



O-238 - GRAVEDAD ANATÓMICA, MORBILIDAD Y ERRORES EN EL MANEJO DEL TRAUMATISMO PANCREÁTICO Y DUODENAL EN NUESTRO MEDIO

M. Burneo Esteves, L. Zarain Obrador, M. Cuadrado Ayuso, A. Sánchez Arteaga, P. Guillen Redondo, M. Sanz Sánchez, M.D. Pérez Díaz y F. Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La escasa incidencia (2-6%) del traumatismo pancreático y duodenal (TPD) conlleva errores de manejo. Nuestro objetivo ha sido analizar las características del TPD grave en nuestro centro, y los errores observados en el tratamiento de estas lesiones infrecuentes.

Métodos: Estudio retrospectivo del Registro de Trauma Grave de nuestro centro (junio 1993-marzo 2014). Hemos analizado características demográficas, diagnóstico, tratamiento y morbimortalidad. Para la gradación de las lesiones se ha usado la clasificación OIS de la AAST. La gravedad anatómica y fisiológica se ha medido con el ISS y RTS, respectivamente.

Resultados: 51 (5,46%) de 934 pacientes con trauma abdominal presentaron TPD. En 29 (57%) pacientes el trauma fue cerrado, y en 22 (43%) penetrante, de los cuales 19 fueron por arma blanca (HAB) y 3 por arma de fuego (HAF). 26 (51%) pacientes presentaron lesiones en otras regiones anatómicas, siendo la más frecuente el tórax, seguida de los traumatismos del aparato locomotor. 46 (90%) pacientes tuvieron lesiones concomitantes de otros órganos abdominales, y solo 5 (10%) fueron aislados. El 71% de los pacientes tuvo un ISS > 15, siendo el ISS medio de 20 ± 10 . El RTS medio fue de $11,4 \pm 1,3$. Se realizó TC en 38 pacientes, siendo falso positivo en uno, y falso negativo en 4. En los 13 pacientes restantes el diagnóstico fue intraoperatorio. 24 (47%) tuvieron lesión pancreática, 12 (24%) presentaron lesión duodenal, y 15 (31%) lesión pancreatoduodenal combinada. 19 pacientes tuvieron trauma grave (grados III-V). El número de pacientes con lesiones de grados V, IV, III, II y I fue de 2, 3, 14, 26 y 6, respectivamente. El tratamiento fue quirúrgico en 40 (78%) pacientes, incluyendo los 19 con lesiones de grados III-V, y 21 de los 32 con lesiones de grados I-II. Se realizaron 9 pancreatomectomías corporocaudales, 6 suturas duodenales (una con exclusión pilórica), 1 derivación duodeno-yeyunal en Y de Roux, y simples medidas de hemostasia y drenaje en los otros 24 pacientes. 38 de los pacientes intervenidos tenían lesiones intraabdominales asociadas. Hubo morbilidad postoperatoria en 16 (41%) pacientes: 8 fístulas pancreáticas, 5 abscesos intraabdominales, 2 infecciones de herida quirúrgica y 1 sangrado postoperatorio. La mortalidad fue del 8% (4 pacientes), 2 por FMO, 1 por sangrado masivo en quirófano y el otro por SDRA. Se detectaron 2 errores graves de evaluación y manejo, uno de ellos consistente en un abordaje y tratamiento laparoscópico de una lesión combinada de grado V, y una mala evaluación intraoperatoria de una HAF. Ambos pacientes sobrevivieron.

Conclusiones: Nuestra serie confirma la gravedad anatómica global asociada al TPD, que no se ha acompañado de una repercusión fisiológica importante, probablemente debido al escaso número de HAF. La morbilidad postoperatoria es alta, y los errores de evaluación y manejo detectados podían haberse evitado si se hubieran seguido principios bien establecidos en el manejo del trauma penetrante.