



P-064 - MANEJO CONSERVADOR DE LAS COMPLICACIONES DEL TRAUMA HEPÁTICO CERRADO

A. Bengoechea Trujillo, M.D. Casado Mestre, D. Pérez Gomar, S. Roldán Ortiz, M. López Zurera, M. Fornell Ariza, C. Bazán Hinojo, M.A. Mayo Ossorio, M. Sánchez Ramírez, J.M. Pacheco García y J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: El hígado es el órgano abdominal más afectado en los traumatismos abdominales tanto penetrantes como cerrados. Hasta el 85% de los pacientes que sufren un traumatismo hepático cerrado pueden ser candidatos a tratamiento conservador, con éxito elevado. Este hecho ha condicionado un descenso en la mortalidad de los mismos, sin embargo, tiene un no desdeñable porcentaje de complicaciones.

Mostramos el caso de un varón de 34 años, sin antecedentes que sufre un politraumatismo por accidente de motocicleta.

Caso clínico: Varón de 34 años sin antecedentes, politraumatizado por accidente de motocicleta que en el momento del ingreso muestra valores de hemoglobina de 10,4 g/dl y hematocrito de 31%. La ecoFAST muestra líquido libre y, dado que el paciente presenta estabilidad hemodinámica se realiza una TAC. El hígado presenta lesiones hipodensas en lóbulo hepático derecho en relación con laceraciones hepáticas de grado III-IV y líquido libre generalizado en moderada cantidad. Es ingresado en UCI para posibilidad de manejo conservador. Aumenta progresivamente la presión intraabdominal, alcanzando los 36 mmHg al 10º día de ingreso. La hemoglobina y hematocrito se mantienen estables, sin embargo presenta leucocitosis y proteína C reactiva en ascenso realizándose paracentesis diagnóstica que confirma la presencia de coleperitoneo. Se realiza una laparotomía urgente encontrando un coleperitoneo generalizado, sin evidenciar origen de la fuga biliar por lo que se realiza lavado de cavidad y colocación de drenajes. En las primeras horas de postoperatorio se pone de manifiesto una fistula biliar de 400 cc. Se realiza CPRE que muestra extravasación de contraste en hepático derecho que rápidamente pasa al catéter de drenaje abdominal colocándose prótesis plástica de 7 Fr. Tras este procedimiento se observa una nula salida de bilis por el drenaje subhepático. Al 28º día de ingreso, comienza salida de sangre por SNG, ictericia y hiperrubilinemia. Se realiza una endoscopia digestiva, observándose coágulo fijo procedente de la segunda porción duodenal sugestivo de hemobilia. El sangrado persiste provocando inestabilidad hemodinámica. Ante esto se realiza arteriografía observándose pseudoaneurisma que se rellena a partir de ramas de la arteria hepática derecha realizándose embolización endovascular mediante coils. A partir de esto el paciente se encuentra asintomático con estabilidad hemodinámica y afebril produciéndose el alta.

Discusión: Entre el 2,8-7,4% de los pacientes que se someten a un manejo conservador de un traumatismo hepático presentan complicaciones biliares. Ante la sospecha de un síndrome peritoneal (en nuestro caso distensión abdominal, aumento de la presión intraabdominal y elevación de reactantes de fase aguda), la TAC es la técnica diagnóstica de elección en el traumatismo abdominal con estabilidad hemodinámica pudiéndose realizar también el LPD. En las fistulas biliares la prótesis se ha demostrado superior a la esfinterotomía en

diversos estudios publicados con una tasa de resolución del 90 al 100% de los casos. El sangrado durante el manejo conservador del traumatismo hepático cerrado suele estar relacionado con complicaciones hepáticas infecciosas o la formación de aneurismas. El retraso terapéutico puede resultar fatal. La arteriografía es el método diagnóstico de elección para la hemobilia y su tratamiento la embolización con coils.