



P-041 - CIRUGÍA HEPÁTICA EXTREMA POR HERIDA POR ARMA DE FUEGO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cissé, Adama; Hernández Ramos, Lucía; Iniesta Cortes, María; Cerezuela Fernández de Palencia, Álvaro; Jiménez Mascuñán, María Isabel; Alcaraz Solano, Ángela; Pastor Perez, Patricia; López López, Victor

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: El hígado, debido a su tamaño y localización, es altamente susceptible a los traumatismos toracoabdominales tanto cerrados como abiertos. El estado clínico del paciente y la gravedad de la lesión según la clasificación de la Asociación Americana para la Cirugía del Trauma (AAST) determinan la estrategia terapéutica más adecuada.

Caso clínico: Varón de 29 años sin antecedentes de interés, que es traído a Urgencias tras traumatismo por impacto de arma de fuego. Debido a la inestabilidad hemodinámica se indica intervención quirúrgica emergente hallando orificio de entrada de aproximadamente 10 mm de diámetro con lesiones satélites por perdigones a nivel de hemitórax derecho con afectación de cartílagos costales inferiores, rompiendo y desintegrando el hemidiafragma derecho. Múltiples laceraciones hepáticas con sangrado activo que se extienden en gran parte del lóbulo hepático derecho. Mediante laparotomía subcostal bilateral se realiza hemostasia a nivel hepático con maniobra de Pringle. Electrofulguración y sellado con hemostáticos de las laceraciones hepáticas. *Packing* hepático con 5 compresas. Y mediante toracotomía derecha, exposición y revisión de toda la cavidad hallando hematoma de lóbulo medio pulmonar sin signos de sangrado activo ni de fuga aérea. Reconstrucción diafragmática con fijación a costillas con puntos de seda del 1. Posteriormente se realizó TC de control en el que se objetivó laceraciones pulmonares derechas y extenso hematoma-laceración hepática con afectación de la rama portal izquierda. A las 48 horas precisa de revisión quirúrgica hallando peritonitis biliar por toda la cavidad. Gran desestructuración hepática con tejido necrótico sobre todo a nivel de segmentos IVa y b, V y VIII. Laceración a nivel de bifurcación de conductos hepáticos derecho e izquierdo, donde se halla restos del cartucho del proyectil, por la que se evidencia la salida de líquido biliar. Higienización. Colecistectomía. Colangiografía intraoperatoria, previa tutorización de radical derecho único y 2 en izquierda, sin conseguir dibujar correctamente el árbol biliar. Se realiza plastia de vía biliar principal a conducto hepático derecho tutorizada mediante tubo T de Kehr. Hepaticoyeyunostomía transmesocólica a 2 bocas de radicales izquierdos tutorizada a lo Witzel.

Discusión: El trauma hepático presenta una mortalidad global variable 10-42%. El tratamiento ha evolucionado en las últimas décadas desde un manejo operatorio con énfasis en procedimientos no resecionales y *packing*, a un manejo no operatorio (MNO) selectivo, que constituye actualmente el estándar con indicaciones muy selectivas de tratamiento quirúrgico. El conocimiento de que más del

50% de las lesiones hepáticas dejan de sangrar espontáneamente y de la gran capacidad de regeneración hepática junto con las mejoras en técnicas de diagnóstico e intervencionistas han permitido la progresiva implementación del MNO, actualmente considerado el estándar del tratamiento del trauma hepático. Los criterios más importantes para indicar un MNO incluyen la estabilidad hemodinámica y la ausencia de otras lesiones que obliguen a una intervención quirúrgica. El tratamiento quirúrgico suele ser necesario entorno 15-20% de los casos, en la que la *prioridad* es el control del sangrado intentado preservar el máximo de tejido hepático viable. Presentamos un caso de trauma hepático que preciso quirúrgico urgente, con evolución posoperatoria satisfactoria.