



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-205 - MANEJO DE UN TRAUMATISMO HEPÁTICO GRADO V Y FÍSTULA BILIAR POSTRAUMÁTICA DE ALTO DÉBITO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Labró Ciurans, Meritxell; García Borobia, Francisco Javier; Bejarano, Natalia; Serracant Barrera, Anna; García Monforte, Neus; Romaguera, Andreu; Falcó, Joan; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Presentar el manejo inicial y post-quirúrgico de lesiones hepáticas mayores después de un traumatismo hepático cerrado y el manejo de una eventual fístula biliar posterior. Revisión bibliográfica y presentación de un caso clínico. El traumatismo hepático grave (grado IV y V) se asocia a una mortalidad superior al 40%, por ello, el manejo inicial es crucial, ya sea mediante “packing hepático” en casos de pacientes inestables o embolización, en pacientes estables. Las complicaciones hepáticas pueden ocurrir, ya sea debido al propio traumatismo o a iatrogenia. El desarrollo de una fístula biliar no es infrecuente y a pesar de estar descrita la resección hepática, el tratamiento conservador es el más aceptado en la literatura reciente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 20 años, que tras sufrir un traumatismo abdominal cerrado con el manillar de una bicicleta, fue traída a urgencias con inestabilidad hemodinámica (taquicardia), con respuesta transitoria a volumen. Durante el estudio con TC se detectó una laceración hepática grado V (transección entre lóbulos derecho e izquierdo), requiriendo intervención quirúrgica urgente por nueva inestabilización, con parada cardio-respiratoria recuperada. Se realizó “packing hepático” y posterior embolización supraselectiva de la subdivisión de la rama anterior de la arteria hepática derecha por sospecha de persistencia de hemorragia activa. Por alteración de la biología hepática, en nuevo TC se detectó sospecha de falta de perfusión de la vena porta, descartándose su lesión en una segunda intervención quirúrgica, donde se recambió el “packing”, manteniendo el abdomen abierto. La tercera intervención, realizada para el cierre de la pared abdominal, detectó isquemia del segmento VIII, isquemia vesicular e importante coleperitoneo originado en la superficie traumática hepática. Se realizó colecistectomía, drenaje transcístico, drenaje de la cavidad y cierre de laparotomía. En el postoperatorio la paciente presentó fiebre y dolor abdominal, detectándose en la TC un bilioma que fue drenado percutáneamente y se convirtió en una fístula biliar de alto débito (500 cc/día) que progresivamente fue reduciéndose. La fístula se solucionó por completo tras la realización de una colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía.

Discusión: Una lesión hepática mayor puede presentarse únicamente como taquicardia que responde a volumen. El “packing hepático” es el tratamiento inicial de elección para el sangrado hepático en pacientes hemodinámicamente inestables, y la angiografía con eventual embolización es una herramienta complementaria de gran valor y de primera elección si el paciente está estable. El

“packing hepático” puede causar la falsa imagen de amputación de la vena Porta por compresión transitoria de su flujo. Una fístula biliar postraumática, sin lesión de vía biliar principal, puede resolverse con tratamiento conservador (CPRE + esfinterotomía o prótesis biliar temporal), independientemente de la magnitud de la lesión hepática, permitiendo evitar resecciones hepáticas mayores.