

CP-28 TÍTULO: FRACTURA PANCREÁTICA: ¿CUANDO INTERVENIR?

AUTOR/ES: Calero Garcia, P; Mena Mateos; A; Diez Tabernilla, M; Calero Amaro, A; Latorre Fragua, R; Housari Martín, G; Fresneda Moreno, V

INSTITUCIÓN: Hospital Universitario Ramón y Cajal

CASO CLINICO

Varón, 49 años, acude por accidente de moto a unos 30 km/hora, impacto sobre hemicuerpo izdo. Exploración física: Hemodinámicamente estable, REG, dolor en parrilla costal izda y pelvis izda, sin dolor abdominal espontáneo, exp. neurológica, ACP y exp. abdominal normales. P. Complementarias: Rx: fractura desplaza de 6ª y 7ª costilla y no desplazada de 8ª, fractura de pala iliaca izda. GOT: 137, GPT: 105, amilasa: 206. Ocho horas mas tarde: amilasa: 430 y lipasa: 626. TAC abdominal: confirma fracturas, se observa posible pancreatitis de cola de tipo traumático (pancreatitis aguda tipo E de Baltasar con una necrosis inferior al 30% en la cola). Derrame pleural bilateral. Dada su estabilidad, el paciente ingresa en planta. Tratamiento: nutrición enteral, antibiótico, somatostatina, analgesia, control analítico y mediante técnicas de imagen. Tras un mes de ingreso y una buena evolución, el paciente es dado de alta con indicación de control en consultas externas, sin que haya tenido ningún problema posterior.

DISCUSION

Los traumatismos pancreáticos suponen el 0,2-6% de todos los traumatismos abdominales, mas frecuentes en los abiertos (7%) frente a los cerrados (1%). Se asocian a lesiones graves de otras vísceras abdominales por ello la mortalidad llega a un 20%, (en las primeras 24-48 horas). El manejo es complejo pues la localización retroperitoneal del páncreas le confiere protección, pero también retraso en el diagnóstico. El mecanismo habitual son accidentes de alta energía (accidentes de tráfico). Las lesiones se localizan en cuerpo pancreático las 2/3 partes y el resto ocurren igualmente en cabeza, cuello y cola. La clínica es poco específica, la triada clásica: leucocitosis, fiebre y elevación de los niveles de amilasa sérica rara vez se encuentra. El diagnóstico se realiza con TAC con contraste, muestra signos directos, colecciones líquidas y abscesos, ensanchamiento focal y líquido peripancreático, grasa dañada, hemorragia y líquido entre vena esplénica y páncreas, y posibles lesiones de otros órganos. Se usa la CPRE, si hay alta sospecha de daño de conducto pancreático y la colangioRMN, como técnica emergente, tiene la ventaja de no ser invasiva. Complicaciones de la fractura pancreática son fístula, absceso, sepsis, hemorragia, pseudoquiste y pancreatitis recidivante. El tratamiento depende de la disrupción o no del conducto pancreático. El daño del conducto pancreático se trata quirúrgicamente o endoscópicamente (stent), sin afectación del conducto, el tratamiento es no quirúrgico (aporte hidroelectrolítico, analgesia, sonda nasogástrica y antibioterapia).

CONCLUSIONES

- Las fracturas pancreáticas son patologías poco frecuentes.
- Menos del 10% de los traumatismos abdominales mayores incluyen daño pancreático.
- Se asocian a lesiones de otras vísceras abdominales, y de ahí su elevada mortalidad.
- El TAC con contraste es la técnica de elección para el diagnóstico.
- Se debe instaurar el tratamiento en las primeras 24-48 horas, si no, la morbimortalidad aumenta mucho.
- Si no hay lesión del conducto pancreático, el tratamiento es conservador.