

## CIRUGIA DE URGENCIA

### *Hematoma subcapsular de hígado*

Dres. VICTORIANO RODRIGUEZ DE VECCHI y MUZIO S. MARELLA \*

El hematoma subcapsular de hígado es una forma anatomoclínica de traumatismo hepático bajo la cual éste se presenta raramente.

En trabajos en que se analizan series extensas de traumatismos hepáticos (1, 3, 5, 6, 9, 15, 16) no se menciona esta posibilidad o se cita teóricamente sin incluir ningún caso. En un análisis realizado por uno de nosotros (14) en que se estudiaron 114 casos de traumatismo hepático, sólo se presentó un caso de hematoma subcapsular traumático de hígado.

En general, por otra parte, las publicaciones señalan que su presentación —siempre poco frecuente— es posible en el niño (2) pero muy rara en el adulto.

Estas son las consideraciones que nos han llevado a la presentación de este caso.

#### DEFINICION Y PATOLOGIA

Hemos observado con cierta frecuencia que en las descripciones operatorias, y aun en algunos trabajos, se confunde el hematoma subcapsular de hígado provocado por traumatismos con los hematomas intraparenquimatosos del mismo origen. En nuestro medio Nario (10), Piquinela (12) y Pradines (13) han establecido acertadamente las características anatomopatológicas de esta entidad. En ella la cápsula de Glisson permanece intacta —al menos al comienzo— y es distendida por el hematoma que se origina en las lesiones de las zonas subyacentes del parénquima hepático (10). El lóbulo derecho es el más afectado (12). El hematoma puede infectarse (8) o romperse hacia la cavidad abdominal (11) como en el caso que presentamos, o ir a la reabsorción (11) o la fibrosis (4) dejando un pseudo quiste, o aumentar progresivamente o por crisis y dar una hemorragia en la cavidad peritoneal horas después del traumatismo, como en nuestro caso, o días más tarde.

La forma de presentación clínica de un hematoma subcapsular de hígado puede no diferir sustancialmente de otras formas anatómicas de traumatismo hepático, pero es conveniente señalar que en tanto no haya efracción de la cápsula de Glisson naturalmente estarán ausentes los signos de derrame hepático.

Los signos de shock pueden faltar o ser poco evidentes o por el contrario dominar el cuadro clínico como en un caso relatado por Otero (11).

El dolor espontáneo y provocado en el hipocondrio derecho es el síntoma más constante y se señala como frecuente el dolor irradiado al hombro derecho (8).

Se ha destacado que la radiología puede ser de valor al mostrar un ascenso del hemidiafragma derecho y después de unos días en los que van a la organización calcificaciones en la proyección hepática (4). No hemos encontrado en cambio mencionado el aspecto radiológico que se observó en el caso que presentamos, y sobre el que nos extenderemos más adelante.

#### OBSERVACION CLINICA

O. R. 20 años. Unas 14 horas antes del ingreso, mientras jugaba al fútbol, recibió un puntapié en el hipocondrio derecho. Quedó dolorido. Al día siguiente, en horas de la mañana, ingresó al H. Maciel por dolor en hipocondrio derecho, sin cuadro de anemia aguda. En la tarde de ese día, algo más de 24 horas del traumatismo, tiene intenso dolor en hipocondrio derecho y en el examen se comprueba que se trata de un enfermo inquieto, ansioso, dolorido, con claros signos de shock por anemia aguda. Pulso fino, de 130 p. m. En el abdomen se aprecia tumoración visible que desaparece con la contracción de los músculos rectos. Hematocrito de 30 %. Glóbulos rojos 3.700.000. Hb 64 %. Leucocitosis 15.900. Estudio radiográfico: se aprecia una diferencia entre las radiografías tomadas en horas de la mañana (fig. 1) y las tomadas horas después de la exacerbación del dolor (existe un aumento de opacidad del hipocondrio derecho y la fosa iliaca derecha y un descenso de la imagen gaseosa del ángulo derecho del colon (fig. 2).

*Intervención.*— Incisión transversal derecha superior. Se comprueba gran hemoperitoneo. Se extrae abundante cantidad de coágulos. En el hígado, en el lóbulo derecho, existe una ruptura que hace que la cápsula de Glisson se haya levantado en una gran porción de su borde anterior, hacia arriba, como una cortina (figura 3). El parénquima hepático está lesionado a ese nivel, cubierto por coágulos, algunos fáciles de extraer y los demás adheridos, razón por la cual no se movilizan. Se procede a la sutura de la cápsula de Glisson al borde anterior, cubriendo así con la cápsula, toda la zona lesionada del parénquima hepático (fig. 4). Se deja tubo de drenaje en la logia subhepática. Cierre

Tiene muy buen postoperatorio, sin ningún incidente. Se extrae el drenaje al 3er. día. Alta al 8º día.

#### COMENTARIO

Creemos que este enfermo presentó, en forma excepcional, lo que es de relativa frecuencia observación en los traumatismos esplénicos: hematoma subcapsular, hematoma perivisceral y extensión del hematoma en la cavidad peri-

\* Asistente de Clínica Quirúrgica. Prof. Adj. de Cirugía (Fac. Med. Montevideo).

Trabajo de la Clínica Quirúrgica Prof. J. E. Cendán. Presentado el 12 de octubre de 1972.

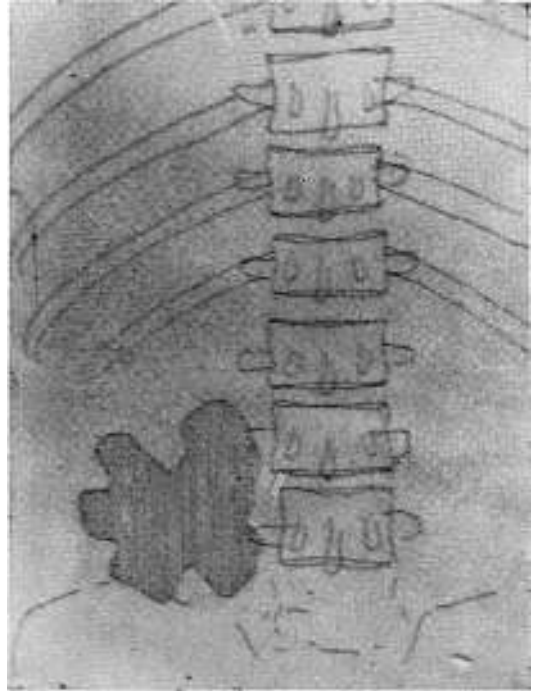


FIG. 1.— En las radiografías tomadas después del traumatismo el ángulo der. del colon aparece en su posición normal

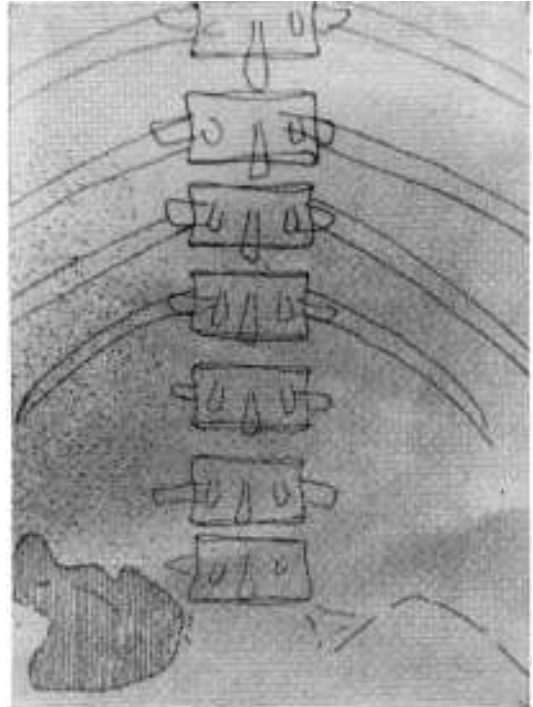


FIG. 2.— Después de la exacerbación del dolor las radiografías simples de abdomen muestran descenso del ángulo derecho del colon.

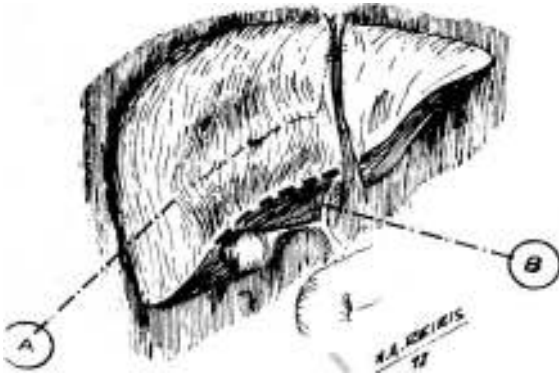


FIG. 3.—En la intervención se comprobó la cápsula de Glisson levantada en una gran porción de su borde anterior.

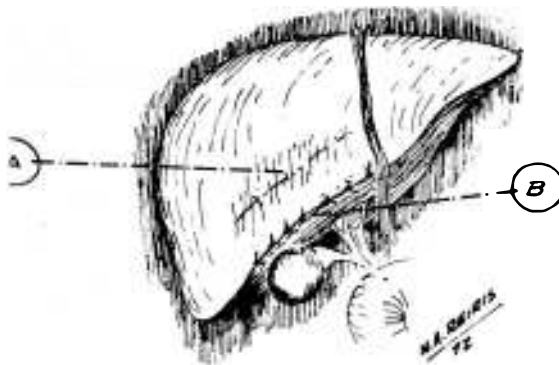


FIG. 4.—Se suturó la cápsula de Glisson al borde anterior del hígado.

toneal. Puede discutirse en nuestra observación la etapa de hematoma perihepático, pero creemos que de no aceptarse ésta es difícil explicar el aspecto radiológico que muestra la segunda radiografía simple del hipocondrio derecho (claro descenso de la imagen gaseosa del ángulo derecho del colon). Este signo radiológico, así como el desplazamiento en el estudio contrastado del estómago hacia la izquierda, se ha encontrado en los hematomas intraparenquimatosos de mediano y gran volumen, pero no lo hemos visto señalado en los hematomas subcapsulares. Pensamos que a partir de la efracción de la cápsula, siendo ésta al principio pequeña, pudo formarse un verdadero hematoma perihepático que desplazó el colon hacia abajo y rápidamente se generalizó.

Deseamos señalar por otra parte el aspecto de táctica quirúrgica, ya que la excepcionalidad de esta forma anatomoclínica, sobre todo en el adulto, hace que este aspecto sea soslayado o brevemente analizado.

En nuestra observación no existía hemorragia activa en el momento de la intervención y por ello nos limitamos a extraer los coágulos fáciles de desprender, respetando aquellos adheridos en amplia extensión a la superficie desperitonizada del hígado. Teniendo en cuen-

ta que en estos casos lo que provoca la hemorragia son pequeños vasos, en una amplia zona. En casos de hemorragia presente al momento de operar se debe renunciar a hemostasis por sutura y recurrir, como lo recomiendan Madden y Kennedy (6, 7) para superficies hepáticas de similares características, a la hemostasis por compresión transitoria, con compresas tibias, mantenidas durante varios minutos. Sólo fracasando esta maniobra, lo que no es muy probable que ocurra, podría ser necesario en algún punto efectuar hemostasis por electrocoagulación. En todo caso tratándose de superficies más limitadas debe proscribirse la aplicación de sustancias celulósicas que se han demostrado fehacientemente inútiles cuando no perjudiciales (6). Recubrir toda la superficie cruenta con la propia cápsula de Glisson desprendida, parece un gesto útil para evitar zonas de desperitonización y tampoco lo hemos encontrado mencionado.

Por último subrayamos la utilización del imprescindible avenamiento externo. En este caso fue posible retirarlo a los pocos días, pero después de los trabajos de Madden y Kennedy (6) parece una seguridad que no es conveniente omitir.

## RESUMEN

A propósito de un caso de hematoma traumático subcapsular de hígado, se señala la rareza de esta forma anatomoclínica de traumatismo hepático, realizando consideraciones patológicas y clínicas. Se analiza un aspecto radiológico (descenso del ángulo cólico derecho) no mencionado en la bibliografía consultada y se hacen consideraciones de táctica quirúrgica.

## RESUME

Il s'agit d'un cas d'hématome traumatique sous capsulaire du foie. On remarque la particularité de cette forme anatomo-clinique de traumatisme hépatique en analysant les remarques pathologiques et cliniques. On a analysé aussi un aspect radiologique (descent de l'angle colique droit) qui n'est pas mentionné dans la bibliographie consultée et on a réalisé des considérations de tactique chirurgicale.

## SUMMARY

This is the presentation of one case of a liver subcapsular traumatic hematoma. The authors remark the peculiar anatomic and clinic aspects of this liver traumatism and make patologic and clinical considerations about this case. They study a radiologic aspect (falling of the right colon angle) which has not been shown in the bibliography making considerations from surgery point of view.

## BIBLIOGRAFIA

1. BRITAIN, R. S. Liver trauma. *Surg Cl. N. A.*, 43: 433, 1963.
2. CORRIDEN, T. F. Sub capsular rupture of liver in child. *Surg.*, 8: 466, 1940.
3. CROSTHWAITH, R. W., ALLEN, J. E., MURGA, F., BEAL, A. C. and DE BAKKEY, M. E. The surgical management of 640 consecutive injuries of the liver in civilian practice. *S. G. O.*, 114: 650, 1962.

4. ECHEVARRIA, P. M. Heridas y contusiones de hígado. *XVI Congreso Uruguayo de Cirugía*, 1: 7, 1965.
5. LAMB, Ch. Rupture of the liver. *New England J. M.*, 221: 855, 1939.
6. MADDING, G. F. Injuries of the liver. *AMA Arch. Surg.*, 70: 748, 1955.
7. MADDING, G. F. and KENNEDY, P. A. Trauma of the liver. Saunders Co. Philadelphia. 1965.
8. MAINGOT, R. Abdominal operations. 3erth. Ed. Appleton Century Crofts Inc. N. Y. 1955.
9. MIKESKY, W. E., HOWARD, J. M. and DE BAKKEY, M. E. Injuries of the liver en 300 consecutives patints. *S. G. O.*, 103: 323, 1956.
10. NARIO, C. V. Traumatismos subcapsulares del hígado. *Anales de Cirugía*, 8: 988, 1949.
11. OTERO, J. P. Hematoma subcapsular del hígado. Shock mortal. *Bol. S. Cirug. Urug.*, 7: 209, 1936.
12. PIQUINELA, J. A. Las rupturas traumáticas del hígado. *Anales Fac. Med. Montevideo*, 43: I, 1958.
13. PRADINES, J. C. Anatomía patológica (Correlato al tema Traumatismos del abdomen). *VII Cong. Urug. Cirugía*, 1: 236, 1956.
14. RODRIGUEZ DE VECCHI, V. Traumatismos hepáticos (inédito). 1968.
15. SPARKMAN, R. S. and FOGELMAN, M. J. Wound of the liver. *Ann. Surg.*, 139: 690, 1954.
16. YRBAS, O., JORGE, F. M., GAIMBATTI, CUFRE, E. Heridas de hígado. 70 casos. *34º Congreso Argentino de Cirugía*, 368, 1963.

## COMENTARIOS

DR. BARQUET.—Deseo aportar un caso al tema traído por el Dr. Rodríguez de Vecchi. En el año 1955 tuvimos ocasión de ver un caso bastante similar, en el sentido de la evolución que tuvo el enfermo.

Ingresó en la guardia del día anterior por traumatismo de moto, un joven de 20 y pocos años. La guardia lo estudió pero no encontró un motivo que justificara una intervención quirúrgica. En la mañana, cuando nosotros ingresamos en nuestra sala, el enfermo recién comenzaba a tener anemia, aparte del dolor en el hipocondrio derecho, sobre la cara anterolateral, en donde se podía comprobar una pequeña erosión a la altura de la séptima y octava costillas, línea axilar. En la evolución de las horas de la mañana, mientras nosotros estábamos en la sala de operaciones, cuando volvimos notamos, y esto es lo interesante del caso, que el enfermo se anemizaba cada vez más aunque sin entrar en shock, presentando una pequeña reacción peritoneal que obligó a un estudio más profundo y en este caso la punción peritoneal retira sangre lo que confirma el diagnóstico.

No se le hizo ningún otro estudio y fuimos a la intervención con el diagnóstico de contusión y ruptura del hígado con hemoperitoneo.

Lo interesante del caso en el acto operatorio, es que mostraba un voluminoso hematoma subcapsular sobre la cara anterosuperior del lóbulo derecho del hígado limitado por el ligamenta falciforme, que presentado un pequeño orificio en la cápsula de Glisson, del cual salía sangre como si fuera una jeringa inyectando a través de una aguja fina. Eso fue lo más llamativo.

Bueno, la táctica operatoria consistió en lo que más  
● menos dijo el relator, se abrió más la cápsula, se

colocaron compresas calientes y como a pesar de todo no retrocedió en forma total se le dejó un drenaje. La cápsula de Glisson se hallaba desprendida, "despegada" del hígado cuya superficie se mostraba rojiza, despulida, emergiendo la sangre como "gotitas de rocío", pero no existían lesiones del parénquima hepático. La evolución fue buena.

Lo que es interesante, es precisamente la evolución de este enfermo. Haciendo un estudio retrospectivo llegamos a la conclusión que en la guardia del día anterior no presentaba mayores síntomas, y que el hematoma se fue constituyendo en forma progresiva, como consecuencia del traumatismo tangencial de la pared costal sobre la superficie hepática con desprendimiento de la cápsula de Glisson. Cuando la sangre derramada en esa "bolsa" fue abundante y ejerció presión, la cápsula se perforó en la zona central más débil en forma de orificio puntiforme, por donde eyectaba la sangre en forma de inyección ya citada. Fue cuando se produjo el hemoperitoneo progresivo y la anemia que obligó al estudio y operación de emergencia.

DR. PORRAS.—Quiero agregar a lo relatado por los doctores Rodríguez de Vecchi y Barquet un caso en el que el hematoma subcapsular era una lesión secundaria pero de gran trascendencia.

Se trata de un enfermo con una historia similar en dos tiempos que jugando al fútbol, cae, y en el suelo recibe un rodillazo en el hipocondrio derecho.

Pasa bien las primeras horas. Ingresa al Servicio a las 24 horas con intenso dolor en hipocondrio derecho, epigastrio y en el hombro derecho, con una clara tumefacción en la zona hepática de la pared abdominal. El primer médico que lo vio hizo diagnóstico de hematoma de la vaina de los rectos.

La semiología física era clara de tumoración hepática. Pensamos, un poco por desconocimiento del tema, en un hematoma subcapsular, pero nos inclinamos más por un Q.H. de hígado en sufrimiento por el traumatismo.

Realizamos una amplia laparotomía. No encontramos hemoperitoneo. Un enorme hematoma subcapsular ocupaba prácticamente toda la cara superior del lóbulo derecho, infiltraba el ligamento falciforme, separaba sus 2 hojas, y se continuaba hacia la cara subhepática decolando la cápsula de Glisson que estaba intacta.

Se clameó el pedículo hepático. Seccionamos la cápsula y evacuamos gran cantidad de coágulos. Explorando cuidadosamente la superficie del hígado, encontramos una pequeña fisura, de unos 4 cm., en la parte superior y lateral del lóbulo derecho. Al ampliarla existía un amplísimo foco de contusión intrahepático.

Hicimos la hemostasis de algunos gruesos vasos que sangraban profusamente. Terminamos la intervención con mechado de la cavidad, gruesos drenajes perihepáticos y coledocotomía.

La evolución fue satisfactoria, no hubo abceso postoperatorio, hemorragia secundaria o bilirragia aunque la colangiografía de control mostró algunos canales abiertos en la zona de atricción.

Destacamos: 1) que la clínica fue igual en 2 tiempos; 2) que siempre se debe explorar el hematoma buscando una lesión primitiva de la glándula.