



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-654 - PERITONITIS BILIAR DIFERIDA TRAS TRAUMATISMO HEPÁTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Pérez, Paula; Toledo Martínez, Enrique; Alonso Grela, María; García Cardo, Juan; Castanedo Bezanilla, Sonia; García Rueda, Carmen; Alonso Aguiloche, Andrea; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: La lesión biliar tras un traumatismo abdominal cerrado es poco frecuente, con una incidencia aproximada de un 2% en las series publicadas. Generalmente se relaciona con traumatismos graves de alta energía. Debido a su baja frecuencia, requiere un alto índice de sospecha. No existe un consenso en el mejor manejo de esta complicación de esta enfermedad, basándose la decisión terapéutica en el mecanismo de lesión, la localización anatómica y experiencia del cirujano.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 20 años en seguimiento por Salud Mental debido a situación sociofamiliar compleja que es trasladado a urgencias por el 061 tras accidente de moto sin casco. A su llegada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el paciente mantiene un Glasgow 15 y se encuentra estable hemodinámicamente, por lo que se realiza TC toraco-abdomino-pélvico en el que se informa de traumatismo a nivel torácico con fractura de arcos costales (4 a 7) y mínimo neumotórax drenado. A nivel abdominal se objetiva laceración hepática grado III de la AAST y WSES en segmentos VI-VII con sangrado activo. A nivel esquelético se evidencia fractura diafisaria de fémur derecho. Ante estos hallazgos, el paciente es trasladado a UCI para manejo inicial decidiéndose fijación de fractura diafisaria y embolización de rama de la arteria hepática por parte de radiología intervencionista. Inicialmente, la evolución es favorable hasta el punto que el paciente solicita el alta voluntaria el séptimo día de estancia en UCI, con necesidad de reingreso posterior. Sin embargo, en analíticas seriadas se objetiva anemización progresiva, alteración de perfil hepático y, a nivel abdominal, llama la atención un íleo posoperatorio prolongado, por lo que se solicita TC de control en el que se informa de hemoperitoneo sin evidencia sangrado activo. A pesar de la ausencia de sangrado activo, dada la mala evolución desde el punto de vista abdominal y la alteración analítica con deterioro progresivo del perfil hepático (Br 6), se decide revisión quirúrgica urgente con hallazgo de peritonitis biliar generalizada secundaria a laceración hepática en el segmento VII sin datos de sangrado activo, fuga biliar o perforación de víscera hueca en el momento de la intervención. Se realizan lavados universales y colocación de drenaje tipo Penrose a nivel subhepático. Tras esto, la evolución es progresivamente favorable, siendo alta a planta de hospitalización convencional el tercer día tras la reintervención quirúrgica. Una vez en planta, persiste buena evolución tanto clínica como analítica, por lo que se procede a la retirada de drenaje y es dado de alta hospitalaria al décimo día.

Discusión: La incidencia de complicaciones biliares secundarias a traumatismo hepático es baja (< 2%) en las series publicadas. Su diagnóstico, por lo general tardío tras un politraumatismo, requiere un alto índice de sospecha. El hallazgo de esta complicación conlleva un aumento de la morbimortalidad en este tipo de pacientes.