



P-665 - MANEJO DEL TRAUMATISMO HEPÁTICO GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rufián Andújar, Blanca; López Cillero, Pedro; Merlo Moreno, David; Ciria Bru, Rubén; Padial Aguado, Ana; Ayllón Terán, María Dolores; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: El objetivo del presente caso es mostrar la posibilidad del manejo conservador inicial de un traumatismo hepático grado V. En este paciente tras evaluación completa de las lesiones y dada la estabilidad hemodinámica, se decidió manejo conservador con observación en Unidad de Cuidados Intensivos.

Caso clínico: Estudio de un paciente varón de 39 años politraumatizado por accidente de tráfico el día 12/02/19. Estable hemodinámicamente a su llegada a Urgencias. TA 139/64 mmHg, SatO₂ 91%, FC 95 lpm. EF: ACR con tonos rítmicos a buena frecuencia, MVC sin ruidos sobreañadidos; abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho sin signos de irritación peritoneal. Deformidad a nivel de cadera derecha con rotación interna y acortamiento de MID. Con el paciente estable se realiza Body-TC: fracturas de los arcos costales anteriores de la 3ª a 7ª derechos. Laceraciones hepáticas (grado V de la AAST) que afectan a LHD y caudado, y en menor medida a LHI llegando a superficie en cara anterior, y hemoperitoneo. Fractura multifragmentaria del acetábulo y de la cabeza femoral derecha con luxación posterosuperior de la cabeza femoral. Dada la estabilidad hemodinámica del paciente, se decide reducción cerrada en quirófano de fractura-luxación posterior de fémur derecho bajo control escópico y tracción transcondílea de fémur. A continuación, pasa a Unidad de Cuidados Intensivos para observación. El paciente presenta buena evolución en UCI las primeras 48h postraumatismo. Aceptable estado general, constantes estables, sin caída del hematocrito y con ECO abdominal sin anomalías significativas. En las 24h siguientes el paciente presenta empeoramiento clínico, con taquicardia y tendencia a la hipotensión; se realiza angio-TC urgente que refleja foco de sangrado activo en LHI y mayor hemoperitoneo. Se decide intervención quirúrgica urgente que tras evacuación de coágulos y maniobra de Pringle identifica sangrado en pedículos de segmentos II-III, precisando bisegmentectomía II-III, resección de segmento I y técnicas hemostáticas. En los días sucesivos el paciente presenta mejoría clínica, pero con manchado de bilis por herida que sugiere fístula biliar y evisceración a los 8 días de la intervención. Se decide cirugía urgente con lavado de biloma, cierre de canalículo biliar y revisión de hemostasia. Posterior evolución favorable, con alta a planta y reducción abierta de fractura de acetábulo en los días siguientes.

Discusión: Más del 80% de los traumatismos hepáticos, incluyendo los grados IV-V, se maneja en la actualidad de forma conservadora. Este paciente contaba con los requisitos para un manejo no

quirúrgico, pero desafortunadamente la inestabilidad que sufrió a las 72h fue lo que determinó la necesidad de intervención urgente.