



P-259 - LESIÓN HEPÁTICA TRAS COLOCACIÓN DE DRENAJE PLEURAL

C. García Zamora, M. Paredes Quilles, R. Robles Campos, P. Ramírez Romero, P. Cascales Campos, A. López Conesa, R. Brusadín, E. Llàcer Millán, I. Abellán Morcillo, A. Arroyo Tristán y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: La tasa general de complicaciones al colocar un tubo de tórax está entre 3,4% y 36%. Los traumatismos hepáticos penetrantes durante la colocación de un tubo pleural son un subtipo infrecuente y específico de lesiones hepáticas. Consisten en el abordaje erróneo del espacio pleural colocando el tubo dentro del hígado. La evolución en su manejo, ha conseguido en los últimos años un descenso de la mortalidad, situándose entre el 4 y 15%. El tratamiento no operatorio de los traumatismos hepáticos en general, representa una alternativa eficaz. Presentamos el caso de una mujer con lesión iatrogénica hepática tras drenaje pleural.

Caso clínico: Mujer de 66 años diagnosticada de un síndrome mielodisplásico con trasplante hematopoyético y enfermedad injerto contra huésped ingresada por cuadro de mal estado general asociado a dolor torácico y disnea. Se indica nutrición parenteral, y durante la colocación de catéter venoso central se produce un neumotórax derecho confirmado por radiografía de tórax. Se coloca drenaje anterior, pero la enferma continúa con disnea y sufre caída del hematocrito hasta 28% por lo que se realiza TAC toraco-abdominal que evidencia neumotórax derecho anterolateral y paramediastínico y tubo de drenaje que atraviesa el hígado transversalmente contactando con la vena cava y encontrándose en su curso con la vena suprahepática derecha. Se coloca tubo de tórax a través del 7º espacio intercostal realizándose nueva radiografía observando resolución del neumotórax y tubo previo mal posicionado. Se decide traslado a nuestro centro donde dada la estabilidad de la paciente, se procede a retirar el drenaje, sin repercusión en el estado general ni analítico. En la TAC de control se observa laceración hepática lineal en segmento VII sin repercusión intrabdominal. La paciente evoluciona favorablemente permaneciendo hemodinámicamente estable sin precisar apoyo vasoactivo siendo trasladada a su hospital al 5º día. Durante el ingreso, el hemograma y las pruebas de función hepática permanecieron inalterados.

Discusión: La colocación de drenaje pleural es un procedimiento ampliamente usado en el manejo de pacientes con ocupación pleural. Aparece ser sencillo pero requiere conocer la anatomía y la técnica. Las complicaciones más comunes del drenaje pleural son: disfuncionalidad por mala colocación, sangrado, laceración pulmonar, lesión hepática, esplénica o de otros órganos. Para el diagnóstico del traumatismo hepático penetrante, la TAC es la prueba más sensible y específica (96-100%), útil para detectar lesiones y aparición de complicaciones, y para comprobar la evolución. Los aspectos más importantes para la elección del tratamiento no quirúrgico son: estabilidad hemodinámica al ingreso o tras la resucitación inicial y ausencia de irritación peritoneal. La evolución natural de traumatismos hepáticos hacia la hemostasia facilita su curación sin necesidad de cirugía. Se precisa de una vigilancia intensiva, monitorización hemodinámica y reevaluaciones periódicas. No hay consenso con respecto al tiempo de estancia en la UCI, en el hospital, el

protocolo de seguimiento y el tiempo en el que el paciente debe permanecer en reposo. Las recomendaciones incluyen la realización de las TAC de control en función del estado clínico del paciente.