



P-584 - ESTALLIDO PANCREÁTICO. LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

de la Fuente Bartolomé, Marta; Moreno Bargeiras, Alejandro; Domínguez Sánchez, Iván; Yuste García, Pedro; Gutiérrez Andreu, Marta; Díaz Pérez, David; Vieiro Medina, María Victoria; de la Cruz Vigo, Felipe

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Las lesiones traumáticas del páncreas son infrecuentes y representan aproximadamente el 4% de las lesiones abdominales. Conllevan una tasa de morbilidad significativa (45%), por lo que su reconocimiento y tratamiento precoz es primordial. Por tanto representa un desafío diagnóstico y un dilema terapéutico para los cirujanos. Después de un traumatismo cerrado de abdomen, las lesiones del páncreas se asocian más frecuentemente con trauma del duodeno, hígado y bazo. La integridad del conducto pancreático principal es el determinante más importante del resultado después de una lesión pancreática.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 40 años precipitado desde 8 metros. En la asistencia prehospitalaria el paciente presenta TA: 95/62 mmHg, FC: 130 lpm, FR 25 rpm, saturación de oxígeno del 99% y GCS de 15. Se comienza resucitación con sueroterapia, persistiendo taquicárdico e hipotenso. Refiere dolor en hombro, hemitórax y cadera izquierda, así como en región dorsolumbar. Se procede a inmovilización y traslado a nuestro hospital. A su llegada al hospital continúa inestable a pesar de resucitación volumétrica por lo que se intuba al paciente, se comienza perfusión de drogas vasoactivas y se activa el protocolo de transfusión masiva. Se realiza radiografía de tórax y pelvis sin visualizar lesiones agudas. En Eco-Fast se evidencia líquido libre abundante en cavidad abdominal por lo que se traslada al quirófano. Se realiza laparotomía xifopubiana, objetivándose hemoperitoneo de más de 1 litro y hematoma retroperitoneal lateral izquierdo no expansible (región II) por lo que se realiza packing por cuadrantes. Intraoperatoriamente se diagnostica un estallido esplénico (Grado IV), realizándose esplenectomía. El paciente recupera la estabilidad hemodinámica. Se revisa exhaustivamente la cavidad abdominal visualizando sección transversal prácticamente completa (2/3) a nivel de cuerpo-cola pancreática (Grado III), procediéndose a pancreatectomía distal con sutura en línea de sección. Se deja parche hemostático en el lecho quirúrgico y drenaje aspirativo en región subfrénica izquierda. No se evidencian lesiones en el resto de la cavidad. Tiempo estimado de Cirugía 70 minutos. El paciente es trasladado a UVI, donde se procede a la revisión secundaria realizando TAC toraco-abomino-pélvico con diagnóstico de múltiples fracturas costales, apófisis espinosas y transversas lumbares izquierdas, así como fractura de húmero proximal izquierdo. El paciente presenta una buena evolución postoperatoria.

Discusión: El primer objetivo de la intervención quirúrgica en un politraumatizado es el control de la hemorragia de las estructuras vasculares u órganos sólidos que amenazan la vida, seguido del

control de las fuentes de fuga gastrointestinal. En el traumatismo cerrado el diagnóstico de una lesión pancreática requiere un alto grado de sospecha. El mecanismo lesional y la evidencia de lesiones externas nos deben alertar sobre cierto tipo de lesiones. Debido a su localización retroperitoneal, la afección traumática del páncreas no es frecuente y puede pasar inadvertida en un primer momento en la evaluación del paciente. El cirujano de trauma debe tener siempre en cuenta que un retraso en el diagnóstico o el tratamiento de este tipo de lesiones se acompañan de un aumento significativo de la morbimortalidad.