



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-616 - MANEJO NO OPERATORIO EN TRAUMATISMO HEPÁTICO POR COZ DE CABALLO

Pérez Reyes, María; Sánchez Pérez, Belinda; Aranda Narváez, José Manuel; Romacho López, Laura; Mirón Fernández, Irene; Santoyo Santoyo, Julio

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El traumatismo hepático es una de las lesiones abdominales más frecuentes en pacientes con traumatismos graves.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 65 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencia tras caída de un caballo, sufriendo pérdida de conocimiento en el acto y posteriormente siendo aplastado en la región dorsal. A su llegada al área de observación estaba hipotenso (TA 87/48), taquicárdico a 120 lpm y con bajo nivel de conciencia (Glasgow 13). Se realizó ECO-FAST sin objetivar líquido libre. Se inició fluidoterapia (1.000 cc de suero salino fisiológico y transfusión de 1 concentrado de hematíes. Tras la fluidoterapia mejoraron el nivel de conciencia (Glasgow 15), y las cifras de tensión y frecuencia cardíaca (Glasgow 15, TA 120/80 y FC 80 lpm). Se realizó body-TAC, objetivando fractura de arcos costales izquierdos 9-11, laceración hepática grado IV con un hematoma intraparenquimatoso en lóbulo hepático derecho de 8 × 6 × 10,5 cm con foco de extravasado de contraste en fase arterial en el interior del hematoma que aumentaba de tamaño en fase portal, en relación con sangrado activo arterial en una rama de la arteria hepática derecha (fig. a, b). Además, asociaba hemoperitoneo perihepático, subhepático y periesplénico secundario a la laceración hepática. La analítica de sangre presentaba hemoglobina 10 g/dL, 16.000 leucocitos/mm³ y coagulación y perfil hepático normal. Se realizó arteriografía objetivando dos áreas de sangrado en ramas de arteria hepática derecha. Se procedió a embolizar 2 ramas distales de arteria hepática derecha con glubran. Se realizó control sin visualizar otras zonas de sangrado. Fue a UCI, donde fue monitorizado y vigilado de forma estrecha durante 48 horas. Presentó un pico de citólisis de aspartato transaminasa 1.310 U/L y alanina transaminasa 1.106 U/L con el resto del perfil hepático normal. Posteriormente subió a planta. Durante el ingreso la evolución fue favorable. Se realizó TAC abdominal de control a la semana observando un hematoma de 8,7 cm afectando al segmento VIII sin evidencia de sangrado activo ni lesión vascular arterial, así como restos de material de embolización en ramas distales de la arteria hepática derecha con alteración de la perfusión secundaria en el segmento VII en fase arterial. Fue dado de alta al 12 día de ingreso. Se revisó al mes en consulta externa presentando buena evolución.

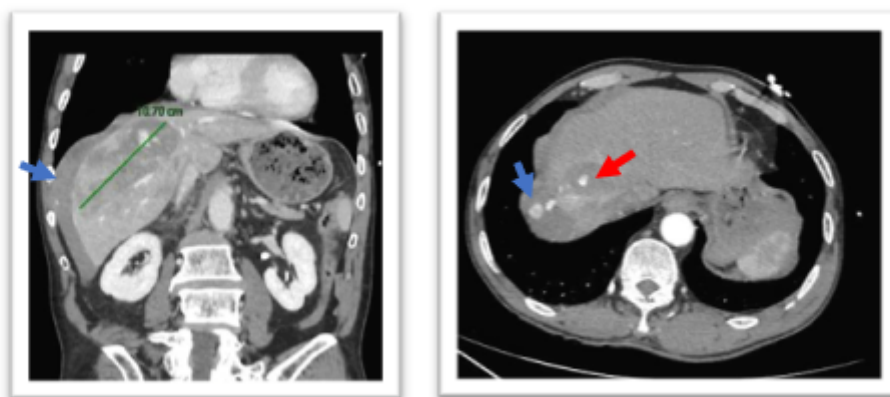


Fig. 1a. TAC ABD: Fig.1b TAC ABD:

Fig. 1a TAC abdomen: laceración hepática grado IV con hematoma intraparenquimatoso en lóbulo hepático derecho de 8x6x10,5cm (línea verde) con sangrado activo.

Hemoperitoneo perihepático (flecha azul).

Fig. 1b TAC abdomen: Foco de extravasado de contraste en fase arterial en el interior del hematoma en relación con sangrado activo arterial en una rama de la arteria hepática derecha (flecha roja). Se aprecia salida de contraste a peritoneo (flecha azul).

Discusión: En pacientes considerados como respondedores transitorios con lesiones hepáticas moderadas (grado AAST III) y graves (AAST IV-V) el manejo no operatorio se debe considerar solo en entornos seleccionados, siempre que se disponga de forma inmediata de cirujanos capacitados, quirófano, monitorización continua en UCI, acceso arteriografía y embolización. Se debe realizar siempre un TAC con contraste. La arteriografía con embolización se considera como intervención de primera línea en pacientes hemodinámicamente estables con extravasación arterial en el TAC. Es necesario realizar evaluaciones seriadas para detectar la presencia de cambios en el estado clínico durante el manejo no operatorio. Nuestro caso se trataba de un paciente respondedor, en el que se objetivó extravasación de contraste en el angio-TAC, por lo que se realizó arteriografía con embolización, posteriormente se vigiló en UCI durante 48 horas manteniéndose estable en todo momento y sin anemización.