Cir Esp. 2013;91(Espec Congr 2):309

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-063 - MANEJO DEL TRAUMATISMO HEPÁTICO PENETRANTE SEGÚN LA SECUENCIA DEL CONTROL DE DAÑOS MEDIANTE TAPONAMIENTO Y *PACKING*. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. González Barrales, J. Navinés, J. Jordi, D. Troyano, H. Henrick, M. Gómez, M. Cremades, A. Alastrue y J. Llamazares

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: En los traumatismos abdominales penetrantes el hígado es el órgano afectado con más frecuencia. Estas lesiones conllevan una mortalidad de hasta el 30%. Actualmente las mejoras en sistematización de la anatomía quirúrgica del hígado, junto con el desarrollo de protocolos específicos para el mejor control de la coagulación intravascular diseminada, incluida la cirugía de control de daños con relaparotomía programada, han permitido grandes avances en la supervivencia de estos casos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 17 años que sufrió una herida incisa-penetrante en hipocondrio derecho con choque hipovolémico. El estudio tomográfico mostró laceración hepática grado III de Moore con trayecto transfixiante anteroposterior sobre el segmento IV y signos de fuga de contraste activa. El tratamiento quirúrgico consistió en laparotomía exploradora emergente que identificó laceración hepática con sangrado activo lateral al segmento IV que no cesaba con maniobra de Pringle. Se combinó una técnica de taponamiento intrahepático con sondas de balón y empaquetamiento perihepático envolvente dejando una laparostomía con malla plastificada. Tras la corrección de la acidosis, coagulopatia y choque hemodinámico en la unidad de cuidados intensivos se realizó una tomografía computarizada a las 48h que mostró isquemia de los segmentos posteriores hepáticos y fístula arterioportal en la rama del segmento VIII, precisando angiografía selectiva con embolización arterial. El control definitivo quirúrgico de la lesión se realizó a las 72 horas mediante revisión programada, retirándose el empaquetamiento y el taponamiento intrahepático, y realizándose una hepatectomía derecha. La evolución posterior fue satisfactoria, observando la normalización de las pruebas de bioquímica hepáticas, así como la hipertrofia funcional del lóbulo hepático remanente.

Discusión: La combinación de técnicas de empaquetamiento perihepático y taponamiento intrahepático con sondas de balón y relaparotomía programada constituye una técnica quirúrgica efectiva y reproducible en el manejo del traumatismo hepático penetrante.

See front matter © 2013. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados