



P-735 - PSEUDOANEURISMA HEPÁTICO CON HEMOBILIA SECUNDARIO A TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

Vieiro Medina, María Victoria¹; Valderrama, Otilda²; Mon, Luis²; Liao, Enrique²; García Mayorca, Elias²; Gutiérrez Andreu, Marta¹; Yuste García, Pedro¹; Quiodettis, Marta²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ²Hospital Santo Tomás, Ciudad de Panamá.

Resumen

Introducción: El pseudoaneurisma de la arteria hepática es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta (HDA), la mayoría de estos aparecen extrahepáticamente, habitualmente en la arteria hepática derecha. Sus causas más frecuentes son traumatismos, lesiones vasculares iatrogénicas, anastomosis vasculares e infecciones. En algunos casos pueden producir sangrado por ruptura, que se puede manifestar como hemoperitoneo o como HDA en forma de hemobilia, en este último escenario puede aparecer con la triada de Quinke (38% de los casos) caracterizada por dolor abdominal paroxístico, ictericia y sangrado gastrointestinal.

Caso clínico: Varón de 24 años, que acude a Urgencias por traumatismo abdominal cerrado secundario accidente de tráfico. Durante su llegada a Urgencias se encuentra con la vía aérea permeable, sin dificultad respiratoria y hemodinámicamente estable (TA: 110/80 mmHg, FC: 85 lpm), consciente y orientado, con signo del cinturón de seguridad y dolor difuso a la palpación abdominal. Se decide realización de TC abdominopélvico que muestra el hígado con imagen heterogénea en el segmento IV sugestiva de hematoma perihepático, abundante cantidad de líquido distribuido perihepático, periesplénico y pelvis. Tras la prueba presenta TA: 80/40 mmHg a pesar reposición de volumen y DVA. Se decide intervención urgente mediante cirugía de Control de Daños, se drena aproximadamente 2L de hemoperitoneo y se evidencia lesión hepática grado III-IV en segmentos VII-VIII con sangrado activo profuso, se realiza rafia hepática y posterior empaquetamiento, se inspecciona toda la cavidad sin evidenciarse otros focos de sangrado o contaminación, se deja laparostomía con Bolsa de Bogotá. El paciente pasa a la UVI y se decide desempaquetamiento a las 48 horas por buena evolución, sin evidenciar signos de sangrado a nivel hepático ni otras lesiones en la cavidad, se dejan drenajes aspirativos y se cierra pared. El 10º día tras la cirugía comienza a presentar deposiciones melénicas, Hemoglobina de 8 mg/dl y bilirrubina total de 6,1 mg/dL a expensas de la directa. La endoscopia alta muestra estómago con abundantes restos hemáticos sin focos de sangrado activo así como *Ascaris lumbricoides* y coágulo en la ampolla de Vater, sugerentes de hemobilia. Se realiza angioTC que muestra imagen sacular hiperdensa en fase arterial en lóbulo hepático derecho (LHD), segmentos superiores, que en fase portal mantiene su morfología y se homogeniza con el parénquima, compatible con pseudoaneurisma, adicionalmente un área heterogénea hipodensa en la periferia hepática compatible con laceración. Se realiza arteriografía que muestra el pseudoaneurisma en LHD dependiente de arteria del segmento VIII que se emboliza mediante coils. La evolución tras el procedimiento fue favorable, sin nuevos episodios de

sangrado.

Discusión: Aunque un pseudoaneurisma se puede trombosar espontáneamente se desaconseja la actitud expectante ya que su ruptura puede comprometer la vida del paciente. El uso precoz de la arteriografía tras el empacamiento hepático debe usarse con fines diagnósticos y terapéuticos con el fin de prevenir complicaciones más graves, en caso de confirmarse su existencia, la embolización es el tratamiento de elección, con una eficacia del 75-100%. La cirugía con resección se reserva para los casos que no es posible embolizar. Se debe sospechar ante un paciente con HDA tras traumatismo hepático.