



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-548 - BISEGMENTECTOMÍA HEPÁTICA POR TRAUMA

López Marcano, Aylhin; Albendea López, Javier; China, María Nancy; Sánchez, Iñigo; Lesaga Llopis, Javier

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: El abordaje del traumatismo hepático ha evolucionado notablemente en las últimas décadas. El actual manejo conservador de la inmensa mayoría de los traumatismos hepáticos demuestra óptimos resultados (tasa general de éxito del 83-100%) con una morbilidad asociada del 5-42%. Las técnicas de arteriografía y angioembolización constituyen pilares clave, cuando estas fracasan o los pacientes presentan inestabilidad hemodinámica precisarán cirugía urgente. Presentamos un caso de FAP tras una herida por arma blanca. Se realizó una búsqueda bibliográfica de heridas por arma blanca y FAP encontrándose solo 3 artículos con 9 casos en total.

Caso clínico: Varón de 54 años, con antecedente de lesión por arma blanca con laceración en LHI, dado de alta voluntaria tras 1 semana de ingreso, en el TC inicial evidencian un hematoma subcapsular con trayecto lineal posterior que se dirige caudalmente hasta el segmento III contactando con la rama izquierda de la vena porta. Reingresa por dolor abdominal, alteración del perfil hepático y anemia, realizándose un TC que evidencia lesión vascular del segmento II/III sugestiva de pseudoaneurisma de la rama izquierda de la arteria hepática que condiciona un shunt intrahepático con la rama izquierda de la porta, importante dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y vesícula biliar con contenido hemático. Es remitido a nuestro hospital para realizar embolización, los radiólogos intervencionistas realizan cateterización de la arteria hepática identificando FAP de alto flujo y pseudoaneurisma de la arteria del segmento III, intentan canalizar sin éxito dicha arteria por lo que es derivado al servicio de cirugía de nuestro hospital en donde se indica cirugía urgente por cirujano HBP experto. Se realiza incisión en J en hipocondrio derecho, evidenciando hipertensión portal y cicatriz en segmento IVb, realizándose Pringle continuo de 15 minutos para bisegmentectomía II-III, encontrando el pseudoaneurisma en el trayecto de la herida hepática en el pedículo portal del segmento III. Colectomía y coledocotomía evidenciando coágulos en la vía biliar realizándose lavado y dilatación papilar con posterior cierre. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al 5to DPO sin complicaciones.

Discusión: La FAP es poco frecuente tras un traumatismo hepático puede comprometer la vida del paciente generando hemorragia y hemobilia entre unas pocas horas hasta los 21 días postraumatismo. Pero también puede ser asintomática y obliterarse espontáneamente. La salida de sangre a alta presión de las arterias encuentra camino en las venas portales en el pedículo glissoniano y en los canales biliares produciendo hemobilia y fistulas arteriovenosas, respectivamente, que pueden generar hipertensión portal, ascitis, hemobilia, lesiones hepáticas isquémicas y obstrucción biliar. La angiografía es el procedimiento *gold estándar* ya que es

diagnóstica y terapéutica para la FAP ya que permite la embolización transarterial supraselectiva. La cirugía está indicada cuando esta falla. Los traumatismos hepáticos pueden fistulas arteriovenosas hepaticoportales, el tratamiento inicial de estas debe ser por radiología intervencionista y ante fracaso cirugía que consiste en ligar las ramas de la arteria hepática y vena porta comprometidas con resección segmentaria del parénquima hepático correspondiente.