

## Hematoma subcapsular del hígado de origen traumático en el niño \*

Dra. ELIDA MURGUIA DE ROSO \*\*

Entidad extraordinariamente rara dentro de la enorme frecuencia y variedad de los traumatismos de abdomen en el niño.

En diversas oportunidades nos hemos ocupado de distintos aspectos o traído a esta Sociedad observaciones de nuestra experiencia personal sobre traumatismo de abdomen en el niño.

Creemos que es de particular interés el conocimiento de ciertos tipos de trauma que requieren un tratamiento determinado, sin el cual el paciente corre grave riesgo.

Los traumatismos del hígado generalmente se acompañan de rotura de la cápsula de Glisson, y el hemoperitoneo tiene una expresión clínica: la reacción peritoneal, que unida a los demás componentes clínicos, permite hacer el diagnóstico de "lesión quirúrgica" aun cuando exactamente no se sepa cuál es.

Pero cuando la cápsula de Glisson resiste, lo cual como ya dijimos no es lo habitual, los síntomas peritoneales faltan, y si la hemorragia no es importante no se instala la anemia aguda, todo lo cual permite diferir la intervención, y cuando secundariamente se rompe la cápsula del hígado puede el paciente descompensarse rápidamente sin que pueda actuar a tiempo. De ahí la gravedad de este tipo de trauma.

Los traumatismos subcapsulares del hígado pueden adoptar tres variedades anatomopatológicas: 1º) *hematoma subcapsular superficial*; 2º) *roturas parenquimatosas subcapsulares*; y 3º) *hematoma central*. Cada una de ellas tiene características particulares y distinta evolución, cuya gravedad está dada para cada tipo por los elementos que muy brevemente expon-dremos.

1º) *Hematoma subcapsular superficial*.— Es muy raro. Se origina en una pequeña contusión que provoca un deslizamiento de la cápsula sobre el parénquima. La pequeña hemorragia colectada produce un nuevo desprendimiento capsuloparenquimatoso y así puede hacerse una importante colección. Tiene la particularidad de no ser tan grave como las otras, y aun si se rompe en peritoneo libre puede no ser mortal. Su gravedad está dada, según lo demostrara experimentalmente en 1949 Clivio Nario, por la compresión del parénquima y la isquemia, que pone en circulación sustancias de alta toxicidad capaces de producir el paro cardíaco.

2º) *Roturas parenquimatosas subcapsulares*.— Si son pequeñas pueden pasar desapercibidas, porque el cuadro clínico inicial no es tan agudo y puede no referirse el sufrimiento posterior al traumatismo. Si la lesión hepática es mayor, el cuadro es mucho más grave y la rotura de la cápsula de Glisson da una rápida descompensación, constituyen la clásica rotura en dos tiempos.

Si la cápsula no se rompe y el enfermo se opera y no se explora lesión, evacuándose el hematoma y suturando el hígado, se suman los efectos y la evolución suele ser desfavorable.

3º) *Hematoma central*.— Es una de las formas más graves y desde los trabajos de Sandblom se conoce su forma de evolución: la hemobilia traumática. El hematoma puede pasar desapercibido al más minucioso examen del hígado durante la intervención, ya por exploración manual o por punción. Sin embargo, las lesiones de los vasos sanguíneos y de los conductos biliares y del propio parénquima llevan a la necrosis de nuevas zonas, originándose importantes hemorragias intrahepáticas

\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 27 de julio de 1966.

\*\* Cirujano de Guardia del Hospital Pereira Rossell. Larrañaga 2916, Montevideo.

que se vierten a las vías biliares y de éstas al tubo digestivo. Dolor abdominal, hematemesis y melenas profusas, desorientan el diagnóstico. Sólo el tratamiento quirúrgico, con la degravitación de las vías biliares, puede lograr la curación. Más excepcional es el hallazgo de la cavidad, que permita la toilet de la misma.

En la casuística nacional hemos encontrado muy pocas observaciones. En 1936, Otero y Echegorri presentaron la observación de un niño de 14 años que en la intervención se encontró un enorme hematoma subcapsular que no abrió, dada la gravedad del paciente, que finalmente falleció.

En 1956, Cesalino Silveira, relator del tema "Traumatismos de abdomen", cita una observación de Errandonea y Amorim (de Salto), de un joven de 16 años, convenientemente tratado, con drenaje del hematoma y sutura de la brecha hepática, que evolucionó bien.

En el mismo relato, aporta Pradines una pieza de autopsia con un voluminoso hematoma subhepático, roto secundariamente, con hemoperitoneo, anemia aguda y muerte.

En 1963 ingresó al Instituto de Pediatría una niña con síndrome funcional respiratorio, por un proceso de la base derecha, dolor de H.D., fiebre y anemia importante. Quince días antes se cayó de un caballo, pero no se relacionó este accidente con su enfermedad.

Finalmente se comprobó una deformación del reborde costal por una tumoración hepática. Intervenida por el Dr. Arrutti, encontró una cavidad intrahepática del lóbulo derecho, no muy grande, que contenía coágulos sanguíneos envejecidos.

Taibo presentó en esta Sociedad el primer caso de hemobilia traumática, en una niña.

Nuestra observación corresponde a la forma de hematoma subcapsular superficial y su historia es la siguiente:

R. V., 8 años. Ficha 13.922. Procede del Paraje Las Violetas (Canelones). Ingresó el 23-II-1965. Alta el 5-III-1965.

Llega al Servicio de Urgencia del Hospital Pereira Rossel a la hora 14. El día anterior, mientras caminaba, tropezó y cayó sobre un cajón vacío, golpeándose en el hipocondrio derecho. Se levantó sola y caminó sin molestias. No tuvo pérdida de conocimiento, ni mareos. Tuvo dolor de mediana intensidad. Almorzó poco y se acostó a dormir la siesta. Cuando se levantó se quejaba de dolor en el hipocondrio

derecho si se tocaba, pero no espontáneamente. A la hora 20 se acostó porque estaba decaída y le dolían las piernas. Tenía buen color. Se despertó de madrugada, tuvo un vómito de alimento y continuó molesta. De mañana, a las 8 horas, la madre la notó pálida, se levantó para ir al médico y en este momento tiene mareos, y su palidez es intensa. La madre le nota un bulto doloroso, visible y palpable en el hipocondrio derecho, que estaba segura no lo tenía anteriormente. Fue vista por médico en el Hospital de Canelones, donde le hicieron una placa y la enviaron en ambulancia a Montevideo.

*Examen* (Dra. Elida Murguía de Roso): Deprimida, intensa palidez de piel y mucosas. Taquicardia de 130'. P.A.: máxima 5; mínima no se percibe.

*Abdomen*: Inspección: abombamiento marcado de H.D., donde se visualiza una tumefacción que sigue los movimientos respiratorios, que despiertan dolor. El resto del abdomen se moviliza bien.

*Palpación*: La tumefacción forma cuerpo con el hígado, cuyo borde inferior se palpa por debajo. Es sumamente dolorosa, de límites difusos, superficie lisa, regular; forma cuerpo con el hígado. Mide unos 8 cm. transversalmente y hacia arriba se pierde debajo del reborde costal. Resto del abdomen: normal a la palpación.

*Percusión*: Es mate. Sonoridad cólica desplazada hacia abajo.

*Rayos X*: El colon derecho está desplazado hacia abajo por una tumoración redondeada que forma cuerpo con el hígado. Sus límites son netos hacia abajo, arriba se confunde con la sombra hepática.

*Diagnóstico clínico*: Hematoma subcapsular del hígado, con la reserva de que siendo dicha entidad desconocida entre nosotros, podría ser un quiste hidático sufriendo a raíz del traumatismo. La clínica y la radiología eran compatibles con dicho diagnóstico, aunque le sobraba el cuadro de anemia aguda y le faltaban los accidentes de alergia que habitualmente acompañan la rotura de un quiste hidático.

*Operación* (23-II-1965, hora 19). Dra. Elida Murguía de Roso; Pte. Tomasco; anestesia general, Pte. Pidoux. Incisión subcostal derecha. Al llegar al peritoneo se ve por transparencia una tumoración azulada que se desplaza con el hígado. Abierto el peritoneo, no hay sangre libre ni líquido de otra naturaleza. La tumoración corresponde a un enorme hematoma subcapsular del lóbulo derecho del hígado, que emerge de la superficie ocupando la cara anterosuperior y posterior del mismo.

Se incide la cápsula cerca del límite anterior del hematoma. Sale sangre líquida a chorro, y luego coágulos oscuros que se aspiran. La superficie externa del hígado sangra en napa, en discreta cantidad. La cápsula de Glisson tiene un extenso decolamiento sobre la zona descrita.

Lavado con suero fisiológico. Se coloca spongiostan y se mecha, sacándose el drenaje por contraabertura. Resto del hígado y bazo, normales. Cierre de la pared por planos. Sangre I.O. 800 c.c.

*Postoperatorio:* Subfebril el 3º y 5º días, resto apirética. Se mantuvo la venoclisis con 500 c.c. de suero glucofisiológico más 500 mg. de terramicina a 15 gotas por minuto. Oxígeno nasal.

El día 24, con motivo de su traslado a sala general sentada, hace un cuadro de hipotensión con mareos e intensa palidez. Sangre 500 c.c. y luego 500 c.c. de suero glucofisiológico con terramicina 500 mg. A la hora 19 el abdomen está discretamente distendido, por lo cual se indica ½ c.c. de prostigmine y 1 c.c. de bepanthene. Se coloca sonda rectal, expulsando abundantes gases.

El 4-III, o sea ocho días después de la intervención, se hace anestesia general y se extrae la mecha.

Al día siguiente es dada de alta en buenas condiciones.

## RESUMEN

Se presenta una observación de un hematoma subcapsular superficial del hígado, de origen traumático. La tumoración y la anemia aguda se instalan progresivamente después del accidente.

Se trata de una niña de 8 años.

Se revisa la casuística nacional y se comentan las distintas variedades de los traumas subcapsulares del hígado, su gravedad y la conducta a seguir.

## RÉSUMÉ

On présente une observation sur un hématome subcapsulaire superficiel du foie d'origine traumatique. La tumeur et l'anémie aigue s'installent progressivement après l'accident.

Il s'agit d'une fillette de 8 ans.

On revise la casuistique nationale et on commente les distinctes variétés de traumatismes subcapsulaires du foie, leur gravité et la marche à suivre.

## SUMMARY

A case of superficial subcapsular hematoma of the liver in an 8 year oldchild, of traumatic causation, is reported upon.

The tumor mass and the acute anemia set in progressively after the accident.

A survert is carried out of similar cases reported in Uruguay and of the different varieties of sub-capsular injury of the liver, its degree of severity and the best approach to the problem.

## BIBLIOGRAFIA

1. NARIO, CLIVIO N. Traumatismos subcapsulares del hígado. *A. de Cir.*, v. 8, 6: págs. 988 y sig., junio de 1949.
2. OTERO y ECHEGORRI. Citados por Nario.
3. SILVEIRA, CESALINO. Traumatismos de abdomen. *VII Congreso Urug. de Cirugía*, tomo 1: Obs. 59, 1956.
4. PRADINES, JORGE C. Correlato del anterior. *Anatomía patológica*, pág. 239 y sig.
5. ARRUTI, CÉSAR. *Hematoma subcapsular crónico del hígado en un niño*. Ateneo del Inst. de Pediatría, julio de 1961.
6. TAIBO, W. Hemobilia traumática en una niña. *Bol. de la Soc. de Cir.*, 1964.
7. MURGUÍA DE ROSO, ELIDA. Traumatismos de abdomen en el niño. Estadística sobre 93 obs. *Bol. de la Soc. de Cir.*, 1964.