



P-605 - ¿POR QUÉ NO DEBEMOS "SUPONER" SOBRE LA ESTABILIDAD HEMODINÁMICA? CONTROL DE DAÑOS EN UN POLITRAUMATIZADO CON PRESIÓN ARTERIAL NORMAL

Visci, Alessandra; Rofin, Silvia; García, Ángel; Espina, Beatriz; Galán, Clara; Gallego, María; Santanach, Clara; Medrano, Rodrigo

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Exponemos el manejo inicial y definitivo de un politraumatizado, inicialmente estable, con traumatismo hepático grave.

Caso clínico: Hombre de 42 años, trasladado por el SEM a nuestro centro como politraumatizado prioridad 1 tras accidente en moto, colisión contra elemento de la vía pública a > 30 km/h. A su llegada; valoración inicial: A: Oxígeno 100% por Monhagan. B: FR: 30, auscultación normal, saturación 90%. C: FC: 100, TA: 150/100 mmHg. D: Agitado. Glasgow 15/15. E: Diaforético, Irritación peritoneal, gran equimosis toracoadominal derecha. Se canalizan de 2 vías periféricas, administración de AINES y 500 ml de SF. Gasometría: hemoglobina 15 g/dL, EB: 2,3, lactato 4,4. No se realiza eFAST. TAC: laceración hepática grado V con sangrado activo (arteriovenoso) no tributario a embolización, hemoperitoneo, neumotórax mínimo derecho. Se decide laparotomía urgente. A los 15 minutos del TAC, ya en quirófano presenta inestabilidad hemodinámica; hipotensión que no responde a resucitación con cristaloides. Intervención quirúrgica: durante inducción anestésica requiere administración de noradrenalina. Se realiza cirugía de control de daños: laparotomía xifopúbica, empaquetamiento de cavidad abdominal, evacuación de 1,5 litros de hemoperitoneo, maniobra de Pringle, *packing* hepático, revisión de vísceras huecas y zonas retroperitoneales, cierre abdominal diferido con terapia de presión negativa. Valoración secundaria; tomografía posoperatoria: Fístula arteriovenosa entre porta derecha y rama de hepática derecha, aumento de neumotórax conocido. Tóxicos positivos: cocaína y cannabis. Ingresa en UCI: IOT con soporte vasoactivo las primeras 24 horas, se coloca drenaje torácico derecho. A las 48 h posoperatorias; requerimientos bajos de noradrenalina, hemoglobina de 10 g/dL (transfusión de 2 concentrados de hematíes), fiebre y débito biliar por drenajes. Se decide intervención quirúrgica para reparación de la lesión hepática por equipo de HBP. 2.ª intervención quirúrgica: hallazgos: laceración hepática a nivel de línea de Cantle con extravasación de bilis, colangiografía: lesión de VBD a nivel de la inserción con la VBI, desinserción de VBI en la confluencia. Técnica: colecistectomía, colangiografía transcístico, cierre simple de VBD, drenaje transcístico de VBD y VBC, cierre de canalículos biliares en margen de transección, hepático-yeyunostomía en Y de Roux tutorizada externamente en vía biliar izquierda, colocación de 4 drenajes aspirativos; perihepático, peri hepaticoyeyunostomía y margen de transección hepática. Luego del 2.º tiempo quirúrgico, mejoría progresiva, permanece 9 días en UCI y luego pasa a hospitalización. Como complicación

posoperatoria presenta fístula biliar de alto débito tratada con CPRE, papilotomía y colocación de prótesis biliar, resolviendo la fístula. Egresó del hospital a los 27 días del traumatismo con dos tutores biliares cerrados y un drenaje intraabdominal que se retiró en consultas.

Discusión: La estabilidad hemodinámica en la valoración inicial del paciente politraumático, puede estar condicionada por factores que quizás no podríamos identificar de entrada; sustancias de abuso, fármacos, condiciones hematológicas previas, pudiendo incurrir en decisiones erróneas. Establecer precozmente un control de daños, supondría beneficios en la planificación y ejecución de la reparación definitiva de las lesiones.