



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-608 - LACERACIÓN HEPÁTICA EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Hernández Roca, Belén; Espinosa Soria, Javier; Giner Bernal, Lorena; Camacho Lozano, Julio

Hospital General de Elda, Alicante.

Resumen

Objetivos: Manejo del traumatismo hepático en un hospital de segundo nivel.

Caso clínico: Varón de 25 años que tras accidente de moto es trasladado a urgencias. Inestable hemodinámicamente y con disminución del nivel de conciencia, se procede a IOT, maniobras de estabilización y eco-FAST, que informa de probable hemoperitoneo. Se decide intervención quirúrgica urgente, realizando laparotomía media. Se objetiva hemoperitoneo de 4 litros e importante laceración hepática en segmento VI con sangrado activo. Se controla con hemostasia y compresión, pero el paciente continua inestable por lo que, tras revisar el resto de la cavidad, se decide *packing*, cierre de cavidad y Angio TAC, para descartar otros focos de sangrado. El paciente se estabiliza y el Angio-TAC informa de hematoma intraparenquimatoso hepático grado IV AAST (lesión que afecta 25-75% del lóbulo hepático o 1 a 3 segmentos dentro de un solo lóbulo). Se acuerda derivación al servicio de radiología intervencionista del hospital de referencia para realizar arteriografía y posible embolización, sin embargo, el paciente se inestabiliza de nuevo, por lo que es reintervenido. Se realiza Pringle hepático y movilización total hepática. Se objetiva sangrado en segmento VI, que se controla con hemostasia por bisturí argón y sutura. El paciente presenta un posoperatorio sin incidencias.

Discusión: La correcta clasificación de estas lesiones permite la elección del tratamiento más adecuado. Los grados I y II de la AAST son consideradas leves y generalmente se manejan con tratamiento conservador. En cambio, las lesiones grado III-V son consideradas graves y frecuentemente requieren tratamiento quirúrgico. Las pruebas complementarias ofrecen un mejor diagnóstico y la posibilidad de establecer una indicación quirúrgica con mayor seguridad. La prueba que se realice dependerá de la presentación clínica y de la estabilidad hemodinámica del paciente. En pacientes que acuden con inestabilidad hemodinámica nos serviremos de la realización de una ecografía (eco-FAST). Es rápida, reproducible y no precisa del traslado del paciente a una sala de radiología. La tomografía computarizada permite evaluar la gravedad de la lesión hepática en pacientes hemodinámicamente estables. Es una exploración esencial para establecer el tratamiento. El tratamiento quirúrgico se establece por fracaso del manejo no operatorio o cuando presentan lesiones grado IV-V. Con un sangrado activo hepático, la primera actuación es la realización de una compresión hepática manual acompañado por un *packing*. Si no se consigue la reducción del sangrado realizaremos la maniobra de Pringle. Si persiste a pesar de las maniobras realizadas, deberemos sospechar una lesión vascular. Si se dispone de un equipo quirúrgico con alta experiencia en cirugía hepática, se debe identificar el sangrado y realizar sutura hemostática sobre

la lesión vascular. En caso contrario, se realizará una cirugía de control de daños y cuando la estabilidad del paciente lo permita, deberá ser trasladado a un centro de referencia. La posibilidad de arteriografía con embolización por radiología intervencionista permite solucionar un gran número de casos de manera eficaz y rápida, pero en un hospital de segundo nivel como el nuestro la ausencia de este recurso limita nuestras opciones terapéuticas.