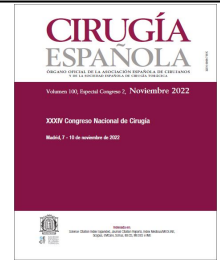




# Cirugía Española



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

## P-224 - COLEPERITONEO COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTE CON TROMBOSIS VENOSA PORTAL

*Martín Arroyo, Silvia; Medina Achirica, Carlos; Díaz Oteros, Mercedes; Mac Mathuna, Seamus*

*Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.*

### Resumen

**Introducción:** La trombosis venosa portal es una complicación frecuente en pacientes con cirrosis hepática, aunque también puede aparecer en pacientes sin enfermedad hepática subyacente, como en nuestro caso. Para su diagnóstico, la mejor prueba es la ecografía *doppler*, seguida del angioTAC y angioRM. Con respecto a las alteraciones analíticas, aunque las transaminasas son pobres indicadores de severidad en el daño hepático agudo, en nuestro caso, se mantuvieron elevadas desde el inicio. El consenso para el tratamiento de la trombosis venosa portal es la anticoagulación, que debe iniciarse cuanto antes. Con respecto a la utilización de endoprótesis, tienen una duración media hasta su obstrucción de 3-4 meses. En nuestro caso, el objetivo de la endoprótesis era el tratamiento de coledocolitiasis en paciente con alto riesgo quirúrgico por lo que los recambios no deben ser tan frecuentes.

**Caso clínico:** Paciente varón de 72 años, fumador y exbebedor. Con AP de: HTA, DLP, DM II, EPOC, TEP, ACVA isquémico, cirugía gástrica hace 50 años por perforación. Con episodio de coledocolitiasis resuelto con CPRE con dos intentos posteriores de retirada de prótesis sin éxito, por estenosis pilórica. Ingres a los dos meses de la última CPRE) tras caída en domicilio con fractura de fémur, tratada de forma conservadora. Al tercer día, comienza con MEG, dolor abdominal e hipoglucemia. Analíticamente con acidosis metabólica, hiperlactacidemia, trombopenia y coagulopatía. Se realiza TAC, que evidencia trombosis ramas portales izquierdas y segmentarias anteriores del LHD y zonas compatibles con infarto/trombóticas en LHD y LHI. Ingres a en UCI, con evolución favorable por lo que tras 8 días con tratamiento antibiótico amplio espectro, NTP, fluidoterapia, heparina (al quinto día de ingreso, retrasándose por coagulopatía y plaquetopenia), hemofiltración y vasoactivos, se realiza nueva CPRE sin éxito. Por tanto se decide intervención quirúrgica para tratar estenosis pilórica y permitir la nutrición del paciente. Intraoperatoriamente se evidencia coleperitoneo en relación a necrosis hepática por trombosis en segmento III y V. Realizándose coledocotomía con extracción de prótesis biliar y coledocolitiasis con lavado abundante de vía biliar y colocación de drenaje Kher y gastroenteroanastomosis. El paciente tras la cirugía evoluciona desfavorablemente; con inestabilidad hemodinámica y oligoanuria; falleciendo a los siete días de la cirugía.



**Discusión:** El coleperitoneo es una complicación grave de las fugas biliares; con una mortalidad importante, que aumenta de dos a tres veces en caso de peritonitis asociada. La principal causa es la lesión de un conducto importante del árbol biliar; en nuestro caso una lesión vascular que originó una isquemia hepática. El tratamiento requiere drenaje de la fuga biliar y de la vía biliar, mediante la colocación de endoprótesis o drenaje Kher si se realiza cirugía. Con respecto a la trombosis portal, el tratamiento es la anticoagulación precoz, sin consenso sobre la duración de la misma. En el caso descrito, el coleperitoneo se originó por trombosis portal (y seguramente lesión arterial asociada) originando isquemia hepática. El conducto biliar es extremadamente sensible a la interrupción del suministro de sangre, lo que originó cloacas biliares hepáticas, dando lugar al coleperitoneo.