



P-569 - RECONSTRUCCIÓN TRAS TRAUMATISMO PANCREÁTICO MEDIANTE PANCREATICOGASTROSTOMÍA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

G. Martín Martín, P. Jiménez Morillas, J.M. Morón Canis, J.C. Rodríguez Pino, F.X. Molina Romero y F.X. González Argenté

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Objetivos: La lesión pancreática es un hallazgo poco frecuente tras un traumatismo abdominal cerrado con una tasa de complicaciones que afecta al 30-60% de los pacientes y una mortalidad que puede alcanzar el 39%. La sección completa del conducto de Wirsung, que ocurre en un 15-30%, es indicación de tratamiento quirúrgico urgente. El objetivo es dar a conocer nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento mediante preservación pancreática distal y anastomosis pancreaticogástrica en la lesión pancreática secundaria a un traumatismo abdominal cerrado a través de dos casos clínicos.

Casos clínicos: Presentamos los casos clínicos de dos pacientes jóvenes que, después de sufrir un traumatismo abdominal cerrado secundario al impacto de un caballo durante la práctica de un tipo tradicional de equitación durante la celebración de fiestas populares típicas de nuestro entorno, fueron diagnosticadas de traumatismo pancreático tipo III de acuerdo con la Asociación Americana para la Cirugía de Trauma. El tratamiento fue quirúrgico en ambos casos y consistió en la realización de una anastomosis pancreatogástrica con la preservación del páncreas distal y el bazo. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y, en la actualidad, las pacientes permanecen asintomáticas. Los traumatismos abdominales de alta energía como los debidos a accidentes de equitación, pueden provocar la transección de la glándula pancreática por el aplastamiento de las estructuras retroperitoneales contra la columna. Se considera que sólo alrededor del 5% de los traumatismos abdominales cerrados afectan a la glándula pancreática. La región más afectada es el cuello en el 37% de los casos. Su sospecha diagnóstica suele ser tardía debido a la inespecificidad de los síntomas clínicos. La tomografía computarizada (TC), con algunas limitaciones, es la prueba de imagen de elección en el diagnóstico y la estadificación en la fase aguda. El papel diagnóstico de la hiperamilasemia para la lesión pancreática es controvertido, y en las primeras horas se considera que no es sensible ni específica para el diagnóstico. Ante una sección completa a nivel del cuello como en los casos que presentamos, el procedimiento quirúrgico más extendido es la resección de cuerpo, cola y bazo. Con menos frecuencia y probablemente por su mayor complejidad, se opta por la preservación distal del páncreas con la intención de evitar complicaciones posteriores como alteraciones en la glicemia y las relacionadas con la esplenectomía realizada por necesidad. En el caso de pacientes jóvenes, como los que presentamos, cobra mayor importancia preservar el mayor tejido pancreático si es técnicamente posible con el fin de evitar la presencia de diabetes y alteraciones digestivas a largo plazo así como consecuencias sépticas y/o inmunológicas secundarias

a la frecuente esplenectomía de necesidad cuando no se practica preservación pancreática distal.

Discusión: La identificación de una lesión pancreática tras un traumatismo abdominal cerrado requiere un alto índice de sospecha basado en el mecanismo lesivo. Una opción segura puede ser la preservación pancreática distal con anastomosis pancreaticogástrica en las lesiones grado III sin desvitalización del páncreas distal. Parece justificada la realización de estudios que establezcan evidencia respecto a ésta técnica quirúrgica.