



P-296 - HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO GIGANTE SECUNDARIO A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Ortega García, Ricardo¹;Hernández Domínguez, Sara²; Pérez Algar, Cristina²; Díaz Conradi, Ramón²

¹Hospital Universitario de Madrid, Madrid. ²Hospital Universitario de Madrid-Torrelodones, Torrelodones.

Resumen

Objetivos: Conocer una complicación poco frecuente de una operación tan común como la colecistectomía laparoscópica (CL) para aproximarnos así a sus causas y su manejo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 30 años sin antecedentes de interés con una colelitiasis sintomática que le había producido cólicos biliares de repetición por lo que se le realizó una CL. Durante la cirugía, la única incidencia fue la apertura accidental de la vesícula con la salida de varios cálculos que se recuperaron. A los 4 días la paciente acude a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho (HCD) que no cede con la analgesia habitual. Allí se le realiza una analítica en la que se observa una caída de la hemoglobina y un leve aumento de las enzimas hepáticas. Se hace un TAC abdominal en el que se encuentra un hematoma subcapsular hepático de aproximadamente 20 × 14 × 4,5 cm (CCxAPxTR) y una pequeña cantidad de líquido libre perihepático y en la pelvis, sin signos de sangrado activo. Por ello es ingresada con tratamiento antibiótico para evitar sobreinfecciones. Es valorada por la UVI y pasa 24h en su unidad para observación, saliendo posteriormente a la planta, donde permanece en reposo. El control del hematoma se realizó mediante ecografía manteniéndose estable. Es dada de alta en el 10º día de ingreso. La CL se ha convertido en una de las cirugías más realizadas en todo el mundo. En grandes series se han visto unas tasas de complicaciones del 2-6%. Dentro de éstas, los hematomas subcapsulares hepáticos son muy poco frecuentes, encontrándose publicados solamente casos sueltos. Aunque es un ejercicio difícil, éstos se han relacionado con la administración de fármacos que alteren la coagulación como anticoagulantes o AINES (especialmente el ketorolaco) o una excesiva manipulación del hígado. El manejo casi siempre es conservador, manteniendo en reposo al paciente hasta ver que el proceso está estable. Como complicaciones puede presentarse la sobreinfección del hematoma, que requiere tratamiento antibiótico o incluso el drenaje percutáneo del mismo, o el sangrado activo que se debe manejar inicialmente mediante embolización y si no es efectivo realizar una intervención quirúrgica. En el caso de nuestra paciente, la causa probablemente sea multifactorial porque debido a la salida de cálculos durante la cirugía se manipuló bastante el hígado y en el postoperatorio se le administro un AINE (dexketoprofeno). Dado que no presentó ninguna complicación se pudo manejar conservadoramente. Como era una mujer joven el seguimiento se decidió realizar mediante ecografía para evitar una excesiva radiación.

Discusión: Debemos tener cuidado con la administración de medicación que pueda alterar la coagulación, especialmente en pacientes que puedan haber tenido una gran manipulación del hígado

durante la cirugía. Ante un paciente operado que acude a los pocos días de una CL con dolor en HCD y un descenso de la hemoglobina, debemos sospechar esta complicación y realizar un TAC para confirmarlo y valorar complicaciones. El manejo debe ser conservador a menos que presente alguna complicación. El seguimiento se puede hacer mediante ecografía para evitar radiaciones excesivas.