



P-699 - TRANSECCIÓN COMPLETA DE CUELLO PANCREÁTICO POR EL MANILLAR DE UNA BICICLETA: A PROPÓSITO DE UN CASO

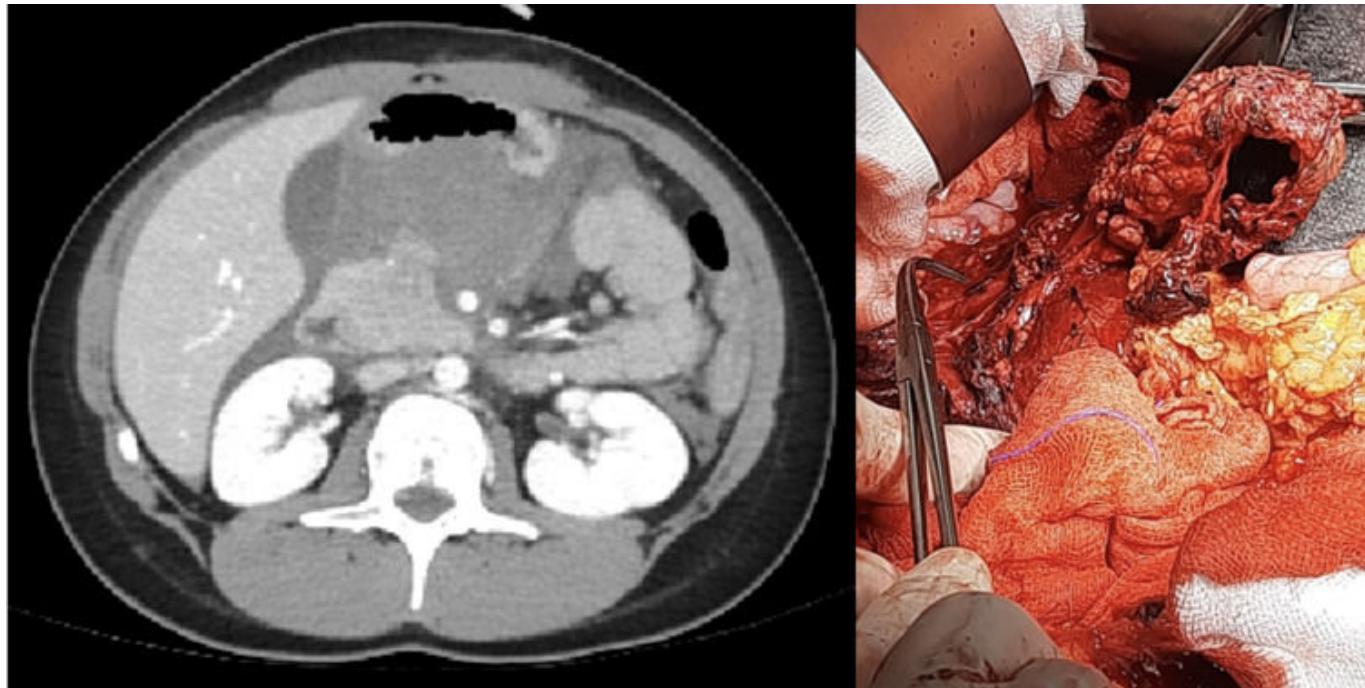
Muñoz Plaza, Nerea; Baudino, Maximiliano Ezequiel; de La Plaza Galindo, María; Reoyo Pascual, José Felipe; Alonso Alonso, Evelio; Jorge Tejedor, David; Palomo Luquero, Alberto; Álvarez Rico, Miguel Ángel

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: El traumatismo pancreático es una entidad con baja incidencia, pero elevada morbilidad, más frecuente en varones jóvenes por mecanismo contuso abdominal. La baja especificidad clínica y analítica hace difícil el diagnóstico, debiéndose mantener un alto índice de sospecha. El TC es la prueba de imagen de elección, con el fin de detectar lesión del conducto pancreático principal, predictor pronóstico fundamental. El grado de la lesión pancreática marcará la actitud terapéutica, así como la mortalidad, también influida por la parición tardía de complicaciones graves.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 17 años que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos tras traumatismo abdominal cerrado con el manillar de una bicicleta. Dada la estabilidad clínica se realiza TC urgente que describe: laceración de gran tamaño a nivel del cuerpo pancreático compatible con transección distal y lesión grado III, sangrado activo venoso en raíz de mesenterio, abundante líquido libre en recesos peritoneales en relación con hemoperitoneo. Se decide el traslado a nuestro centro desde el hospital secundario de origen, ingresando a su llegada en Unidad de Cuidados Intensivos para soporte inicial, manteniéndose en todo momento con estabilidad hemodinámica sin disfunción orgánica. Tras revisión de imágenes confirmando la sospecha de lesión del conducto pancreático principal, se indica laparotomía: tras evacuar 800cc de hemoperitoneo y un gran hematoma en transcaudad, se visualiza transección completa pancreática a nivel del cuello y hematoma retroperitoneal. Se practica pancreatectomía corporo-caudal, conservando la integridad de vasos esplénicos, reforzando el cuello pancreático con Prolene y Tachosil, y con drenaje en lecho quirúrgico. Presenta posoperatoria una fistula pancreática asintomática recogida por el drenaje, que se mantiene al alta retirándose tras 30 días por débito nulo. Al mes y medio posoperatorio la paciente no ha presentado insuficiencia pancreática.



Discusión: El traumatismo pancreático se clasifica por la American Association for the Surgery of trauma en cinco grados según tipo de lesión, localización y lesión del conducto pancreático. El traumatismo de bajo grado (I, II) debe tratarse inicialmente de forma conservadora o con drenaje externo; el alto grado (III, IV, V) puede requerir procedimientos quirúrgicos como pancreateorrafia, pancreatectomía o reconstrucciones. En caso de inestabilidad hemodinámica y/o disfunción orgánica múltiple del paciente, la indicación quirúrgica urgente incluirá inspección del páncreas y confirmación de la integridad del conducto pancreático principal. En el resto de casos, la TC es de primera elección para el diagnóstico; pese a su baja sensibilidad para detectar la lesión del conducto pancreático, puede describir hallazgos compatibles como la sección completa glandular, laceración de más del 50% y disruptión masiva. En caso de sospechar la lesión, se puede completar el estudio con pruebas de mayor sensibilidad como colangiopancreatografía por resonancia magnética o endoscópica. El traumatismo pancreático presenta una mortalidad del 19%, aumentando al 30% en caso de compromiso ductal, siendo los principales factores de mal pronóstico: retraso diagnóstico, presentar lesiones asociadas y compromiso ductal. El 50% de la mortalidad es tardía como consecuencia de complicaciones graves como pancreatitis traumática y fistula pancreática.