

Traumatismo abdominal con lesión pancreática, a propósito de un caso

Traumatismo abdominala pankreako kaltearekin, kasu baten ildora

M. Gimeno Castillo, F. Rodríguez Pérez, U. Izpura Bueno, M. Ortúzar Menéndez, M. Mendizábal Díez, J. Rodríguez Ozcoidi

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona, Navarra.

RESUMEN

El traumatismo abdominal es una causa frecuente de consulta e ingreso hospitalario en la población pediátrica. Habitualmente, los órganos más afectados son el hígado y el bazo; no obstante, el páncreas también puede verse afectado.

El páncreas, debido a su localización retroperitoneal, está relativamente protegido, pero esta misma posición anatómica dificulta la detección temprana de lesiones.

El mecanismo más común de lesión pancreática en la infancia es el traumatismo abdominal contra un plano rígido, produciendo la compresión de estructuras abdominales, como ocurre en los accidentes con bicicleta, lo que puede provocar daño ductal y desencadenar una pancreatitis aguda traumática. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica, apoyado en la elevación de amilasa y lipasa séricas y en estudios de imagen.

El manejo es principalmente conservador, con tratamiento de soporte, reposo digestivo, hidratación intravenosa y analgesia, reservando la intervención quirúrgica para el tratamiento de complicaciones posteriores, como la aparición de pseudoquistes pancreáticos.

Se presenta el caso clínico de una pancreatitis aguda en un paciente pediátrico secundaria a traumatismo abdominal con una bicicleta, que permaneció en la UCIP 24 días y posteriormente en planta de hospitalización 25 días.

Palabras clave: Traumatismo abdominal; Lesión pancreática; Pancreatitis aguda pediátrica; Dolor abdominal.

LABURPENA

Traumatismo abdominala sarritan kontsultatzen eta ospitaleratzen da umeen biztanlerian. Eskuarki, gibela eta barea izaten dira organorik kaltetuenak; hala ere, pankrea ere eragin daiteke.

Pankrea nahiko babestuta dago peritoneo-atzean dagoelako, baina posizio anatomiko horrek, zaildu egiten du lesioen detekzio goiztiarra.

Hautzaroko lesio pankreatikoaren mekanismorik ohikoena plano zurrun baten aurkako traumatismo abdominala da, egitura abdominalen

konpresioa eraginez, bizikletako istripuetan gertatzen den bezala. Horrek, kalte duktala eta pankreatitis akutu traumatikoa eragin dezake. Diagnostikoak susmo kliniko handia eskatzen du, amilasa eta lipasa serikoak altxatzean eta irudi-azterketetan oinarrituta.

Maneiuu batez ere kontserbadorea da, euskarri-tratamenduarekin, digestio-atsekenarekin, zain barneko hidratazioarekin eta analgesiarekin. Ebakuntza kirurgikoa ondorengo konplikazioen tratamendurako gordetzen da, hala nola pseudokiste pankreatikoak agertzean.

Pankreatitis akutu baten kasu klinikoa aurkezten da, bizikleta batekin sabelaldeko traumatismoa izan duen ume gaixo batena. Paziente hori 24 egun igaro zituen ZIU-n, eta, ondoren, 25 egun ospitalizazioan.

Hitz gakoak: Traumatismo abdominala; Lesio pankreatikoa; Pankreatitis akutu pediatrikoa; Min abdominal.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo abdominal constituye una causa importante de morbilidad en la población pediátrica y representa uno de los motivos más frecuentes de ingreso hospitalario por traumatismo cerrado. En la mayoría de los casos, los órganos más afectados son el hígado y el bazo, lo que puede llevar a subestimar otras lesiones viscerales menos evidentes, como las pancreáticas.

La lesión pancreática, debe sospecharse ante todo traumatismo abdominal, especialmente cuando el mecanismo de impacto es directo y localizado, como ocurre en caídas sobre el manubrio de la bicicleta o en accidentes de tráfico. La localización retroperitoneal del páncreas contribuye a que las manifestaciones clínicas sean más insidiosas y se realice un diagnóstico tardío.

El daño pancreático se produce habitualmente por compresión del órgano contra la columna vertebral. Esto puede evolucionar hacia una pancreatitis aguda traumática, en la que la activación prematura de las enzimas digestivas como lipasa y amilasa inicien un proceso de autodigestión celular, desencadenando la liberación de mediadores inflamatorios. Esto genera edema, necrosis y una

respuesta inflamatoria local y sistémica que puede comprometer órganos distantes.

El diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica, apoyado en la elevación de enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa) y en las pruebas de imagen. La ecografía abdominal es una herramienta inicial útil, aunque en casos de duda o sospecha de lesión ductal es necesario recurrir a la tomografía computarizada o a la resonancia magnética para caracterizar mejor la lesión. Por otro lado, la CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) permite evaluar la integridad anatómica del conducto pancreático principal, y en caso de ser necesario, la colocación de una prótesis a nivel ductal.

El manejo suele ser conservador en la mayoría de los casos, con tratamiento de soporte que incluye reposo digestivo, fluidoterapia y analgesia. Sin embargo, la identificación precoz de complicaciones, como pseudoquistes o necrosis, es esencial para optimizar el manejo terapéutico.

Entre las complicaciones locales de la pancreatitis, los pseudoquistes pancreáticos son los más frecuentes, apareciendo generalmente a las 2-4 semanas del traumatismo. Se originan por la acumulación de líquido rico en enzimas dentro de una cavidad sin epitelio, delimitada por tejido de granulación y fibrosis. Aunque muchos pseudoquistes se resuelven espontáneamente con manejo conservador, otros pueden requerir drenaje percutáneo, endoscópico o quirúrgico.

A continuación, se presenta el caso clínico de un paciente pediátrico con pancreatitis aguda secundaria a traumatismo abdominal cerrado tras impacto con el manubrio de una bicicleta.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 9 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias tras traumatismo abdominal cerrado al golpearse con el manillar de una bicicleta. Tras el episodio refiere dolor abdominal, asociando sensación de mareo y palidez. No vómitos inmediatos tras episodio.

En urgencias se realiza ecografía abdominal que no muestra alteraciones significativas y

se extrae analítica sanguínea en la que destaca elevación discreta de enzimas hepáticas y aumento de amilasa 943 U/L y lipasa 1.095. Debido a persistencia clínica y vómitos se solicita TC (tomografía computerizada) abdominal que muestra hallazgos compatibles con fractura de páncreas en zona de unión de cabeza/cuerpo (Grado IV de la AAST), con leve cantidad de líquido libre peripancreático y en pelvis; por lo que se decide ingreso en UCI-P para vigilancia clínica.

Al ingreso se inicia tratamiento conservador: se coloca sonda nasogástrica (SNG), se comienza con sueroterapia a 150% de NNBB para hiperhidratación y analgesia.

Dados los hallazgos del TC compatibles con la interrupción del conducto pancreático, el cuarto día de ingreso se completa estudio con CPRE por parte Digestivo-endoscopias. Durante el procedimiento se observa disrupción completa del conducto pancreático con colección asociada, se procede al drenaje transpapilar de la colección y se intenta colocación de una prótesis con el objetivo de unir los dos extremos de la sección pancreática, pero sin conseguirlo, por lo que se coloca la prótesis abocada a la colección hasta duodeno.

Posteriormente se mantiene estable con normalización progresiva clínica y analítica, pero el 12º día de ingreso en contexto de disminución de ingestas y sensación nauseosa se repite ecografía abdominal con presencia de colección peripancreática de 7×4×10 cm. Dada la estabilidad clínica y la valoración multidisciplinar con cirugía pediátrica y equipo de endoscopias se decide mantener actitud expectante y continuar evolución en planta de hospitalización.

A los 16 días de ingreso en planta, inicia clínica infecciosa con fiebre, elevación de reactantes de fase aguda y taquicardia, por lo que se decide iniciar antibioterapia con meropenem e ingresar nuevamente en UCI pediátrica para vigilancia estrecha.

En este contexto, se decide colocación por parte de digestivo adultos de un drenaje transgástrico guiado por ecografía endoscópica que cursa sin incidencias con mejoría inicial. No obstante, a los 3 días, reinicia dolor abdominal junto con descenso de ingesta por lo que se

realiza ecografía en la que se visualiza colección de gran tamaño localizada en saco menor con contenido ecogénico en su interior. Se realiza nueva eco-endoscopia visualizando una segunda colección, y se procede a colocar un segundo drenaje transgástrico que cursa sin incidencias. La evolución posterior es favorable, con resolución de la clínica y normalización analítica. Se realiza TC de control a las 2 semanas en el que se observa la resolución de las colecciones por lo que se realiza nueva CPRE con retirada de drenajes transgástricos y realización de un segundo intento de canulación pancreática con la prótesis transpapilar, sin conseguirlo, por lo que se coloca una prótesis transfístula gástrica.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda (postraumática) consiste en la inflamación aguda del páncreas. Esta se inicia tras una lesión en el tejido pancreático que provoca la activación de enzimas digestivas, produciendo la autodestrucción del páncreas y liberación de mediadores inflamatorios⁽¹⁾.

La lesión pancreática secundaria a traumatismo abdominal cerrado es una entidad infrecuente en la edad pediátrica, sin embargo, su reconocimiento precoz resulta fundamental, ya que el retraso diagnóstico puede aumentar el riesgo de complicaciones locales, como los pseudoquistes, abscesos o la formación de fístulas pancreáticas^(2,3).

El diagnóstico se basa en la combinación de criterios clínicos, analíticos y radiológicos. En este caso, la tomografía computarizada permitió identificar una fractura de alto grado (Grado IV AAST) y orientar el manejo inicial⁽²⁾.

El tratamiento de la pancreatitis traumática en pediatría depende del grado de afectación ductal y del estado clínico del paciente^(2,4). Las lesiones leves pueden tratarse de manera conservadora, mientras que las secciones ductales completas, como en este paciente, requieren abordaje endoscópico o quirúrgico.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con colocación de prótesis pancreática constituye una alternativa eficaz y

mínimamente invasiva para favorecer el drenaje y prevenir complicaciones.

En este caso, a pesar del tratamiento inicial (y posiblemente favorecido por la dificultad a la hora de colocar la prótesis ductal), el paciente desarrolló dos pseudoquistes pancreáticos, precisando varias intervenciones para su resolución completa.

La evolución favorable del paciente tras el abordaje combinado endoscópico y conservador resalta la importancia del manejo multidisciplinar entre pediatría, gastroenterología, endoscopia y cirugía infantil. Además, subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante traumatismos abdominales

aparentemente banales, especialmente en el contexto de impactos con bicicletas, para un diagnóstico y tratamiento tempranos que eviten la progresión hacia complicaciones graves⁽⁵⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez-Frias R, Rivera-Suazo Y, Aguayo-Elorriaga AK, Alfaro-Bolaños JE, Argüello-Arévalo GA, Cadena-León JF, et al. The Asociación Mexicana de Gastroenterología consensus on the diagnosis and treatment of acute pancreatitis in children and adolescents. *Rev Gastroenterol Mex*. 2023; 88(3): 267-81.
2. Gómez García D, Sánchez Bonilla E, Montiel Zárate MJ. Pancreatitis aguda en pediatría. *Revista Médica Sinergia*. 2023; 8(8): e1088.
3. Ferro Moreira ME, Martínez Villares AR, Miranda Espinosa N, Martínez Ortega E, Acosta García L, Madieto Pérez D. Guía práctica del traumatismo abdominal en la edad pediátrica [Internet]. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-2983-6111>
4. Montoya-Sánchez L, Pereira-Ospina R del P, Pinzón-Salamanca JY, Suescún-Vargas JM. Acute pancreatitis secondary to an abdominal trauma: Case report of a 7-year-old child. *Arch Argent Pediatr*. 2018; 116(2): e308-11.
5. Torre AC, Rey Galán C, Suárez JR. Manejo inicial del politraumatismo pediátrico (IV): Traumatismo abdominal. *Bol Pediatr*. 2009; 49: 58-68.