



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-572 - LESIÓN HEPÁTICO DUODENAL TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

*Herrera Sampablo, Ana Isabel; Moreno, Guadalupe; Perea, María Teresa; Verdes, Jorge; Deiros, Manel; Spanghero, Sara; Hernández, M<sup>a</sup> Jesús; Moll, Ferran*

*Hospital Can Misses, Eivissa.*

### Resumen

**Introducción:** El traumatismo abdominal, abierto o cerrado, constituye una fuente importante de morbimortalidad. El 75% de los traumatismos abdominales cerrados son resultado de accidentes de tráfico. Las lesiones más frecuentes son las hepáticas y esplénicas, mientras que las lesiones duodeno-pancreáticas constituyen sólo un 0,2-6%. Estas lesiones aunque infrecuentes conllevan una alta tasa de morbimortalidad y suelen acompañarse de lesiones en órganos vecinos, que retardan y ensombrecen el diagnóstico y tratamiento.

**Caso clínico:** Varón de 30 años, traído a nuestro centro por los Servicios de Emergencias Médicas tras sufrir un accidente náutico (colisión en lancha motora a gran velocidad). A la exploración física Glasgow 15, estable hemodinámicamente, múltiples fracturas en miembros superiores y discreto dolor abdominal. Se realiza TAC body con contraste oral e intravenoso: múltiples fracturas de arcos costales, laceración hepática grado III-IV en lóbulo caudado y segmentos V y VIII sin sangrado activo, líquido libre intraabdominal perihepático-periesplénico sugestivo de hemoperitoneo. No neumoperitoneo ni extravasación de contraste oral en el tracto intestinal. Ante la estabilidad hemodinámica del paciente y la ausencia de signos de irritación peritoneal se decide actitud expectante con vigilancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Pasadas 12 horas el paciente empeora clínicamente con mayor dolor abdominal y peritonismo. Se decide laparotomía exploradora. Intraoperatoriamente, lesión hepática grado IV con sección de parénquima entre los segmentos IV, V y VIII sin sangrado activo, ni lesión de vía biliar. Lesión de la segunda porción duodenal del 75% de la circunferencia y contusión de la cabeza pancreática (lesión duodenopancreática grado III-IV), con colédoco y ampolla de Vater íntegra. No lesiones de estructuras vasculares adyacentes ni otros órganos. Se realiza sutura primaria duodenal, exclusión pilórica con grapadora (Proximate Linear Cutters® 55 mm Ethicon), gastroyeyunostomía y colocación de drenajes en celda pancreática, región subhepática y parietocólico derecho. El paciente permanece ingresado durante 18 días, 14 de ellos en UCI. Su postoperatorio está marcada por tres problemas: agitación psicomotriz que retrasa la extubación, infección superficial de herida quirúrgica y fiebre sin evidencia de colecciones intraabdominales ni otros focos y que remitió tras tratamiento antibiótico empírico (Meropenem® y Amikacina®). Iniciada tolerancia oral y retirados drenajes tras dos semanas sin evidencias de fístulas, el paciente es dado de alta.

**Discusión:** El traumatismo duodenal es una rara entidad siendo la experiencia en nuestro medio

escasa. La localización retroperitoneal del duodeno hace que los clásicos signos de peritonismo asociados a la ruptura de víscera hueca no estén presentes en el momento de la evaluación inicial, de ahí que cobra especial importancia la realización de una TAC abdominal con contraste oral e intravenoso ante la mínima sospecha, a pesar de lo cual el número de falsos negativos es muy elevado. La mortalidad global en este tipo de lesiones puede llegar al 30%, dos terceras partes se deben a hemorragias asociadas a lesiones de grandes vasos, y se producen en las primeras 48 horas. La mortalidad por la propia lesión duodenopancreática es del 5-12% y suele darse en casos de diagnóstico tardío.