

¿QUÉ SE ESCONDE TRAS UNA EQUIMOSIS ABDOMINAL POSTRAUMÁTICA?

Dra. María Luisa Sancho Rodríguez / Dra. Leire Troyas Fernández de Garayalde / Dr. Daniel Palanca Arias

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

RESUMEN

Los traumatismos pancreáticos son infrecuentes en la edad pediátrica, y están causados mayoritariamente por un traumatismo abdominal cerrado. El mecanismo más frecuente suele ser el impacto directo contra el manillar de bicicleta. La lesión pancreática entraña un difícil diagnóstico en fase temprana, por lo que el médico debe tener siempre presente la existencia de esta posibilidad tras un traumatismo abdominal, ya que las consecuencias que acarrear las lesiones desapercibidas explican la alta morbimortalidad de estos pacientes. Se presenta el caso de una paciente de 10 años de edad con dolor abdominal de 12 horas de evolución tras traumatismo abdominal mientras montaba en bicicleta.

PALABRAS CLAVE

Traumatismo abdominal. Páncreas. Tratamiento

ABSTRACT

Pancreatic trauma is infrequent in the paediatric age group and is caused mainly by closed abdominal trauma. The most frequent cause is direct impact against a bicycle handlebar. Pancreatic injury is difficult to diagnose at an early stage, so the doctor should always have in mind the existence of this possibility when there is abdominal trauma, as complications arising from missed pancreatic injuries explain the high morbidity and mortality of these patients. We outline the case of a 10-year-old patient with abdominal pain of 12 hours of evolution after suffering abdominal trauma while riding a bicycle.

KEY WORDS

Abdominal trauma. Pancreas. Treatment

CASO CLÍNICO

Se describe un caso de una paciente de 10 años que consulta en Urgencias por dolor abdominal difuso de unas 12 horas de evolución tras caída de la bicicleta e impacto directo del manillar en abdomen hacía 24 horas. La niña se encuentra estable, y en la ecografía urgente que se realiza se descarta lesión visceral. En la exploración física inicial destaca lesión compatible con hematoma por traumatismo directo con manillar en hipocondrio izquierdo (Fig. 1), estando el abdomen blando y depresible. Se decide ingreso en planta para observación, con buen control del dolor con analgesia intravenosa. A las 24 horas de su ingreso aumenta el dolor abdominal e inicia vómitos, presentando clínica y exploración compatibles con abdomen agudo. Por este motivo se repite la ecografía que ya muestra líquido libre en cavidad abdominal y se indica la realización de TAC. Dicha prueba objetiva una laceración pancreática mayor al 50%, sugestiva de lesión ductal con abundante líquido libre (Fig. 2). En este momento se decide intervención quirúrgica urgente, llevándose a cabo una pancreatectomía parcial con preservación de bazo, ingresando posteriormente en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCI-P). Allí permanece durante 48 horas con evolución favorable y adecuado control del dolor. En la planta de hospitalización puede introducirse alimentación enteral al octavo día postoperatorio, sin presentar otras incidencias. Actualmente la paciente no presenta secuelas derivadas de la intervención quirúrgica, sigue controles periódicos y permanece asintomática.

Diagnóstico por imagen



Fig. 1. Hematoma residual tras traumatismo con manillar de bicicleta.

DISCUSIÓN

La lesión pancreática de origen traumático tiene una incidencia aproximada de 0,2-2% del total de traumatismos pediátricos y entre 3 y 12 % en el traumatismo abdominal¹. Es frecuente encontrarlo asociado al daño en otras vísceras por su posición retroperitoneal. La mayoría de estos se producen por traumatismo cerrado con objeto romo (hasta 75-100%), ya que ante un traumatismo abdominal cerrado se produce una fuerza de compresión directa en la parte superior del abdomen que comprime el páncreas contra la columna vertebral lumbar, causando lesión por aplastamiento o transección de la glándula².

Presentan una elevada morbimortalidad (26.5% y 5%, respectivamente)³ y su manejo es complejo ya que no está claramente establecida la indicación quirúrgica, sobre todo en la edad pediátrica, siendo ésta de elección en caso de afectación ductal o deterioro clínico del paciente¹⁻³. La prueba de elección para determinar el grado de lesión del conducto es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; sin embargo, las pruebas disponibles de urgencia

son la ecografía y el TAC por lo que el diagnóstico suele establecerse a través de TAC abdominal apoyándose en signos indirectos que sugieran lesión ductal¹⁻³.

Es destacable la importancia que adquiere a la hora de valorar un traumatismo abdominal, el interrogatorio sobre el mecanismo lesional y la exploración física minuciosa. La lesión pancreática postraumática requiere un alto grado de sospecha para su diagnóstico; y la presencia de signos como un hematoma abdominal causado por el impacto directo de un objeto romo (por ejemplo manillar bicicleta) en el abdomen del niño, es un dato muy sugestivo de esta entidad.

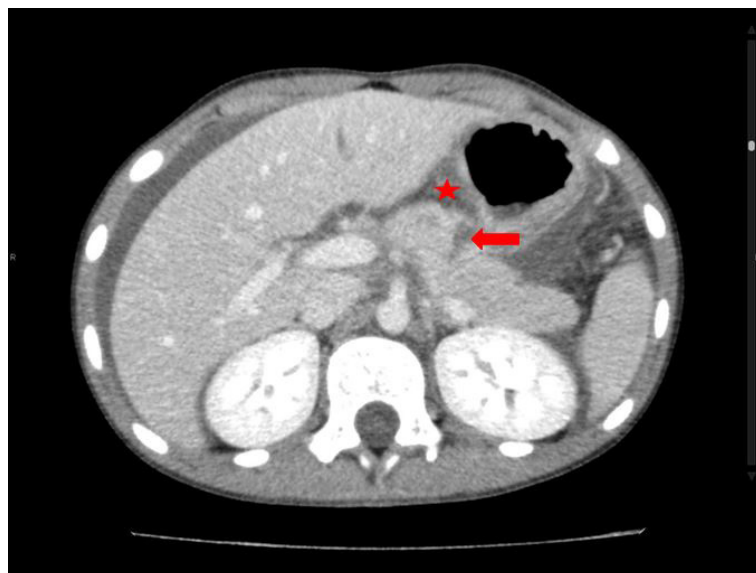


Fig. 2. TAC abdominal que muestra una laceración pancreática profunda en la zona de transición del cuerpo y la cola pancreáticos aproximadamente 48 horas después del traumatismo. La flecha indica la zona de laceración pancreática que afecta a más del 50% del espesor pancreático y la estrella el abundante líquido libre.

Diagnóstico por imagen

BIBLIOGRAFÍA

1. Potoka D, Gaines B, Leppäniemi A, Peitzman A. Management of blunt pancreatic trauma: what's new?. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2015; 41:239–250.
2. Petrone P, Moral S, Gonzalez M, Ceballos J, Marini C. A SM, Orientación terapéutica del traumatismo pancreático: revisión de la literatura. *Cir Esp.* 2017;95(3): 123-130.
3. Engluma B, Gulacka B, Riceb H, Scarboroughc J, Adibeba O. Management of blunt pancreatic trauma in children: Review of the National Trauma Data Bank. *J Pediatr Surg.* 2016 September; 51(9): 1526–1531.