



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-045 - TRAUMATISMO HEPÁTICO: REVISIÓN DEL MANEJO EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS

Zárate Pinedo, Alba; Montmany Vioque, Sandra; Rebas Cladera, Pere; Campos Serra, Andrea; Gracia Roman, Raquel; Luna Aufroy, Alexis; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: El tratamiento del traumatismo hepático ha cambiado en los últimos años, extendiéndose con éxito el tratamiento conservador, incluyendo la angio-embolización cuando es necesaria. Se reserva el tratamiento quirúrgico para aquellos pacientes hemodinámicamente inestables, no respondedores a la resucitación, con signos de irritación peritoneal o con lesiones intrabdominales que requieran tratamiento quirúrgico. Existe controversia en el tratamiento óptimo de los respondedores transitorios: cirugía o angio-embolización? Mediante este trabajo queremos revisar nuestra actitud durante los últimos años y evaluar el resultado de los tratamientos empleados.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes politraumáticos graves, mayores de 16 años que sufrieron traumatismo hepático, desde 2006 hasta la actualidad. Se han recogido variables demográficas, hemodinámicas, mecanismo de acción, necesidad y tipo de transfusión, tipo de respuesta a la resucitación, lesiones asociadas, tratamiento necesario, complicaciones y exitus. Se han clasificado los pacientes según su estado hemodinámico en: estables, respondedores, respondedores transitorios o inestables. En el TC abdominal se puede observar tres tipos de extravasación de contraste: I (extraperitoneal), II (intraparenquimatosa y hemoperitoneo), III (intraparenquimatosa). Se ha usado la angio-embolización en tres situaciones: primaria, postoperatoria o tardía.

Resultados: De 1.620 pacientes politraumáticos graves, se han incluido 117 con traumatismo hepático. El 41% de los casos requirieron tratamiento quirúrgico, exitoso en los pacientes hemodinámicamente estables o respondedores. Los pacientes respondedores transitorios o hemodinámicamente inestables, requirieron una embolización postoperatoria para control definitivo del sangrado. En 4 pacientes en los que no se realizó dicha técnica, presentaron resangrado que requirió una nueva intervención quirúrgica o embolización tardía. De los 6 pacientes con extravasación de contraste tipo III en el TC, el 100% se resolvió con tratamiento conservador, requiriendo embolización primaria en el 83% de los casos. Los 9 pacientes con extravasación de contraste tipo II requirieron embolización, aunque el 33% de ellos requirieron un tratamiento combinado con cirugía por persistencia del sangrado. Los 2 pacientes con extravasación de contraste tipo I presentaron un sangrado masivo que requirió un tratamiento combinado, existiendo incluso un caso de mortalidad intraoperatoria. 13 pacientes requirieron embolización primaria, exitosa en los pacientes estables. En el 15% de los casos se trató de respondedores transitorios y el

50% de ellos requirió cirugía posterior para control definitivo del sangrado. El 42% de los pacientes respondedores transitorios o inestables que se sometieron a intervención quirúrgica primaria requirieron embolización postoperatoria para control del sangrado. 1 paciente requirió embolización tardía por resangrado postratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Coincidiendo con la literatura, en nuestra experiencia el tratamiento conservador es seguro en pacientes con traumatismo hepático sin lesiones asociadas que requieran cirugía y con un estado hemodinámico estable o respondedores. Los respondedores transitorios necesitan tratamiento combinado mediante cirugía y angio-embolización independientemente del orden. En ellos, deberíamos plantearnos tratamiento combinado siempre. Los pacientes con extravasación de contraste tipo I y/o hemodinámicamente inestables tienen muy mal pronóstico independientemente del tratamiento recibido, por ello deberíamos realizar de forma sistemática una angiografía postoperatoria.