



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 reseccionales 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.