



P-068 - ROTURA DE ARTERIA HEPÁTICA SIN LESIÓN PARENQUIMATOSA TRAS DESACELERACIÓN POR POLITRAUMATISMO

I. Ramallo Solís, J. Tinoco González, F. López Bernal, V. Camacho Marente, I. Alarcón del Agua, R. Jiménez Rodríguez, J. Cañete Gómez, M. Flores Cortés, F. Pareja Ciuro y F.J. Padillo Ruíz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las lesiones por desaceleración ocurren cuando la porción fija de un órgano cesa su movimiento, mientras que las partes móviles lo siguen. Además, las vísceras abdominales desaceleran a una velocidad menor que el esqueleto. Por el diferente coeficiente de elasticidad de los tejidos puede ocurrir que en un traumatismo de alta energía, se observen avulsiones de vasos sin que se acompañen de lesiones parenquimatosas. La lesión arterial aislada sin lesión parenquimatosa hepática en el traumatismo abdominal es una entidad extremadamente infrecuente, describiéndose tres casos en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 21 años que sufre politraumatismo por intento de autolisis. Como antecedentes personales sufría síndrome depresivo de un año de evolución. En la sala de emergencia el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, intubado (con mala adaptación), saturando al 95% y cifras de hemoglobina de 8 g/l. Se realizó body-TAC en el que no se apreciaron lesiones craneales ni cervicales. En tórax, se visualizó neumotórax derecho, focos de contusión pulmonar bilateral y fractura esternal sin derrame pericárdico. En abdomen existía gran cantidad de líquido libre, visualizándose extravasación de contraste en el hilio hepático sin asociarse lesiones hepáticas. A nivel paraesofágico izquierdo, se objetivó ascensión traumática de la cámara gástrica. Desde el punto de vista osteoarticular presentaba: fractura de cotilo izquierdo a nivel anterosuperior, fractura de ambas ramas ileopúbicas y fractura de ambas alas sacras. Ante los hallazgos del TAC, se decidió laparotomía urgente supra-infraumbilical con cirugía de control de daños, realizándose: taponamiento abdominal, inserción tubo endotorácico izquierdo y cierre temporal abdominal. En el postoperatorio inmediato desarrolló shock refractario, valorándose la realización de arteriografía, que se desestimó ante la inestabilidad hemodinámica. Se decidió reintervención, visualizándose avulsión de arteria hepática izquierda que se ligó. El paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos y tras medidas de soporte con intento de corrección de la coagulopatía, sufrió hipotensión refractaria con parada cardiorrespiratoria, falleciendo a las dos horas de su ingreso.

Discusión: La mortalidad en lesiones hepáticas complejas es alta (50-100%). La lesión arterial aislada, se observa radiológicamente como una hemorragia activa con extravasación de contraste sin hematoma intraparenquimatoso o únicamente como líquido libre en el espacio peritoneal tipo "jet". En fase temprana del TAC es una gran atenuación focal de 91 a 274 H.U., siendo predictora esta

situación de cirugía urgente. Las lesiones arteriales aisladas, son extremadamente raras, distribuyéndose por igual las lesiones de hepática común, derecha e izquierda. Se han descrito en la literatura solo tres casos de lesión arterial aislada. En caso de cirugía, la situación más desfavorable es el shock hemorrágico asociado a triada ominosa (hipotermia, acidosis y coagulopatía). Se recomienda un tratamiento quirúrgico basado en la idea de "control de daños" y taponamiento perihepático. Si persiste el sangrado es obligado reintervenir o embolizar, siendo esta segura y efectiva, pero imprevisible. En los tres casos descritos en la literatura, se optó por taponamiento perihepático y embolización, falleciendo todos en el postoperatorio precoz, de la misma manera que en nuestro caso.