



P-560 - GRAN PERFORACIÓN DUODENAL DE ORIGEN TRAUMÁTICO

Álvaro Roures, María; Martel Lozano, Saida; Soto Darias, Ivan; Alcalá Serrano, Francisco Javier; Fernández San Millán, David; Cabrera García, Mercedes Elisa; García Plaza, Gabriel; Hernández Hernández, Juan Ramón

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El 31% de los pacientes politraumatizados tienen afectación abdominal y entre el 1 al 4,7% de estos casos existe alteración a nivel duodenal. La causa más frecuente es el traumatismo penetrante, aunque se han descrito en accidentes de tráfico por el impacto del volante y del manillar de la bicicleta. En cuanto al manejo todos los pacientes con inestabilidad hemodinámica o peritonitis debe realizarse revisión quirúrgica. Presentamos a continuación el siguiente caso.

Caso clínico: Paciente varón de 80 años que había presentado hacía 24 h una caída en bicicleta y que fue encontrado en su domicilio inconsciente. El paciente fue trasladado a nuestro hospital donde se realiza TC con contraste endovenoso objetivándose perforación a nivel de la segunda porción duodenal asociado a neumoperitoneo, abundante líquido libre y pequeña cantidad de hemoperitoneo en pelvis con signos sugestivos de peritonitis. Debido al estado clínico del paciente y hallazgos de TC, se decide realizar cirugía urgente. Intraoperatoriamente, se objetivó una peritonitis biliopurulenta difusa con una perforación de 2/3 de la circunferencia entre la 1ª y 2ª porción duodenal quedando respetada casi la totalidad de la cara posterior. No se objetivaron lesiones a otros niveles. Tras descenso del ángulo hepático del colon y maniobra de Kocher amplia, con liberación del mesocolon transversal de la cabeza pancreática, se realizó exclusión duodenal, mediante sutura primaria de la perforación duodenal, exclusión pilórica y anastomosis gastroentérica. Durante el posoperatorio se realizó TC de control con hallazgos favorables sin objetivar neumoperitoneo. No obstante, el paciente presentó complicaciones desde el punto de vista cardiovascular, falleciendo al mes de la cirugía en la Unidad de Reanimación.

Discusión: La incidencia de traumatismo duodenal es muy baja pero mortal, por ello es importante tener alto índice de sospecha debido a la localización retroperitoneal y realizar maniobras de exposición completas del complejo duodeno-páncreas para valorar lesiones inadvertidas que conllevan a una elevada mortalidad. En cuanto al manejo, se recomienda realizar los mínimos gestos quirúrgicos dependiendo de la lesión OIS-AAST y el estado clínico del paciente.