



## O-195 - TRAUMATISMO HEPÁTICO EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO: REVISIÓN DE 5 AÑOS EN HOSPITAL DE REFERENCIA

Jiménez Viñas, Carlos; Sena Ruiz, Fátima; Pineño Flores, Cristina; Jiménez Morillas, Patricia; García Pérez, José María; Segura Sampedro, Juan José; González Argente, Xavier Francesc

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

### Resumen

**Objetivos:** El hígado es el segundo órgano más dañado en los traumatismos abdominales. La evolución en el manejo diagnóstico y terapéutico del traumatismo hepático (TH) ha conseguido en los últimos años un descenso de la mortalidad, situándose actualmente entre el 4 y el 15%. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia como hospital de referencia y resumir el manejo de este tipo de lesiones.

**Métodos:** Revisión descriptiva, retrospectiva de traumatismos hepáticos atendidos por nuestro Servicio en los últimos 5 años (2010-2015). Se recogen diferentes datos clínicos (edad, sexo, traumatismo, mecanismo y tipo de lesión, lesiones asociadas, grado de TH, presencia de estabilidad hemodinámica, peritonismo, tipo de tratamiento, reintervención, complicaciones, mortalidad y estancia hospitalaria). El análisis estadístico fue realizado con IBM SPSS.

**Resultados:** Sesenta y nueve pacientes son incluidos, edad media de 30,4 años (2-84), 87% son varones. Quince (21%) pacientes en edad pediátrica. 30% de pacientes extranjeros. 32 (46%) pacientes de vacaciones en Mallorca. El mecanismo de lesión principal fue accidente de tráfico (40%), 36% precipitación (30% intento autolítico), 20% trauma accidental, y uno por arma blanca. El 68% diagnosticado mediante FAST + TC, FAST en 17%, TC en 11% y 4% directamente por laparotomía exploradora. El 97% sufrieron lesiones concomitantes. Cuarenta y nueve (71%) tuvieron alguna lesión traumatológica asociada, 39 (56%) alguna lesión torácica, 20 (29%) algún grado de TCE y 8 (11%) lesiones faciales. El grado de lesión (ASST) más frecuente fue el I (58%), II (27%), III (10%), IV (4%), V (0%) y VI (1%). Manejo conservador (TNO) en 71%, con índice de laparotomías por mala evolución del 4%. Veinte pacientes (28%) requirieron tratamiento quirúrgico de entrada por inestabilidad hemodinámica, líquido libre o sangrado activo en pruebas complementarias. De los intervenidos, todos tuvieron algún grado de lesión hepática. El 65% de casos se resolvió con sutura primaria y/o hemostasia, 20% con packing (1 requirió secciónectomía II-III en reintervención), 15% no requirieron actuación. Un 80% precisaron actuación en otro órgano (40% esplenectomía, 15% sutura diafragmática y 5% sutura duodenal). En los intervenidos, 20% (4) tuvieron alguna complicación posquirúrgica. Dos presentaron insuficiencia hepática con mejoría progresiva, uno fístula biliar que requirió de CPRE mas colocación de prótesis biliar y una colección de lecho quirúrgico en un paciente reintervenido. En pacientes con TNO, dos requirieron de laparotomía por mala evolución (sangrado activo en TC de control), nueve (18%), presentaron hiperbilirrubinemia con resolución al alta. Estancia media de 21 días (rango 1-125). Mortalidad del 10% (7 pacientes). Tres (15%) en los que se realizó cirugía y 4 (8%) en los que se realizó TNO. Siendo la lesión hepática responsable del fallecimiento en dos pacientes.

**Conclusiones:** Los criterios de actuación terapéutica en los TH, se basan en la estabilidad hemodinámica del paciente. En los últimos años se ha conseguido una mejoría de supervivencia por estandarización del TNO en pacientes hemodinámicamente estables, reduciéndose la estancia hospitalaria y complicaciones postoperatorias. El pronóstico de estos pacientes no solo lo marca el TH sino las lesiones asociadas.