisfactoria, con mantenimiento del drenaje percutáneo, hasta la disminución progresiva del débito fistuloso pancreático.

Discusión: El diagnóstico clínico de las lesiones en la raíz del mesenterio es habitualmente difícil por las lesiones viscerales asociadas, por lo que el TC con contraste intravenoso es el método diagnóstico de elección. El tratamiento conservador se plantea en pacientes con muy buena situación clínica inicial y sin perforación duodenal. Debe mantenerse una estrecha vigilancia clínica por parte del cirujano. El tratamiento quirúrgico sigue siendo un reto en cuanto a la técnica y momento adecuado. El drenaje percutáneo y la colocación endoscópica de una prótesis en el conducto de Wirsung son procedimientos semi-invasivos para resolver traumatismos pancreáticos de alto grado sin perforación duodenal si el paciente permanece clínicamente estable.