CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):989

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-616 - ROTURA HEPÁTICA POST-CPRE

Molina Raya, Andrea; Álvarez Martín, María Jesús; Triguero Cabrera, Jennifer; Domínguez Bastante, Mireia; Mansilla Roselló, Alfonso; Becerra Massare, Antonio; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso infrecuente de rotura hepática tras CPRE.

Caso clínico: Varón de 62 años con antecedentes de hipertensión. Ingresa en Digestivo por episodio de pancreatitis aguda de origen biliar leve; tras mejoría clínica inicial, sufre deterioro clínico con dolor en hipocondrio derecho, elevación de las enzimas de colostasis y nueva ecografía abdominal compatible con coledocolitiasis. Por ello, se le realizó una CPRE con papilotomía y extracción de cálculos sin incidencias aparentes. Sin embargo, posteriormente comienza con dolor abdominal que va incrementándose con el paso de las horas, asociando mal estado general, taquicardia e hipotensión refractaria. Se realiza TC abdominal urgente donde se evidencian: Extensas áreas de hipoperfusión hepática, con lesión en segmento V compatible con hematoma y laceración en el parénquima que alcanza hasta la cápsula. Disrupción de la vena porta derecha anterior con sangrado activo portal intrahepático en el lecho del hematoma y que se continua a través de la laceración descrita hacia el espacio subcapsular formando un gran hematoma subcapsular que rodea todo el hígado. Grave hemoperitoneo en flanco derecho y pelvis. Ante estos hallazgos y la inestabilidad hemodinámica se decide laparotomía urgente hallando hemoperitoneo masivo con abundantes coágulos, rotura hepática grado V con sangrado activo por herida de unos 4 cm en la superficie de los segmentos VI-VII asociando ruptura de más del 75% del parénquima hepático en profundidad y amplia decapsulación por rotura de hematoma subcapsular. Presenta situación de inestabilidad hemodinámica intraoperatoria con necesidad de apoyo vasoactivo, fluidoterapia intensiva y politransfusión de hemoderivados (8 concentrados de hematíes, 1 litro de plasma, 1 pool de plaquetas, 1.200 U de protromplex y 2 g de fibrinógeno). Se realiza maniobra de Pringle y packing consiguiendo control del sangrado y estabilidad hemodinámica mantenida. Reintervención a las 24h para retirada del packing, hemostasia en la superficie hepática decapsulada con agentes hemostáticos y colecistectomía. Tras 9 días de estancia en reanimación por síndrome de distrés respiratorio agudo, infección respiratoria secundaria a *Candida albicans* y fallo renal, pasa planta donde se mantiene estable siendo dado de alta al 22 día postoperatorio. Seguimiento posterior en consulta con adecuada función hepática y control radiológico seriado mediante TC con disminución progresiva del hematoma centrohepático así como de la biliopatía portal probablemente condicionada por estenosis de la vena porta en hilio hepático por hematoma.

Discusión: La CPRE es una técnica segura, pero no está exenta de riesgos. La pancreatitis aguda es la complicación más frecuente; siendo excepcional, con muy pocos casos descritos en la literatura, el

desarrollo de un hematoma centrohepático y subcapsular que precisen cirugía urgente. Se cree de producen por el pinchazo accidental de la guía metálica en el árbol biliar intrahepático con rotura de vasos sanguíneos. Se recomienda manejo conservador de forma inicial siempre que exista estabilidad hemodinámica y no haya signos de sobreinfección del hematoma. A pesar de su baja incidencia deben tenerse en mente pues la rápida actuación, a pesar de la gravedad de las lesiones, como en este caso, son la clave para la recuperación de los pacientes.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados