



## P-654 - TRAUMA HEPÁTICO GRAVE: CAUSA INFRECUENTE DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Lago Martínez, Fátima Yasmina; Paz Novo, Manuel; González Rodríguez, Francisco Javier; Fernández Pérez, Aquilino; Domínguez Comesaña, Elías; Tomé, Santiago; Varo Pérez, Evaristo; Parada González, Purificación

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

### Resumen

**Introducción:** El traumatismo hepático es la causa más frecuente de muerte asociada al trauma abdominal grave, variando la mortalidad global entre el 10-42%. En las últimas décadas, su manejo ha evolucionado significativamente hacia estrategias más conservadoras, reservando la cirugía para casos de lesiones muy extensas, asociación a otras lesiones que requieran cirugía o pacientes con inestabilidad hemodinámica. El trasplante hepático por traumatismo sigue siendo una indicación excepcional y extrema, habitualmente en el contexto de destrucciones masivas del hígado, lesiones vasculares o biliares irreparables o fallos hepáticos fulminantes. El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia de nuestro centro de los últimos 25 años de trasplante hepático por traumatismo abdominal grave.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 11 años con traumatismo abdominal cerrado (estallido hepático y esplénico) tras accidente de tráfico; se realiza esplenectomía y *packing* hepático urgente. Reintervención en centro de referencia a las 48 h: hepatectomía derecha y diagnóstico de destrucción total vía biliar; inclusión en código 0 y trasplante hepático a las 48h. En posoperatorio desarrollo de síndrome de hipertensión abdominal con trombosis de la arteria hepática y fallo del injerto; retrasplante a las 48 h. Posteriormente desarrolla hepatitis isquémica y estenosis de la arteria hepática tratada mediante radiología intervencionista con buena evolución posterior. Caso 2: varón de 18 años con traumatismo abdominal cerrado (estallido hepático) tras accidente de tráfico; se realiza *packing* hepático urgente. Reintervención en centro de referencia: avulsión del hilio hepático e inclusión en código 0; trasplante hepático a las 3 h con injerto ABO incompatible En posoperatorio, rechazo vascular mediado por anticuerpos con trombosis de arteria hepática, infartos parenquimatosos y lesión de vía biliar isquémica; retrasplante a los 3 meses con buena evolución. Caso 3: varón de 21 años con traumatismo abdominal cerrado (lesión hepática grado IV de la AAST) tras accidente de tráfico; ingreso en UCI para tratamiento conservador. Empeoramiento clínico con diagnóstico de biloma y lesión biliar central; segmentectomía atípica del segmento V por desestructuración del mismo y reparación de la fuga biliar a nivel del conducto sectorial anterior derecho y del conducto izquierdo. En posoperatorio, fistula biliar de alto débito exteriorizada por drenaje abdominal tratada con endoprótesis biliar. Tras tres meses de ingreso, estabilización de la fistula y buena evolución.

**Discusión:** En nuestra serie de los últimos 25 años, solo dos pacientes con traumatismo hepático

requirieron trasplante urgente. En los dos casos la evolución posoperatoria fue compleja, con necesidad de retrasplante; pero a pesar de ello, ambos pacientes están vivos en la actualidad, lo que manifiesta que, si bien se trata de un procedimiento de altísima complejidad, puede ofrecer supervivencia a largo plazo en situaciones catastróficas. En contraposición, el tercer caso refleja el cambio de enfoque en los últimos años del tratamiento del trauma hepático, y a pesar ser una lesión hepática de alto grado, evolucionó favorablemente con manejo inicialmente conservador y luego con cirugía limitada. Estos casos presentados muestran las distintas posibilidades de manejo en el traumatismo hepático, siendo fundamental individualizar el caso y tratarlo por un equipo multidisciplinar con experiencia.