



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-259 - MANEJO DE UN DRENAJE TORÁCICO CON TRAYECTO INTRAHEPÁTICO

*Albero Bosch, Cristina; Herrero Vicente, Christian; Piqueras Hinojo, Ana María; Martínez Barenys, Carlos; García Gámez, Andrés; Espín Álvarez, Francisco; Sampere, Jaume; Cugat, Esteban*

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.*

### Resumen

**Introducción:** Presentamos el manejo de la mal posición iatrogénica de un drenaje torácico con trayecto intrahepático a propósito de un caso clínico.

**Caso clínico:** Paciente de 41 años al que se indicó la colocación de un drenaje torácico para evacuar un derrame pleural en relación a tuberculosis sistémica. Tras la colocación del drenaje, un Pleurocath de 10Ch, se observó débito hemático venoso de cuantía no esperable por lo que se procedió a pinzarlo. Las pruebas de imagen mostraron un drenaje con amplio trayecto intrahepático desde el 6º espacio intercostal, llegando con su extremo más distal a insinuarse en el interior de la luz de la vena cava intrahepática. Se realizó una revisión de la literatura para ofrecer el mejor manejo terapéutico. Tras 12h de la colocación del drenaje y una evolución estable del paciente, se decidió retirar el drenaje bajo control radiológico en la unidad de radiología intervencionista con embolización posterior del trayecto remanente (coil distal y glubran + lipidiol). El procedimiento fue exitoso, permaneciendo el paciente estable hemodinámicamente durante la técnica presentando una correcta evolución posterior.



**Discusión:** Existe poco publicado sobre las opciones terapéuticas de los drenajes torácicos con trayecto intrahepático, siendo la mayoría casos clínicos, y por tanto de baja calidad. No existe una evidencia científica firme sobre cuál sería la mejor opción para la retirada de dicho drenaje. Entre las opciones terapéuticas encontradas, todas ellas incluyendo un estricto control clínico-analítico del paciente, encontramos: Cirugía urgente, indicada en casos de inestabilidad hemodinámica. Retirada inmediata del drenaje con control radiológico posterior. Retirada paulatina del drenaje con control radiológico tras finalizar el procedimiento. Retirada guiada por radiología intervencionista y embolización del trayecto del drenaje. En el caso expuesto, el manejo conservador retirando el drenaje de forma guiada por radiología intervencionista y embolización de su trayecto intrahepático, permite un control estricto durante todo el proceso y la profilaxis de complicaciones posteriores como son las fístulas intrahepáticas, por lo que consideramos dicha técnica el manejo de elección en casos similares al descrito.