



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-078 - TRAUMATISMO HEPÁTICO IATROGÉNICO TRAS COLOCACIÓN DE DRENAJE TORÁCICO TIPO ARGYLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cano Muñoz, Ana María; Cuevas López, María José; Román García, Pablo; Iglesias López, Álvaro; Cepeda-Franco, Carmen; Marín Gómez, Luis Miguel; Padillo-Ruiz, Javier; Gómez-Bravo, Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El tratamiento del hemotórax consiste en la colocación de un tubo torácico para evacuar el mismo, monitorizar la pérdida de sangre y favorecer la hemostasia por la reexpansión del pulmón. El procedimiento se lleva a cabo mediante referencias anatómicas y entre sus complicaciones más relevantes se encuentran la hemorragia por lesión del paquete vasculonervioso intercostal, la laceración pulmonar o la colocación intraabdominal con lesión hepática o esplénica, entre otras. El objetivo de este vídeo es presentar una de ellas, el trauma hepático, su manejo inicial y el tratamiento mínimamente invasivo mediante abordaje endovascular.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 66 años con antecedente de hipertensión arterial e hiperplasia benigna de próstata que acude a Urgencias de un hospital comarcal tras politraumatismo con caída por las escaleras, con hallazgo en tomografía computarizada (TC) de hemoneumotórax derecho y contusión pulmonar en lóbulo inferior derecho secundarios a múltiples fracturas costales. Se decide manejo conservador ante la estabilidad hemodinámica y respiratoria del paciente. A las 72 horas del ingreso se objetiva anemia con caída de cifras de hemoglobina de 7 puntos y se evidencia aumento de hemotórax conocido en nueva prueba de imagen. Se coloca drenaje torácico Argyle de 24F con obtención de 1.500 ml de contenido hemático por lo que se realiza nuevo TC abdominal que muestra el tubo de drenaje de toracocentesis en inadecuada localización, dirigiéndose por el parénquima hepático y cuyo extremo distal se ubica en la vena suprahepática derecha, próximo a su desembocadura en la vena cava inferior. Ante estos hallazgos se contacta con los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos, Radiología Intervencionista y Cirugía General del hospital de tercer nivel de referencia y se consensua el traslado del paciente para embolización. El procedimiento se llevó a cabo en la sala de intervencionismo previa intubación orotraqueal del paciente. Se realizó un doble abordaje a través del tubo torácico y canalización de vena yugular interna derecha. Desde el acceso a través del tubo se pasó una guía que se capturó con lazo desde la yugular para posteriormente introducir un balón de 12 × 60 mm hasta la vena suprahepática, donde se encontraba el extremo distal del tubo. En la retirada del tubo se colocó un dispositivo de oclusión autoexpandible Amplatzer de 12 mm y se embolizó la porción distal del trayecto con spongostan. El paciente presentó una buena evolución tras el procedimiento manteniéndose asintomático y con un TC abdominal de control al 10o día que mostraba material de embolización normoposicionado en trayecto del antiguo catéter y ausencia de sangrado activo y de hematomas intrahepáticos.

Discusión: El manejo no operatorio mediante realización de procedimientos de radiología intervencionista en pacientes con traumatismo hepático es de elección en aquellos que presentan estabilidad hemodinámica y

ausencia de otras lesiones que obliguen a una laparotomía exploradora. Esta elección será posible siempre y cuando se disponga de los medios para monitorización y soporte hemodinámico del paciente, así como la posibilidad de intervención quirúrgica inmediata en caso de mala evolución.