



## P-682 - TRASPLANTE HEPÁTICO TRAS AVULSIÓN DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

*Fernández Gómez-Cruzado, Laura; Gastaca Mateo, Mikel; Prieto Calvo, Mikel; Fernández Cepedal, Lara; Larrea Oleaga, Jasone; Valdivieso López, Andrés; Ortiz de Urbina López, Jorge; Colina Alonso, Alberto*

*Hospital de Cruces, Barakaldo.*

### Resumen

**Introducción:** La avulsión completa de la arteria hepática es una causa poco habitual de hemoperitoneo masivo tras traumatismo abdominal. Una de las posibles complicaciones secundarias a su ligadura es la colangiopatía isquémica. Presentamos el caso de un paciente politraumatizado con colangitis isquémica secundaria a ligadura de la arteria hepática que requirió un trasplante hepático.

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 37 años remitido a urgencias tras precipitación desde un 3<sup>er</sup> piso. Ante inestabilidad hemodinámica y FAST positivo se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciándose hemoperitoneo masivo y una avulsión completa de la arteria hepática común, que se liga ante la inestabilidad del paciente y la imposibilidad de reconstrucción. Ingresa en Reanimación con mejoría progresiva de su inestabilidad hemodinámica y de su fallo hepático de origen isquémico. Posteriormente desarrolla un shock séptico de origen biliar y colangitis por organismos multiresistentes. En colangioRMN, 34 días tras la intervención quirúrgica, se objetiva desestructuración de toda la vía biliar compatible con colangiopatía isquémica. Tras varios cuadros de colangitis graves y con el diagnóstico de colangiopatía isquémica difusa se incluye al paciente en lista de espera para trasplante hepático, que se lleva a cabo a los 70 días de la primera intervención, mediante la técnica clásica debido a un gran volumen hepático (4.200 g). Durante el postoperatorio inmediato el paciente requiere cuatro reintervenciones por hemoperitoneo y pancreatitis necrohemorrágica. A los 36 días postrasplante, el paciente presenta una hemorragia intracraneal no quirúrgica, falleciendo dos días después.

**Discusión:** Las lesiones de la arteria hepática, habitualmente de origen iatrógeno o asociado a enfermedades sistémicas, pueden dar lugar a una colangiopatía isquémica. Son muy pocos los casos descritos en la literatura en los que se encuentre esta entidad asociada a la avulsión de la arteria hepática tras un traumatismo abdominal cerrado. La colangiopatía isquémica se presenta con un patrón de colestasis asociada a colangitis de repetición. La prueba ideal para su diagnóstico es la colangioRMN. El tratamiento de estos pacientes debe ser individualizado, pudiendo requerir inicialmente el drenaje percutáneo de colecciones, dilataciones o stents de estenosis focales biliares. En pacientes con afectación difusa, hiperbilirrubinemia mantenida y colangitis de repetición, el trasplante hepático es el tratamiento de elección. Resulta aconsejable no demorar su realización ya que los resultados obtenidos tras el trasplante en estos pacientes con repetidos cuadros sépticos de

origen biliar son claramente inferiores. Ante hemoperitoneo masivo secundario a avulsión de la arteria hepática, la ligadura de la misma estaría indicada cuando su reconstrucción no es posible. Dada la alta posibilidad del desarrollo de una colangiopatía isquémica, resulta aconsejable remitir al paciente a un centro especializado.