

Hematoma subcapsular de hígado

Dres. Agustín Fronzuti, Alfredo Armand Ugón,
Br. Carlos Carrera y Dr. Roberto Perdomo

Los autores estudian una observación de un hematoma subcapsular de hígado roto, con gran superficie cruenta hepática. Consideran de interés destacar los siguientes puntos: a) la utilidad de la paracentesis como recurso diagnóstico, b) la ventaja del empleo de incisiones transversas, que permiten un amplio abordaje de las vísceras supramesocólicas, c) la hemostasis de la superficie cruenta mediante la aplicación de epiplón pediculado, cuando no es posible aproximar la cápsula, y d) el valor del cuidadoso control evolutivo del paciente en un centro especializado.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Liver / Injuries.

INTRODUCCION

Los traumatismos de hígado tienen gran importancia por su gravedad, su frecuencia en ascenso, y su elevada morbimortalidad.

De ello surge la necesidad para el cirujano de urgencia de conocer una serie de procedimientos en su manejo que le permitan un adecuado tratamiento.

En nuestro medio los servicios de urgencia habitualmente carecen de estudios altamente especializados que permitan un correcto balance, diagnóstico, y efectivo plan terapéutico.

Es por ello que el cirujano debe practicar intervenciones quizás no muy ortodoxas que tienden en primera instancia a salvar la vida del traumatizado. Se utilizan así métodos hemostáticos efectivos que permitirán a posteriori un replanteo de la situación y una sanción terapéutica definitiva.

A continuación presentaremos una reciente experiencia vivida con un hematoma subcapsular de hígado roto que nos permitirá una ulterior discusión sobre aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

OBSERVACION CLINICA

N. V. 38 años. Sexo M. Nº 390.228. H. de Clínicas.
Ingresa por dolor abdominal posprandial, de aparición brusca, de moderada intensidad, localizado en

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 1º de diciembre de 1976.

Residentes de Cirugía, Practicante de Medicina y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: D'Azeglio 2010 A. Montevideo (Dr. A. Fronzuti).

Servicio de Emergencia. Hospital Maciel. Montevideo.

epigastrio, que se generaliza a todo el abdomen, predominando en epigastrio e hipocondrio derecho. Concomitantemente vómitos de alimentos, chuchos de frío, y mareos que persisten y se acentúan, motivo por el que consulta en Emergencia del H. Maciel.

A.P. Obrero frigorífico, niega todo traumatismo previo.

Al examen: pálido, bien hidratado, T.R. 38º, P.A. 13/8; pulso 100/m.

Abdomen que duele espontáneamente en zona referida, con depresibilidad, y dolor, sobre todo a nivel de la F.I.D., con dolor a la decompresión.

Una hora después aumenta el dolor y se localiza en el hipocondrio izquierdo, donde parece existir un aumento de la matidez esplénica.

Se deciden efectuar RX simple de abdomen y paracentesis diagnóstica:

1) RX: No hay signos de ocupación de la logia esplénica. Hepatomegalia.

2) Paracentesis: se obtiene sangre incoagulable.

Se establece el diagnóstico preoperatorio de *Hemoperitoneo espontáneo* por rotura de bazo o de aneurisma de la arteria esplénica, por tratarse de un paciente de sexo masculino, sin antecedentes traumáticos, y por razones de frecuencia (1,8).

Se disponen medidas de reposición y control y se decide su intervención quirúrgica.

OPERACION

Se aborda por incisión oblicua subcostal izquierda. En la exploración se comprueba hemoperitoneo importante, bazo indemne, y hematoma subcapsular del lóbulo derecho del hígado que sangra activamente.

Se amplía la incisión hacia la derecha en boca de horno, y se lleva hacia arriba y atrás siguiendo el 10º espacio intercostal derecho, sin abrir pleura.

Se comprueba gran decolamiento capsular que se inicia en cara anterior del segmento IV dirigiéndose hacia afuera y atrás hasta la zona prerrenal. Desgarro de la cápsula en toda su extensión, con parénquima hepático friable, sangrante y cubierto de coágulos (figura 1).

Se procede a suturar la cápsula de Glisson desde la comisura anterior del desgarro con puntos separados de catgut cromado Nº 2, en aguja de Hagedorn, tomando también como apoyo el parénquima hepático subyacente.

Luego de afrontar el desgarro en una longitud de 8 cms., se comprueba que la cápsula no viene por herniación del parénquima y los coágulos, y que se desgarran.

Se decide superponer franja de epiplón vascularizada en dicha zona, suturándola en la misma forma a la cápsula y parénquima (Fig. 2).

Se logra así una perfecta hemostasis con detención del sangrado activo. Se procede al lavado peritoneal, secado, y se deja como avenamiento un guante de goma con sus dedos abiertos en la zona epiploplastiada, que sale por contrabertura.

EVOLUCION

Se traslada el paciente al H. de Clínicas para su control ulterior.

Clínica y paraclínicamente cursa bien; y a las 48 horas instala cuadro de colapso con hipertermia, por lo cual se plantea reintervención por probable secuestro infectado, previo estudio arteriográfico y gammagráfico.

La gammagrafía (Fig. 3), es normal, y no se practica la arteriografía.

Se establece terapéutica de reposición y antibioterapia intensa. Se localiza y drena supuración parietal importante, recuperándose el paciente totalmente.

Es dado de alta al mes en buenas condiciones, salvo una cicatrización por segunda en la zona de la supuración parietal.

Un ulterior control gammagráfico a los 4 meses (Fig. 4), señala escotadura topografiada en la vertiente externa del domo hepático de extensión tanto an-

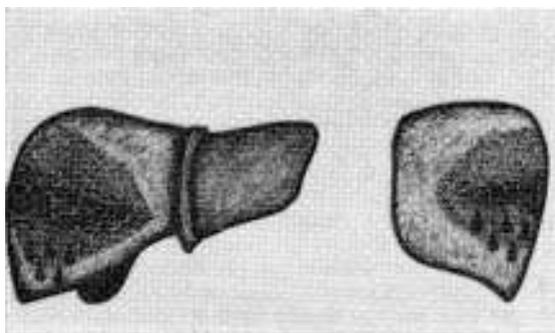


FIG. 1.— Vista esquemática (anterior y lateral) de la lesión hepática.

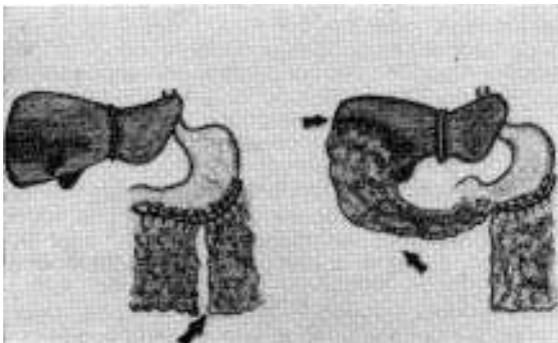


FIG. 2.— Esquema del procedimiento quirúrgico empleado.

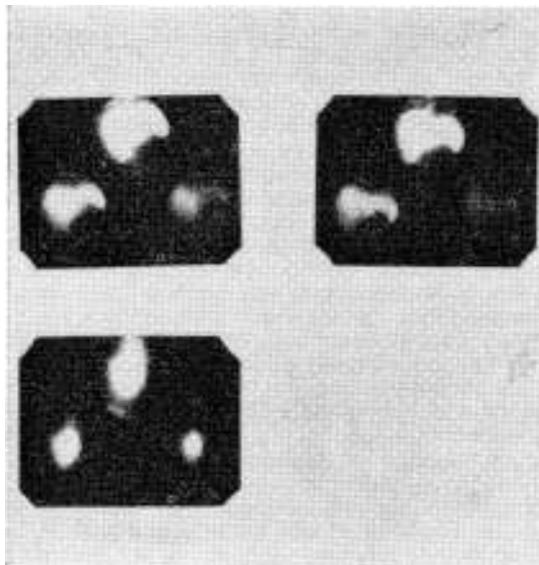


FIG. 3.— Centellograma hepático postoperatorio inmediato.

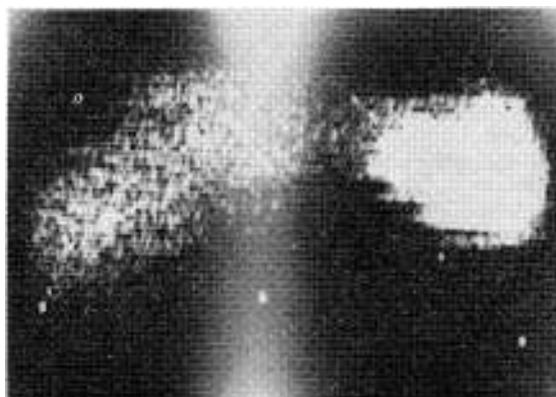


FIG. 4.— Centellograma hepático postoperatorio alejado.

terior como posterior. Se interpreta como provocada por la retracción de la franja epiploica de recubrimiento y la cicatrización en conjunto.

DISCUSION

Los hematomas subcapsulares de hígado son espontáneos o traumáticos según su etiología. Pueden cursar con indemnidad de la cápsula de Glisson, o se complican desgarro de la misma y sangrado al peritoneo. Esta eventualidad evolutiva puede ser inicial o manifestarse en dos tiempos (5, 6, 10).

Su frecuencia es variable, desde estadísticas en los que no figuran (2, 4); otras que los sitúan en el 0,3 % (3) hasta el 12 % (11).

En nuestro medio Nario (7) comunica hallazgo autopsico en pacientes con evolución fulminante; y Rodríguez De Vecchi (12) publi-

ca un caso en 1973 con buena evolución. Hacemos referencia al tema Piquinela (9), Pradines (10) y Valls (17).

Nuestro paciente, al ser reinterrogado en el postoperatorio refirió traumatismo de su hipocondrio derecho 20 días antes, al golpearse con una puerta. El episodio complicativo de la rotura y sangrado al peritoneo se instala clínicamente en dos tiempos. Etiquetamos de manera retrospectiva el caso como un hematoma subcapsular de hígado, traumático, con rotura en dos tiempos.

Los hematomas subcapsulares de hígado se producen por contusiones de tipo tangencial, o por desplazamientos laterales del hígado fijado por sus ligamentos. Se producen en personas jóvenes, en las cuales la cápsula de Glisson resiste, decolándose de la corteza hepática subyacente (17).

Si la cápsula permanece indemne inicialmente se puede llegar a su efracción secundaria por crecimiento del hematoma al aumentar su presión osmótica e infiltrarse por líquidos (10, 13, 17).

Nuestra observación responde a estas premisas, ya que ocurre en una persona joven, que recibe traumatismo tangencial, y que desgarró su cápsula a los 20 días.

Al no haber quedado establecido en el postoperatorio el antecedente traumático, y ante la evidencia de la paracentesis, se llegó a un error diagnóstico en lo etiológico, aunque se estableció una correcta conducta terapéutica.

Un párrafo aparte merece el comentario del valor de la paracentesis. Trunkey y col. (16), en una serie de 811 traumatismos de hígado efectuaron 78 paracentesis, obteniendo 17 falsos negativos, de los cuales 4 se hicieron positivos en una segunda punción, y los 13 restantes fueron positivos con lavado peritoneal. Creemos que los falsos negativos macroscópicos se hacen positivos por el simple procedimiento de proyectar en un portaobjetos el contenido de lo que queda en la aguja de la punción: paracentesis a mínima. Este procedimiento, preconizado por uno de nosotros, no nos ha dado falsos negativos, ni necesidad de recurrir al lavado peritoneal (1, 8).

En cuanto a los *abordajes*, abogamos por las incisiones transversas frente a las verticales en este tipo de cirugía de urgencia. Establecido el diagnóstico de hemoperitoneo, y ante la posibilidad de una lesión hepática o de bazo, es aconsejable emplear incisiones que puedan ensancharse transversalmente, y aún prolongarse hacia el tórax, permitiendo así dominar la víscera traumatizada, sobre todo el hígado en toda su extensión (5, 6, 17).

Ejemplo de lo expuesto es nuestra observación, donde, pese a abordar al paciente por la izquierda, el tipo de incisión permitió su extensión al hipocondrio derecho, y aún al tórax.

Otro punto es el que nos parece interesante detenernos en aquel que concierne a los *procedimientos operatorios*.

En cirugía hepática existen múltiples mecanismos por los cuales se puede obtener una hemostasis efectiva; desde la maniobra de Pringle, pasando por los mechados, suturas y

electrocoagulaciones; para llegar a las ligaduras vasculares y técnicas reseccionistas.

De acuerdo a la capacidad y experiencia del equipo actuante; de los medios de apoyo y diagnóstico coadyuvantes, y ajustando todo al hallazgo operatorio, se procederá a la elección y ejecución del plan terapéutico.

Los clampeos pediculares y la compresión energética del parénquima hepático ofrecen una rápida hemostasis para que el cirujano efectúe una correcta valoración lesional y adopte una conducta. No se trata más que de un procedimiento de manejo perentorio a efectos de una correcta exploración.

El mechado con sustancias heterólogas (gel-foam, compresas), puede ser útil como operación de salvataje, pero su ulterior retención puede llevar a infecciones severas que ponen en riesgo la vida del paciente (4, 17).

Las suturas del parénquima muchas veces no encuentran buen apoyo, más aún en un hígado traumatizado. Por otra parte, los puntos deben pasarse algo alejados y profundos, lo que puede acarrear lesiones iatrogénicas importantes.

Como elemento coadyuvante, o en lesiones de poca extensión, se puede emplear la electrocoagulación.

En el otro extremo de los procedimientos a que el cirujano puede recurrir, tenemos las operaciones de resección, que pueden incluso ser las únicas indicadas por razones de necesidad, y que ofrecen muchas veces un tratamiento integral lesional. Sin embargo, son intervenciones que plantean sus desventajas.

En efecto, exigen experiencia y destreza del cirujano actuante; posibilidad de terapia de apoyo y sostén pre, intra y postoperatoria; siendo por otra parte operaciones de una significativa mortalidad y considerable morbilidad, con postoperatorios siempre de difícil manejo, que exigen generalmente centros de tratamiento intensivo.

La falta de elementos especializados puede llevar a ejecutar una operación de gran enjundia que puede significar un exceso terapéutico que puede costarle la vida al paciente.

La utilización de un sector de epiplón mayor pediculizado, que mantiene su vitalidad, ofrece un excelente procedimiento hemostático al alcance de cirujanos de escasa experiencia en esta cirugía tan riesgosa como lo es la hepática.

Su aplicación queda limitada a los casos en que el sangrado es de origen venoso, ya que la presión del mismo sólo puede igualar la presión de la vena cava inferior, y para contrarrestarla mecánicamente el procedimiento es eficaz (14).

No hemos visto comunicada esta maniobra para el tratamiento de hematomas subcapsulares rotos dado que generalmente se puede suturar el desgarró capsular directamente. Solamente hemos hallado referencia a su empleo para lesiones de mayor envergadura por Stone y Lamb (14) en 1975. Estos autores utilizan una o dos franjas epiploicas pediculizadas seccionando al medio el epiplón mayor, y llevándolo a la zona cruenta.

El ligamento redondo puede ser utilizado de igual manera y con los mismos fines en lesiones de menor entidad y extensión que le sean vecinas.

El procedimiento es útil, se obtiene con él buena hemostasis, nos pone a resguardo de posibles infecciones secundarias por el carácter del material empleado; por lo que el cirujano práctico debe conocerlo para incluirlo en su bagaje de recursos.

Queremos por último señalar la imprescindible utilización del avenamiento externo, procedimiento de seguridad y control que no debe omitirse.

Por último, vamos a señalar *aspectos evolutivos* de interés.

Efectuado el procedimiento hemostático el paciente puede y debe ser trasladado a centro bien dotado para su ulterior apoyo y estudio.

Los problemas postoperatorios que pueden suceder se deben a lesiones más profundas, intraparenquimatosas, inadvertidas; y a otras lesiones secundarias al tipo de vascularización del hígado.

La interrupción de un pedículo de circulación terminal trae como consecuencia hacia adelante la desconexión de un área de parénquima con necrosis isquémica que no se traduce en forma inmediata como las lesiones de pulpificación por traumatismo directo del agente agresor. Esto se debe a que la cápsula de Glisson tiene circulación propia independiente y no se ve el empaldecimiento del sector de hígado afectado con el infarto anémico constituido. Se produce con el transcurso de los días un secuestro intrahepático que puede evolucionar en forma séptica o aséptica (5, 10, 13, 17).

Otras lesiones pueden ocurrir: aneurismas arteriales, y retrógradamente compromisos vasculares sobre todo venosos, por trombosis.

En la evolución de nuestra observación se planteó a las 48 horas la posibilidad de una complicación intraparenquimatosas, hecho que se pudo descartar por la gammagrafía. Es por lo expuesto que insistimos en el estricto y especializado control postoperatorio en centro bien dotado, sobre todo luego de este tipo de intervenciones de salvataje.

De todos modos interesa señalar que cuando se está frente a un hematoma subcapsular de hígado aparentemente puro, de origen traumático, que se rompe en un segundo tiempo alejado, la buena tolerancia previa a la rotura debe hacer pensar que son sólo lesiones superficiales, sin compromiso profundo. Estas lesiones profundas son las que en definitiva llevarán a aconsejar una operación de resección.

A tal punto es así que Richie y col. (11) cuando diagnostican hematomas subcapsulares puros no rotos, se limitan a su control y vigilancia sin establecer directivas quirúrgicas en principio.

Es posible también que muchos de estos casos pasen desapercibidos e involucionen espontáneamente, como hubiera ocurrido con el nuestro de no haberse roto.

RESUME

Hematome sous capsulaire de foie

Les auteurs étudient un cas d'hématome sous-capsulaire de foie ouvert avec une grande rupture hépatique.

Ils considèrent d'intérêt souligner les suivants aspects: a) L'utilité de la ponction abdominale comme recours diagnostique. b) L'avantage de l'emploi d'incisions transversales, qui permettent simple abordage des viscères dans l'abdomen supérieure. c) L'hémostase de la surface hépatique avec l'application du grand épiploon, quand il n'est pas possible d'approcher la capsule. d) La valeur du soigneux contrôle évolutif du malade dans un centre spécialisé.

SUMMARY

Subcapsular Liver Hematoma

The authors study a case of broken liver subcapsular hematoma, with large hepatic invasive surface.

It is worth pointing out the following aspects: a) usefulness of paracentesis as diagnostical procedure; b) advantage of employing transversal incisions which permit a wide approach to supramesocolic viscera; c) hemostasis of invasive surface through application of pediculate omentum when it is not possible to approximate the capsule; and d) the value of careful evolutive control of patient in a specialized centre.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON A, LYONNET A, PERDOMO R. Hemoperitoneo espontáneo por rotura de metástasis hepáticas. *Cir Urug*, 46: 173, 1976.
2. FEKETE F, GUILLET R, GIULI R, GOTER B. Les traumatismes du foie. A propos de 1.062 observations. *Cong Français Chir*, 719, Paris, 1969.
3. HELLSTROM C. Traumatic liver injuries. *Acta Chir Scand*, 131: 476, 1966.
4. LONGMIRE W, CLEVELAND R. Anatomía quirúrgica y traumatismos no penetrantes de hígado. *Clin Quir North Am*, 1972.
5. MADDING G, KENNEDY P. Traumatismos del hígado. Barcelona. Científico-Médica. 1973. v. 14.
6. MORTON J. The treatment of liver injuries. *Surg Gynecol Obstet*, 134: 298, 1972.
7. NARIO C. Traumatismo subcapsular del hígado. Muerte hepática. Hemobilia. Estudio crítico y experimental. *An Cir*, 8: 988, 1949.
8. PERDOMO R. Diagnóstico del hemoperitoneo por paracentesis "a mínima". *Cir Urug*, 46: 153, 1976.
9. PIQUINELA J. Las roturas traumáticas del hígado. *An Fac. Med. Montevideo*, 43: 1, 1959.
10. PRADINES JC. Anatomía patológica de los traumatismos de abdomen. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 79, 1956.
11. RICHIE J, FONKALSRUD E. Subcapsular hematoma of the liver. *Arch Surg*, 104: 781, 1972.
12. RODRIGUEZ DE VECCHI V, MARELLA M. Hematoma subcapsular de hígado. *Cir Urug*, 43: 529, 1973.
13. SILVA C. Alteraciones fisiopatológicas consecutivas a la injuria traumática del hígado. *Cong Urug Cir*, 169, 1965.
14. STONE H, LAMB J. Use of pedicled omentum as an autogenous pack for control of hemorrhage in major injuries of the liver. *Surg Gynecol Obstet*, 141: 92, 1975.
15. THON THAT TUNG. Acute nontraumatic subcapsular haematoma of the liver. *Lyon Chir*, 67: 10, 1971.
16. TRUNKEY D, SHIRES T. Management of liver trauma in 811 observations. *Ann Surg*, 179: 722, 1974.
17. VALLS A. Traumatismos de hígado. *Cir Urug*, 46: 115, 1976.