



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-639 - ESPLENOPANCREATECTOMÍA DISTAL EMERGENTE TRAS TRAUMATISMO PANCREÁTICO CERRADO

Santos Vieitez, Lucía; Guerreiro Caamaño, Aloia; Robla Álvarez, David; Gómez Area, Esther; Rodríguez Rojo, Sergio; López Domínguez, Carlota; Pérez Grobas, Jorge

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción: Las lesiones pancreáticas traumáticas son infrecuentes. El mecanismo de lesión varía en función de la edad, siendo más frecuentes los traumatismos pancreáticos cerrados en niños y los traumatismos penetrantes en adultos. Los traumatismos de alto impacto con mecanismos de desaceleración suelen ser la causa más frecuente de lesión pancreática secundaria a trauma, dada la compresión epigástrica del mismo contra la columna vertebral, principalmente secundaria a accidentes automovilísticos. El cuerpo pancreático suele ser el segmento más afectado frecuentemente. Las lesiones pancreáticas aisladas no son comunes y, hasta el 90% de las mismas, se acompañan de lesiones asociadas en hígado, bazo, estómago u otros órganos retroperitoneales como duodeno, riñones o grandes vasos.

Caso clínico: Mujer de 30 años, que acude al Servicio de Urgencias tras un accidente automovilístico, siendo atropellada a alta velocidad, golpeada en hemiabdomen derecho y saliendo despedida varios metros. A su llegada, se evidencia palidez cutánea, inestabilidad hemodinámica y taquicardia. Se inicia reposición hidroelectrolítica y transfusión de hemoderivados, tras lo que recupera estabilidad hemodinámica, por lo que se realiza TAC toracoabdominopélvico urgente, identificando hemoperitoneo así como laceración pancreática grado III en cuerpo/cola visualizándose en su seno focos puntiformes de extravasación de contraste en fase arterial que aumentan en fase venosa, compatibles con sangrado activo, así como una probable disrupción del conducto pancreático principal, laceración hepática y laceración esplénica. Se decide intervención quirúrgica urgente. Se identifica laceración pancreática que provoca rotura a nivel de cuerpo/cola del páncreas con sangrado arterial activo y disrupción del conducto pancreático principal. Laceración hepática en s. II y esplénica y moderada cantidad de hemoperitoneo secundario. Se identifica perforación en primer asa yeyunal de 1,5 cm aproximadamente, no evidenciada en pruebas de imagen. Dados los hallazgos intraoperatorios, se realiza pancreatectomía caudal y esplenectomía de necesidad, así como rafia del primer asa yeyunal. Posteriormente, durante el posoperatorio, se diagnostica de fístula pancreática de bajo débito como complicación posquirúrgica, que se trata de manera conservadora con antibioterapia intravenosa de amplio espectro y drenaje percutáneo radioguiado, tras lo que evoluciona favorablemente, identificando resolución de la misma en TAC abdominal de control previo al alta hospitalaria.



Discusión: A pesar de que los traumatismos pancreáticos son infrecuentes, deben tenerse en cuenta ante traumatismos abdominales tanto penetrantes como cerrados, sobre todo secundarios a mecanismos de desaceleración, dada la elevada morbilidad y mortalidad asociada a al traumatismo pancreático. No se debe olvidar que ante diagnóstico de un traumatismo pancreático, deben sospecharse otras lesiones intraabdominales o retroperitoneales asociadas, sobre todo en duodeno, yeyuno, bazo e hígado, presentes hasta en el 90% de los casos. El tratamiento de las lesiones pancreáticas secundarias a trauma dependerá en gran medida de la gravedad de la misma y sobre todo de la afectación clínica del paciente, en relación con inestabilidad hemodinámica asociada o estados de *shock* secundarios, principalmente de causa hipovolémica. Las posibles complicaciones posquirúrgicas más frecuentes asociadas al tratamiento agresivo de las lesiones pancreáticas son abscesos intraabdominales, fístulas pancreáticas y pseudoquistes pancreáticos, los cuales pueden manejarse habitualmente de manera conservadora sin necesidad de reintervención.