



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-027 - TRASPLANTE HEPÁTICO SECUNDARIO A TRAUMATISMO HEPÁTICO GRAVE

Qian Zhang, Sizhe Álvaro; Santoyo Villalbam Julio; Mirón Fernández, Irene; Hernández Velez, Leire; Pérez Reyes, María; Pérez Rodríguez, Rosa; Sánchez Pérez, Belinda; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** Los traumatismos abdominales cerrados son una causa frecuente de atención en los servicios de urgencias. El hígado es la víscera más frecuentemente afectada pero rara vez requieren tratamiento quirúrgico. Las lesiones graves (grado IV-V de la AAST) junto con inestabilidad hemodinámica son una de las pocas indicaciones de cirugía emergente. El trasplante hepático puede ser necesario en casos en los que no es posible una reconstrucción vascular o existe una isquemia irreversible del hígado.

**Caso clínico:** Varón de 47 años sin antecedentes de interés acude a urgencias traído por el 112 tras un politraumatismo de alto impacto en motocicleta a más de 100 Km/h. A su llegada a urgencias presenta estabilidad hemodinámica por lo que se procede a realizar un *body-TAC* que muestra una lesión hepática grado V de la AAST, fracturas costales, de las apófisis transversas lumbares y lesión de la arteria femoral izquierda. Durante la realización del TAC el paciente presenta inestabilidad progresiva por lo que se decide intervención quirúrgica emergente. Se realiza una laparotomía objetivando un hemoperitoneo masivo por lo que se realiza un *packing* abdominal. Posteriormente se realiza una maniobra de Pringle para control vascular hepático persistiendo sangrado sugerente de una lesión suprahepática, y observando una avulsión de varios segmentos del hígado derecho. El paciente presenta gran inestabilidad hemodinámica por lo que se coloca un sistema de abdomen abierto tras realizar nuevo *packing*. Tras 48 horas se realiza una revisión en el quirófano evidenciando una lesión de la porta derecha, desinserción de venas suprahepáticas derecha y media, y rotura parcial de la vena cava retrohepática. Se procede a realizar una hepatectomía total dado el estado del órgano y colocación de un sistema de abdomen abierto. Tras 12 horas, el paciente se encuentra algo más estable por lo que se considera apto para trasplante hepático y entra en código 0. Pocas horas después surge un donante por lo que se procede a la extracción del órgano e implante en el receptor con empeoramiento nuevamente de la hemodinámica tras la reperusión. Se coloca nuevo sistema de abdomen abierto. A las 72 horas del trasplante el paciente presenta franca mejoría hemodinámica por lo que se revisa en el quirófano observando buen estado del injerto, y tras reparar una pequeña fístula biliar se procede a cerrar la pared abdominal según la técnica de separación anterior de componentes. El posoperatorio fue favorable salvo por la necesidad de amputación del miembro inferior izquierdo por una lesión vascular, con necesidad de cámara hiperbárica y desbridamientos frecuentes en el quirófano, que condicionaron un ingreso prolongado.

**Discusión:** El trasplante hepático por trauma hepático severo representa menos del 1% de las indicaciones urgente de trasplante, de hecho, hay descritos menos de 150 trasplantes en el mundo por este motivo. La hepatectomía total y el posterior trasplante hepático pueden ser en ocasiones las únicas soluciones en el trauma hepático grave. Es por tanto de suma importancia que este tipo de pacientes se traten en centros donde exista este recurso.