

Título: Traumatismo Hepático. A Propósito de tres casos.

Title: Hepatic Traumatism. Concerning three cases

Autores: Dr. Abelardo Urgellés Orúe* (autor principal)

Dr. Pedro Abelardo Urgellés Martínez**

Lic. Yasmiany Fernández Cedenó ***

*Especialista de Primer Grado en Cirugía General y Laparoscópica. Máster en Gerencia de Ciencia e Innovación Tecnológica. Profesor Auxiliar.

e- mail: aurgelles@infosol.gtm.sld.cu

** Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar y Consultante.

*** Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Medicina Natural y Bioenergética. Instructora

Resumen:

Se analizan los resultados obtenidos en el tratamiento de 3 pacientes politraumatizados con lesión hepática operados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente de Baracoa "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", mostrando una incidencia de 16,6% de esta entidad en 12 meses. Se caracterizan los pacientes de acuerdo a la edad y el sexo, se relaciona el motivo de ingreso con la ocupación de los pacientes, se identifican los medios diagnósticos utilizados, se determina la localización y el tipo de lesión hepática, se valora el tratamiento del trauma hepático y de las lesiones asociadas, se relacionan además las complicaciones postoperatorias, la necesidad de reintervención y la estadía hospitalaria.

La clasificación transoperatoria de las lesiones hepáticas para elegir el proceder quirúrgico, las lesiones asociadas, la severidad del trauma y el manejo oportuno de los casos determinaron la morbilidad. Se revisa la literatura para la actualización del tema.

Summary:

Are analyzed the results obtained in the treatment of 3 patient of trauma with hepatic lesion operated in the Service of General Surgery of the General Educational Hospital of Baracoa "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", showing an incidence of 16,6% of this entity in 12 months. The patients are characterized according to the age and the sex, it is related the entrance reason with the occupation of the patients, the diagnostic used means are identified, it is determined the localization and the type of hepatic lesion, the treatment of the hepatic trauma is valued and of the associate lesions, they are also related the postoperative complications, the new intervention necessity and the hospital demurrage.

The classification transoperatory of the hepatic lesions to choose proceeding surgical, the associate lesions, severity of the trauma and the oportune handling of the cases determined the level of deaths. The literature is revised for the upgrade of the topic.

Introducción

El término TRAUMA incluye las injurias accidentales y las intencionales (1). El hígado es, después del bazo, el órgano más frecuentemente lesionado por traumatismos (2), abdominales o torácicos. Debido a su tamaño y localización, es susceptible de lesiones tanto contusas como penetrantes.

Los pacientes con trauma hepático presentan sintomatología que puede ser el resultado de las múltiples lesiones que lo acompañan y que, por consiguiente, no es específica.

Más bien se debe prestar atención a las **manifestaciones clínicas** que hacen sospechar una lesión del hígado o de la vía biliar:

- a. abrasiones, equimosis o dolor a la palpación, sobre el cuadrante superior derecho del abdomen;
- b. fracturas costales o signos de trauma sobre el hemitórax inferior derecho;
- c. inestabilidad hemodinámica o shock franco;
- d. punción o lavado peritoneal positivos para sangre o bilis.

Tres presentaciones diferentes de trauma hepático en cuanto a agentes vulnerantes, localización de las lesiones hepáticas y órganos involucrados.

Enfrentarse a la solución de las lesiones hepáticas presupone una carga de conocimientos y habilidades que en el transcurso del tiempo se han ido perfeccionando gracias a cambios de conceptos y mayor disponibilidad de recursos materiales y humanos.

Motivados por la versatilidad en la presentación y la solución exitosa de los casos, se decidió mostrar las experiencias.

Objetivo:

Mostrar la experiencia en la atención a tres pacientes con trauma hepático en el Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" de Baracoa y versar sobre la actualidad del tema.

Material y Método

En el Hospital General Docente Municipal de Baracoa Octavio de la Concepción y de la Pedraja en el período comprendido entre marzo de 1995 y marzo de 1996 se atendieron tres pacientes con lesiones hepáticas representando el 16,6% de los pacientes politraumatizados. Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo de los tres casos mencionados y a propósito se revisa la literatura para la actualización del tema.

Presentación de casos

Paciente1

Edad: 22 años

Sexo: Masculino

Ocupación: No

Motivo de Ingreso: Herida por arma blanca en región lumbar derecha

Medios diagnósticos: Hemograma y Punción Abdominal

Localización del trauma hepático: Cúpula Hepática, lóbulo derecho

Lesiones Asociadas: Herida del ángulo hepático del colon y del Músculo Psoas Derecho

Intervención quirúrgica: Laparotomía, toilette, drenaje de la cavidad, colostomía ascendente y sutura del músculo psoas derecho.

Relaparotomía: A los 7 Días, Ligadura de conductillos biliares y sutura de la herida hepática

Consumo de Sangre y Hemoderivados: 1500 ml de Plasma

Ingreso en la UCI con apoyo Nutricional Parenteral Total

Complicaciones: Peritonitis Biliar

Estadía Hospitalaria: 19 días

Paciente 2

Edad: 34 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Obrero Agrícola

Motivo de Ingreso: Caída de altura

Medios Diagnósticos: Punción Abdominal, Hemograma, Rx de Tórax, Ultrasonido Abdominal

Localización del trauma hepático: Subsegmentos 6, 7 y 8

Lesiones Asociadas: Ruptura Esplénica, Hemotórax pequeño y Neumotórax Masivo Derechos

Intervención Quirúrgica: Laparotomía, Resección a demanda de los subsegmentos 6, 7 y 8 del hígado, Esplenectomía, Pleurotomía Media Derecha

Consumo de Sangre y Hemoderivados: 2000 ml de sangre total, 600 ml de Glóbulos Rojos y 1250 ml de Plasma.

Ingreso en la UCI con apoyo Nutricional Parenteral Total

Complicaciones: No

Estadía Hospitalaria: 12 días

Paciente 3

Edad: 18 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Soldado

Motivo de Ingreso: Estallamiento de Granada de mano

Medios Diagnósticos: Punción Abdominal y Hemograma

Localización del trauma hepático: Pérdida de tejido hepático de los subsegmentos 4 y 5 en forma cráter

Lesiones Asociadas: Pérdida de las 3 últimas falanges de la mano derecha

Intervención Quirúrgica: Laparotomía y Packing con Epiplón Libre a nivel del defecto por pérdida de los subsegmentos 4 y 5 del hígado.

Consumo de Sangre y Hemoderivados: 300 ml de Glóbulos Rojos.

Ingreso en la UCI con administración de Dextrosa Hipertónica y Albúmina Humana al 20 %

Complicaciones: Síndrome Febril por Absceso de la Herida Quirúrgica Abdominal

Estadía Hospitalaria: 7 días

Comentarios de actualidad

Hasta los inicios del siglo XX, el tratamiento del Traumatismo Hepático (TH) era no quirúrgico, asumiéndose que todo paciente con sangrado activo por una lesión hepática presentaba una hemostasia espontánea o fallecía en las primeras 24 horas. En esa época, la mortalidad global se situaba en torno al 65%⁹⁽³⁾ (4). El 5% de los pacientes politraumatizados ingresados en un centro hospitalario presentan un (TH).

La descripción en 1908 de Pringle sobre su experiencia con pacientes traumatizados y su técnica de control vascular del hilio hepático (“maniobra de Pringle”) constituyó un punto de inflexión en el abordaje quirúrgico del TH (5)

El diagnóstico de lesión hepática se realiza mediante ecografía y/o TC. La ecografía tiene un papel importante en el algoritmo decisorio de los pacientes con traumatismo abdominal.

La clasificación de la gravedad de lesiones hepáticas traumáticas (Liver Injury Scale) se basa en la escala propuesta –y posteriormente modificada – por Moore et al (6), adaptada por la American Association for the Surgery of Trauma (A.A.S.T).

Clasificación de la A.A.S.T.

Grado I: -Lesión de la cápsula o laceración <1cm.

Grado II: -Fractura de 1-3 cm.

Grado III: -Fractura >3cm.

Grado IV: -Lesión parenquimatosa que abarque 25-75% de un lóbulo.

Grado V: ->75% de un lóbulo hepático o lesión venosa perihepática.

TABLA 1. Liver Injury Scale

Grado de la lesión	Hematoma subcapsular	Laceración	Hematoma de parénquima	Lesión vascular
I	< 10% superficie	< 1cm profundidad	-	-
II	10-50% superficie	1-3 cm profundidad, < 10 cm longitud	< 10 cm diámetro	-
III	> 50% superficie o expansivo Rotura hematoma subcapsular	> 3 cm profundidad	> 10 cm diámetro o expansivo Rotura hematoma parenquimatoso	-
IV	-	Disrupción del parénquima 25-75% o 1-3 segmentos Couinaud del mismo lóbulo	-	-
V	-	Disrupción del parénquima > 75% o > 3 segmentos Couinaud del mismo lóbulo	-	Lesión venosa yuxtahepática (cava retrohepática o vena hepática mayor)
VI	-	-	-	Arrancamiento (avulsión) hepática

Adaptado de Moore et al¹⁷.

El hospital debe poseer todos los servicios y la infraestructura de soporte necesarios:

- Disponibilidad inmediata de cirujanos y anestesiólogos idóneos y con experiencia en la atención de trauma complejo;
- Banco de sangre con capacidad para proveer sangre total y glóbulos rojos empaquetados en cantidad suficiente, así como plasma fresco, plaquetas y críoprecipitado
- Unidad de cuidado intensivo.

Principios que deben ser observados al emprender cirugía por trauma del hígado.

- Incisión que provea adecuada exposición
- Movilización del hígado mediante división de los ligamentos suspensorios

- Control de la hemorragia por medio de la maniobra de Pringle de compresión manual de la tríada portal.
- El empaquetamiento, evitando interferir con el retorno venoso a través de la cava inferior, puede ser una medida salvadora en ciertas circunstancias.
- Sutura (hepatorrafia).
- Desbridamiento de los tejidos desvitalizados.
- Control de escape de bilis.
- El drenaje postoperatorio óptimo después de reparaciones complejas es por el método de succión cerrada. Pero si la lesión es menor, de grados I y II, no se requiere colocar drenajes, y tampoco se colocan drenajes cuando se ha empleado la técnica de empaquetamiento perihepático.

En caso de ser necesario se aplicará la Cirugía de Control de Daño.

CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑO, INDICACIONES (7)

1. Hemorragia exanguinante en paciente con hipotensión, acidosis y coagulopatía.
2. Incapacidad para obtener hemostasia directa (pélvica, venosa, hepática)
3. Incapacidad para cierre primario de la pared, sin tensión.

Referencias Bibliográficas

1. Asensio JA, Demetriades D, Chahwan S. Approach to the management of complex hepatic injuries. *Journal of Trauma* 2000; 48: 66.
2. Asensio JA, McDuffie L, Petrone P y col. Reliable variables in the exanguinated patient which indicate damage control and predict outcome. *Am J Surg* 2001; 182: 743-51

3. Dutton RP. Initial resuscitation of the hemorrhagic patient. En: Speiss B, Shander A. Ed. Perioperative transfusion medicine. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2005
4. Edler L. Die traumatischen verletzungen der parenchymatosen unterlicborgane. Arch Klin Chir. 1886-1887; 34:343; 573-8.
5. Ferrada R. and Birolini D: New concepts in the management of patients with penetrating abdominal wounds. Surg Clin North Am 1997; 77: 1331-56.
6. Franklin GA, Casós SR. Current advances in the surgical approach to abdominal trauma. Injury Int J Care Injured. 2006;37:1143-56.
7. González-Castro A, Suberviola B, Holanda MS, et al. Traumatismo hepático. Descripción de una cohorte y valoración de opciones terapéuticas. Cir Esp. 2007;81:78-81.
8. Johnson J, Gracias V, Gupta R, y col. Hepatic angiography in patients undergoing damage control laparotomy. J Trauma 2002; 52:1102-6
9. Kushimoto S, Arai M, Aiboshi J, y col. The role of interventional radiology in patients requiring damage control laparotomy. J Trauma 2003; 54: 171-6
10. Moore E, Cogbill T, Jurkovich G, et al. Organ injury scaling: spleen and liver (1994 revision). J Trauma. 1995;38:323-4.
11. Pringle JH. Notes on the arrest of hepatic hemorrhage due to trauma. Ann Surg. 1908;48:541-8.
12. WALKER R I. The pathophysiology of combined injury and trauma XV—XVI, University Park Press, Maryland, 1995.