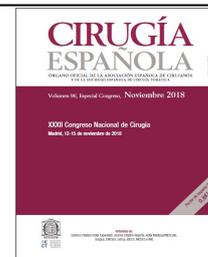




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-656 - TRATAMIENTO CONSERVADOR EN TRAUMATISMO PANCREÁTICO GRAVE: ¿UN CAMBIO DE PARADIGMA?

Alonso Carnicero, Patricia¹; Marín Ortega, Héctor¹; Aranda Escaño, Elena¹; Serrano Hermosilla, Clara¹; Tellaeché de la Iglesia, Miriam¹; Fernández Gómez-Cruzado, Laura¹; Alonso Carnicero, Virginia²; Colina Alonso, Alberto¹

¹ Hospital de Cruces, Barakaldo; ² Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Objetivos: Presentar el caso de un traumatismo pancreático grave con buena evolución con tratamiento conservador. El páncreas es el 4º órgano abdominal sólido más frecuentemente dañado en los traumatismos cerrados. Pese a ello, los traumatismos pancreáticos son una entidad clínica poco frecuente y su tratamiento en la actualidad es muy controvertido. La presencia de lesión del conducto pancreático principal es la principal causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes con trauma pancreático. Sin embargo, el manejo en los casos de lesión ductal es incluso aún más controvertido.

Caso clínico: Mujer de 17 años que es traída a Urgencias tras atropello por vehículo a motor de alta energía con TCE severo, traumatismo torácico (fractura de cuerpo esternal, neumotórax bilateral, laceración LII, fracturas costales izquierdas), traumatismo abdominal (riñón izquierdo devascularizado, hematoma mesentérico, laceración esplénica, laceración en cola pancreática grado II-III con afectación de ducto principal) y fracturas de ambas tibias y peronés. Precisa intervención quirúrgica urgente, objetivándose hemoperitoneo en escasa cantidad, riñón izquierdo trombosado con múltiples laceraciones, por lo que se realiza nefrectomía; Laceración esplénica superficial de aproximadamente 2 cm sin sangrado activo, hematoma en raíz de mesocolon trasverso; primer asa yeyunal con ojal mesentérico sin sangrado activo y con un deserosamiento del asa sin datos de isquemia. La paciente presenta buena evolución clínica de las lesiones. Respecto al aspecto abdominal, la paciente presenta una colección intrabdominal secundaria a la laceración pancreática, que requiere colocación de drenaje percutáneo ecoguiado. La amilasa del drenaje confirma que se trata de una fístula pancreática con débito aproximado de 180 cc diarios. La paciente es dada de alta con el drenaje y control por Hospitalización a Domicilio. Se decide solicitar CPRE con colocación de prótesis 2 meses tras el accidente, sin objetivar ninguna fuga de contraste, rellenándose el conducto pancreático principal hasta cola sin ver alteraciones, realizándose esfinterotomía. Posteriormente, se procede a cerrar el drenaje. Se realizan ecografías intrabdominales seriadas, en las que no se objetivan colecciones, por lo que se procedió a la retirada del drenaje. La paciente se encuentra asintomática y no ha presentado colecciones en las ecografías de control.

Discusión: El traumatismo pancreático se presenta en 1-2% de los traumatismos abdominales cerrados. La escasez de los mismos hace compleja la toma de decisiones a los cirujanos, dada la dificultad de adquirir experiencia en los mismos. A todo esto hay que añadir la escasa especificidad de las pruebas diagnósticas urgentes para diagnosticar estas lesiones, ya que requieren un alto nivel de sospecha, y que, una vez diagnosticadas los resultados son poco predecibles y el manejo es controvertido. La rotura del Wirsung ha sido una de las principales indicaciones quirúrgicas en los traumatismos pancreáticos, sin embargo ya son

varios los artículos que describen menor morbilidad con un tratamiento conservador de los traumatismos pancreáticos de alto grado, por lo que está estableciéndose un cambio de paradigma de tratamiento. A pesar de ello son necesarios más estudios aleatorizados para valorar cuál es la mejor manera de afrontar este reto quirúrgico que se nos plantea.