

FIG. 2.

Postoperatorio.—Sale de sala con 100 mms. de Hg. de P.A. y pulso lleno con taquicardia de 110 p.m. Por el paro cardiaco se le mantiene intubada. Por estudio de los gases en sangre se comprueba una hipoxia con acidosis (Ph. 7.32). Se hace ventilación apoyada. Se corrigen los disturbios electroliticos.

A las 48 hs. ha mejorado el cuadro metabólico. Se mantiene con ventilación intermitentemente apoyada y nebulización. Se continúa con alimentación parenteral, con albúmina, plasma y glucosa. No se comprobó bilirragia por los drenajes subfrénico ni subhepático.

Al 5º día comienza a alimentarse por vía oral al mismo tiempo que se sobrealimenta parenteralmente. El drenaje coledociano se estabilizó en 200 c.c. diarios. Presenta ictericia con predominio de bilirrubinemia indirecta que alcanzó 4 mgrs. disminuyendo luego paulatinamente.

La proteinemia se mantiene baja: 4.70 grs. con disminución franca de la albúmina (2.9) difícil de corregir.

Se retiró el tubo de tórax al 4º día.

El drenaje subhepático se retiró al 13er. día. A los 15 días se realizó colangiografía por el drenaje del coledoco (Fig. 1).

A los 20 días se retiró el drenaje subfrénico grueso.



FIG. 3.

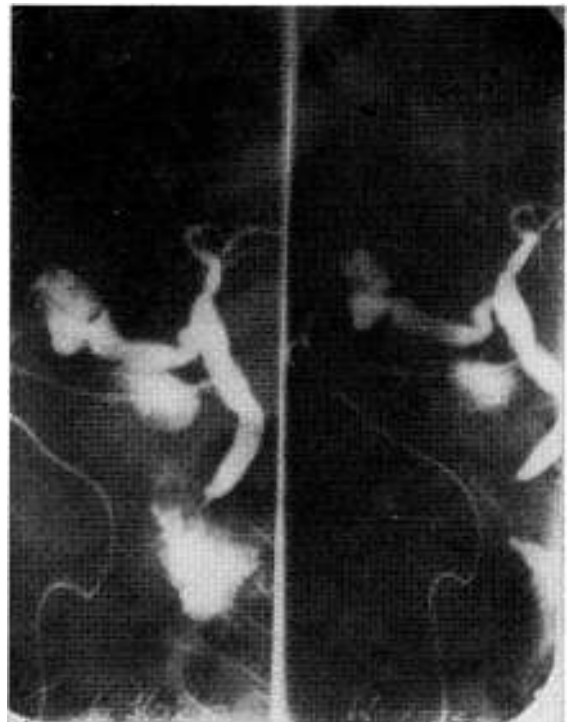


FIG. 4.



FIG. 5.

A partir de la tercera semana realiza cuadros febriles. Por el estudio radiológico simple de abdomen y tórax, se planteó la posibilidad de un absceso subfrénico. Al mes es reintervenida, comprobándose una pequeña colección purulenta que se asienta alrededor de una gasa olvidada en la operación anterior. Luego de la reoperación apareció una bilirragia de 100 c.c. diarios por el tubo subfrénico que fue colocado nuevamente, la que persistió por 35 días.

La paciente fue dada de alta luego de una arteriografía selectiva (Fig. 4) del tronco celiaco a los 100 días de la primera operación en perfectas condiciones, sin restricción de alimentos, habiendo ganado 10 kilos de peso con pruebas funcionales hepáticas normales.

COMENTARIOS

Mostramos este caso y su documentación con el único fin de recalcar la conducta sobre la cual se insiste en otros medios con una mayor experiencia en traumatismos hepáticos.

La hepatectomía derecha es una operación rápida y relativamente sencilla que debe utilizarse en los traumatismos hepáticos graves.

Permite además el total dominio de la cava retrohepática, que con frecuencia también resulta lesionada en este tipo de traumatismos.

Su morbilidad si no median hechos ocasionales como en nuestro caso, es baja, y, lo que es fundamental brinda al herido una terapéutica definitiva ante lesiones por proyectiles de alta velocidad, las que tratadas por otros procedimientos tienen, en nuestra experiencia, alto porcentaje de complicaciones.

RESUMEN

Preséntase un caso en que se realizó una hepatectomía lobar derecha por traumatismo grave y abierto de hígado, analizando su evolución y documentación.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas où fut pratiquée une hépatectomie lobaire droite, en raison d'un traumatisme grave et ouvert du foie. Analyse de l'évolution et de la documentation correspondantes.

SUMMARY

Description of right hepatic lobectomy due to serious open traumatism of liver. The paper analyzes its evolution.

BIBLIOGRAFIA

1. FOSTER, J. H., LAWLER, M. R. WELBORN, M. B. HOLCOMB, G. and SAWYERS, J. L. Recent experience with masiv hepatic resection. *Ann. Surg.*, 167: 651, 1968.
2. MAYS, T. Complex penetrating hepatic wounds. *Ann. Surg.*, 173: 421, 1971.
3. PILCHER, D. Penetrating injuries of the liver in Viet-Nam. *Ann. Surg.*, 170: 793, 1969.
4. TUNG, T. T. et QUANG, N. D. L'Hepatectomie réglée par ligature vasculaire transparenchymateuse. *La Presse Medicale*, 73: 3015, 1965.

DISCUSION

Como aporte al trabajo del Dr. Torterolo, el Dr. L. Mérola (h.) presenta un trabajo escrito por su padre el Prof. L. Mérola en 1926 a propósito de las exéresis del lóbulo derecho del hígado.

PROF. L. MÉROLA (Padre). 1926.— La extirpación del lóbulo derecho del hígado es anatómicamente posible. Su operación debe realizarse de acuerdo con la técnica siguiente: con el borde superior de la sección del diafragma se cierra la pleura, suturándose a la pared.

1º) La incisión, no solamente de elección sino de necesidad, debe ser una amplia toracalaparotomía derecha, tal como nosotros la hemos descrito, y de la que parece que, a pesar de los nuevos autores del procedimiento, que no conocen su alcance, no se aprecia todavía el fruto que puede dar a la Cirugía.

2º) Después, segundo tiempo: efondrement (necesito la palabra francesa, pues para el que conoce la anatomía del peritoneo hepático es la justa) de la hoja superior del ligamento coronario.

3º) A diferencia del anterior, sección a bisturí o tijeras de la hoja inferior del ligamento coronario y triangular derecho; tanto esta sección como el efondrement deben ser prolongados hasta el nivel de la sección del ligamento suspensor.

4º) Hemostasis provisoria por medio de una pinza blanda, a nivel del pedículo hepático.

5º) En un quinto tiempo sería necesario cortar el ligamento suspensor del hígado, lo que puede permitir una amplia movilización y la casi exteriorización de la viscera, retenida ahora solamente por la charnela de los vasos cava y suprahepáticos, el ligamento coronario izquierdo y el pequeño epiplón.

6º) Será el momento ahora de seccionar el lóbulo, de manera tal que a partir de la sección del ligamento suspensor en la cara superior, atraviase oblicuamente el lóbulo para que llegue la sección a la cara inferior respetando los tres elementos del lado izquierdo de la bifurcación a nivel del hilio hepático y alejándose en lo posible del nivel de desembocadura de la suprahepática derecha. La dificultad nace porque siendo dos los lóbulos por la cara superior del hígado, son tres o cuatro en la cara inferior.

La hemorragia que puede presentarse en este momento, no la imagino en el vivo: pero pudiera ser tal como para que esta operación presentase el aspecto de