



## P-012 - FÍSTULA HEPATOGÁSTRICA: UNA COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL DEL HEMATOMA HEPÁTICO

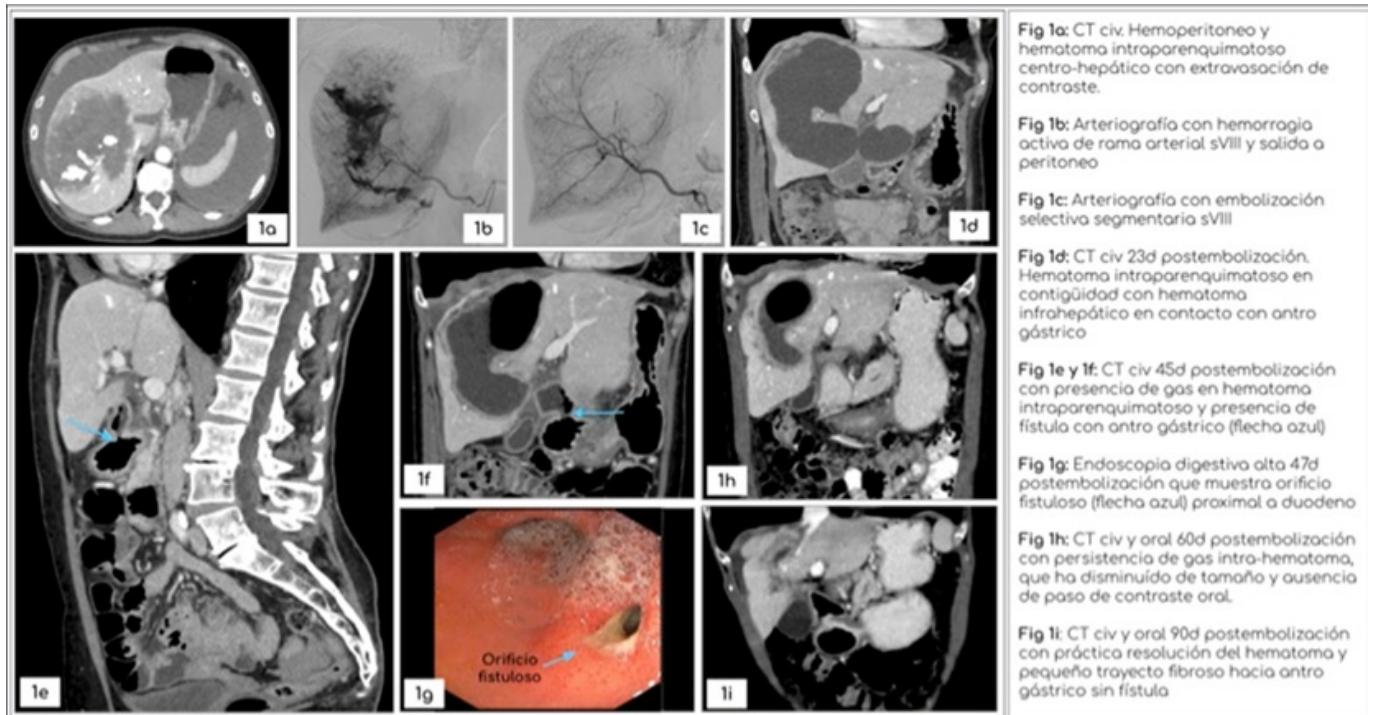
Dávila Álvarez, María Teresa; de la Serna, Sofía; Nava Muñoz, Ángel; García Botella, Alejandra; García Galocha, José Luis; López-Antoñanzas, Leyre; Enríquez, Beatriz; Diez-Valladares, Luis Ignacio

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La fistula hepatogástrica es una rara complicación descrita generalmente en contexto de abscesos hepáticos (piógenos o amebianos) o enfermedades tumorales. Su aparición tras hematoma hepático no ha sido previamente descrita en la literatura.

**Caso clínico:** Mujer de 60 años en estudio por hepatopatía autoinmune, se realiza biopsia hepática ecoguiada percutánea presentando como complicación, gran hematoma hepático con signos de hemorragia activa en TC (tomografía computarizada) con civ (contraste intravenoso) (fig. 1a y 1b). Se realiza angiografía urgente con embolización arterial selectiva con *microcoils* (fig. 1c), presentando buena evolución con estabilización y cese de la hemorragia. El TC civ previo al alta muestra hematoma intraparenquimatoso de 9 × 12 cm desde el sVIII al sV, donde existe otro hematoma extrahepático de 6 × 2 cm (fig. 1d). La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta. En TC ambulatorio de control 45 días posembolización, se evidencia disminución del tamaño del hematoma con presencia de gas intrahepático y hallazgos sugestivos de fistulización entre hematoma hepático y antró gástrico (fig. 1e y 1f), que se confirma mediante endoscopia (fig. 1g). Estando la paciente asintomática y estable, se decide manejo conservador con inhibidores de bomba protones (IBP). La evolución es favorable clínica y radiológicamente, evidenciando en controles posteriores seriados, la resolución de la fistula (fig. 1h y 1i).



**Fig 1a:** CT civ. Hemoperitoneo y hemotoma intraparenquimatoso centro-hepático con extravasación de contraste.

**Fig 1b:** Arteriografía con hemorragia activa de rama arterial sVIII y sólido o peritoneo

**Fig 1c:** Arteriografía con embolización selectiva segmentaria sVIII

**Fig 1d:** CT civ 23d postembolización. Hemotoma intraparenquimatoso en contigüidad con hemotoma infrahépatico en contacto con antró gástrico

**Fig 1e y 1f:** CT civ 45d postembolización con presencia de gas en hemotoma intraparenquimatoso y presencia de fistula con antró gástrico (flecha azul)

**Fig 1g:** Endoscopia digestiva alta 47d postembolización que muestra orificio fistuloso (flecha azul) proximal a duodeno

**Fig 1h:** CT civ y oral 60d postembolización con persistencia de gas intra-hemotoma, que ha disminuido de tamaño y ausencia de paso de contraste oral.

**Fig 1i:** CT civ y oral 90d postembolización con práctica resolución del hemotoma y pequeño trayecto fibroso hacia antró gástrico sin fistula

**Discusión:** La fistula hepatogástrica ha sido descrita en la literatura en muy raras ocasiones, principalmente asociada a abscesos hepáticos tanto piógenos como amebianos, así como en relación con tumores hepáticos (hepatocarcinoma, metástasis e incluso linfoma hepático). También se ha reportado su aparición tras realización de maniobras invasivas tales como drenaje percutáneo transhepático, ablación local de tumores hepáticos, embolización arterial o tras radioterapia externa. Sin embargo, su descripción asociada a hemotoma hepático, en ausencia de otro factor precipitante, nunca ha sido descrita hasta el momento en la literatura. En la mayoría de los casos reportados, la sintomatología infecciosa típica de absceso hepático motivó el diagnóstico y se ha descrito también la presentación en forma de hemorragia digestiva alta, sin embargo el diagnóstico en nuestra paciente fue incidental y asintomático. Las pruebas diagnósticas más empleadas son la TC y endoscopia, realizadas ambas en nuestra paciente, con hallazgos confirmatorios de presencia de gas intrahepático y demostración de fistula, aunque no se evidenció paso de contraste oral al hemotoma, como se ha descrito en 30% de los pacientes. La ausencia de sintomatología y repercusión clínica de nuestra paciente fueron claves en la decisión del manejo conservador con IBP a altas dosis, con éxito del tratamiento y resolución lentamente progresiva del cuadro. En los casos asociados a abscesos, el tratamiento recomendado es antibiótico asociado o no a drenaje percutáneo del absceso. En casos de persistencia de la fistula a pesar del tratamiento conservador o en contexto tumoral, algunos autores recomiendan tratamiento quirúrgico, con morbimortalidad no desdeñable. En conclusión, la fistula hepatogástrica es una complicación excepcional, nunca antes descrita tras hemotoma hepático, cuyo manejo supone un reto para el cirujano. El conocimiento de esta entidad y el seguimiento intensivo del paciente serán clave para su diagnóstico y tratamiento adecuados.