



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-258 - TRAUMATISMO PANCREÁTICO GRADO III AAST EN PACIENTE PEDIÁTRICO: PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL URGENTE CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA

de Ariño Hervas, Itziar; García Domínguez, Amaia; Jiménez Agüero, Raúl; Beguiristain Gómez, Adolfo; Iraola Fernández de Casadevante, María; Echeveste Varela, Ainhoa; Alkorta Zuloaga, Maialen; Riverola Aso, Paula

Hospital Donostia, San Sebastián.

Resumen

Introducción: Los traumatismos pancreáticos son lesiones poco frecuentes. En nuestro medio suelen deberse a traumatismos cerrados, por la compresión del epigastrio a la columna y su localización retroperitoneal. La lesión pancreática aislada es algo excepcional, y en casos poco graves el manejo conservador puede ser una buena opción. La dificultad se presenta en el momento de tener que hacer un diagnóstico certero y decidir la actitud a tomar. En casos que se decide seguir un manejo conservador, se recomienda el control seriado de enzimas pancreáticas y control clínico estrecho. El tratamiento quirúrgico varía según el grado de la lesión, localización y lesiones asociadas.

Caso clínico: Se presenta el caso de un traumatismo pancreático sin lesiones asociadas tratado inicialmente con manejo conservador y que tiene que ser intervenido de urgencia a los cuatro días por sospecha de lesión del conducto pancreático y mala evolución clínica. Varón de 7 años trasladado en ambulancia tras accidente de coche con choque frontolateral. A su llegada, hemodinámicamente tendencia a la taquicardia. La evaluación inicial de politraumatizado es correcta, con un Glasgow de 15. Destaca una distensión abdominal y dolor generalizado. Se realiza un TC con hallazgo de laceración de cabeza y cuerpo pancreático, sin sangrado ni clara lesión del conducto principal. Ingresa en planta para manejo conservador bajo diagnóstico de lesión grado II AAST. Evoluciona con empeoramiento clínico (vómitos, dolor mal controlado y febrícula) y elevación llamativa de enzimas pancreáticas y PCR. Dada la mala evolución, se realiza una colangio-RM urgente el cuarto día, con hallazgo de laceración pancreática en la unión de cabeza y cuerpo que afecta a la totalidad del espesor glandular. Ante la sospecha de traumatismo grado III de la AAST, se decide realizar laparotomía urgente ante la sospecha de lesión de conducto pancreático. En la cirugía se objetiva sección completa de glándula pancreática a nivel de istmo, asociado a pancreatitis de cuerpo y cola. La disección resulta dificultosa por los importantes cambios inflamatorios y necrosis adyacente, especialmente la cara posterior y superior pancreática. Se consigue disecar el páncreas accediendo por el hilio hepático al borde superior y asegurando una correcta protección de las ramas del tronco celiaco a dicho nivel. Tras la sección con endograpadora a nivel del istmo, se procede a la pancreatectomía corporocaudal con preservación esplénica. El paciente evoluciona favorablemente con normalización de parámetros analíticos y correcta tolerancia oral. Es dado de alta hospitalaria el 8º día posoperatorio. Pasado un mes y medio, el paciente realiza vida normal y no ha tenido ningún episodio de esteatorrea o hipoglucemia.

Discusión: En caso del manejo conservador, una evolución clínica desfavorable y la elevación progresiva de enzimas pancreáticas seriadas debe hacernos sospechar de fracaso del tratamiento y en ningún caso debería

retrasar la decisión quirúrgica. La pancreatectomía distal es una opción segura en los casos de traumatismo pancreático distal (grado III AAST) y siempre se debe intentar preservar el bazo si la situación hemodinámica y lesiones asociadas del paciente lo permiten.