



P-667 - MANEJO DE LESIÓN VASCULAR VENOSA VISCERAL EN PACIENTE TRAUMÁTICO PEDIÁTRICO

Torrecilla Portolés, Andrea; Gracia Román, Raquel; García Nalda, Albert; Núñez García, Bernardo; Teixidor Viñas, Mireia; Gual Sánchez, María; Moore Olalla, Anyi Celestina; García Borobia, Francisco Javier

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de una paciente de 6 años que sufre un atropello con traumatismo de alta energía.

Caso clínico: A su llegada presenta inestabilidad hemodinámica con TA 89/45 mmHg y FC de 254. Presenta un FAST positivo. Tras sueroterapia y transfusión de hematíes la paciente parece respondedora, disminuye la frecuencia cardíaca pero persiste inestable, por lo que se inician drogas vasoactivas. El TC muestra una laceración del segmento IV hepático con sangrado activo en el hilio hepático. Contusión en la cabeza pancreática con “aneurisma” de la vena mesentérica superior con falta de opacificación de la vena esplénica, hemoperitoneo y hematoma retroperitoneal, sugestivo de arrancamiento de la vena porta en el eje porto-esplénico-mesentérico. Tras resucitación intensiva sin respuesta se decide intervención quirúrgica. Se evidencia hemoperitoneo de 500 cc, una laceración hepática grado V en el segmento IV y una laceración hepática grado II en segmento VI y VII, se realiza *packing* hepático. Se evidencia congestión venosa esplénica y un hematoma retroperitoneal en zona I. Se explora la transcavidad de los epiplones y se aprecia integridad del páncreas con hematoma a nivel cefálico estable. Ante la ausencia de sangrado activo hepático tras el *packing* y pese a las indicaciones de las guías clínicas de adultos de revisar los hematomas en zona I, dado que presenta mejoría hemodinámica y se trata de una lesión de grandes vasos probablemente abordable mediante radiología intervencionista se decide actitud conservadora, dejando el abdomen abierto. Presenta mejoría progresiva y a las 48 horas se realiza revisión quirúrgica, observándose estabilidad del hematoma retroperitoneal con mejoría de la perfusión del bazo. Hígado sin fugas ni sangrado. Se valora la necesidad de actuación sobre la vena mesentérica superior/vena porta mediante *stent* endovascular para prevenir el fallo hepático o la hipertensión portal prehepática. Dada la ausencia de fallo hepático y la permeabilidad vascular evidenciada por eco Doppler se decide actitud conservadora, con mejoría de la estenosis y persistencia del flujo portal. En el posoperatorio se evidencia fuga biliar, se reinterviene y se coloca un drenaje intraabdominal. La colangiografía transhepática percutánea confirma una fuga biliar en el segmento II. Se intenta cateterizar la fuga mediante radiología intervencionista y endoscopia sin éxito. El drenaje intraabdominal deja de ser productivo y se repite colangioRM que descarta fuga biliar. El drenaje es retirado, la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.

Discusión: Las lesiones vasculares venosas abdominales, al igual que gran parte de los

traumatismos pediátricos, pueden manejarse de forma conservadora si no se aprecia un sangrado activo. Hay poca literatura sobre el manejo de lesiones de vena mesentérica/porta, la interposición del páncreas hace de su abordaje un reto de alto riesgo. En caso de estabilidad hemodinámica y ausencia de fallo hepático o trombosis mesentérica, se pueden manejar exitosamente de forma conservadora. El hematoma retroperitoneal contiene el sangrado de los vasos colaterales pancreáticos que drenan al eje esplenomesentérico y provocan el efecto terapéutico deseado. La manipulación de estos vasos, con colocación de endoprótesis vascular puede provocar complicaciones asociadas de difícil manejo.