

Conducta expectante frente al hematoma hepático

Experiencia primaria

Dr. Carmelo M. Gastambide, Dr. Fabio Croci,
Dr. Alfredo Ruiz Liard, Dr. José Trostchansky,
Dr. Jorge Crosa.

Las lesiones hepáticas por traumatismo cerrado de abdomen aún hoy, presentan una elevada morbimortalidad, lo que ha llevado a plantear una revisión de la táctica terapéutica.

En pacientes portadores de hematomas hepáticos subcapsulares, seleccionados cuidadosamente, proponemos su seguimiento con T.A.C., lo que nos ha permitido tratar con éxito los pacientes presentados.

Presentamos nuestra experiencia primaria en el manejo de estos casos poniendo especial énfasis en el seguimiento clínico, selección rigurosa de los casos, estudio complementario con T.A.C. y planteo del tratamiento médico adoptado. Se insiste en la indicación de laparotomía, ante la aparición de complicaciones evolutivas, siendo imperativo el seguimiento clínico reiterado para su diagnóstico precoz.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Liver, injuries / Therapeutics.

SUMMARY: Expectancy in connection with hepatic hematoma of traumatic origin. Primary experience.

Even nowadays, hepatic lesions caused by closed abdominal traumatism present a high morbimortality rate and has suggested the necessity of reviewing the therapeutic approach.

In the case of patients affected by subcapsular hepatic hematoma, carefully selected, we suggest following up by C.A.T. which has allowed us to treat patients successfully.

Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado.

We present our primary experience in the handling of these cases, laying special emphasis on the clinical follow up, strict selection of the cases, complementary study by C.A.T. and statement of the medical treatment undertaken. We insist on the use of laparotomy in face of evolutive complications, repeated clinical follow up being instrumental for early diagnosis of same.

RÉSUMÉ: Conduite expectante face à l'hématome hépatique d'origine traumatique. Expérience primaire.

Les lésions hépatiques pour traumatisme fermé d'abdomen, présent, même aujourd'hui, une morbimortalité élevée, ce qui nous a mené à faire une révision de la tactique thérapeutique.

Dans les malades ayant des hématomes hépatiques souscapsulaires soigneusement sélectionnés, nous proposons de les contrôler avec la T.A.C. ce qui nous a permis de traiter avec succès, les malades présentés.

Nous présentons notre expérience primaire dans la conduite face à ces cas, en émettant spécialement sur le contrôle clinique, la sélection rigoureuse des cas, l'étude complémentaire avec la T.A.C. et l'énoncé du traitement médical adopté. On insiste sur l'indication de laparotomie devant l'apparition de complications évolutives; le contrôle clinique réitéré devient impératif pour faire un diagnostic précoce.

INTRODUCCION

Las lesiones hepáticas por traumatismo cerrado de abdomen, continúan presentando en la actualidad una elevada morbilidad 40% y mortalidad entre 20 y 60%^(2, 7). Estos hechos sumados a una incidencia manteni-

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Asistentes de Clínica Quirúrgica, Médicos Cirujanos y Médico Radiólogo de la C.S.M. del B.S.E.

Dirección: 21 de Setiembre 2529/211, Montevideo.
(Dr. C. Gastambide).

da de los mismos ha llevado a numerosos cirujanos al planteo de revisión e incluso cambios en la táctica quirúrgica con estos pacientes. Es así que la conducta reseccionista adoptada luego de la Segunda Guerra Mundial e impulsada fundamentalmente por autores vietnamitas⁽⁶⁾ con una vasta experiencia en el tema y muy buenos resultados, se encuentra hoy en día en discusión frente a determinadas situaciones. Retomando actualidad conductas menos agresivas como puesta a plano, hemostasis, bilistasis y mechado complementario o aislado⁽⁴⁾.

Concomitantemente, existe un pequeño grupo de pacientes portadores de hematomas subcapsulares por traumatismo cerrado, en los cuales se ha propuesto una actitud expectante con controles clínicos y paraclínicos evolutivos en base a Tomografía Axial Computada (T.A.C.), Ecografía o Centellograma^(1, 3, 5, 8).

Presentamos nuestra experiencia primaria en base a 3 pacientes tratados entre abril y diciembre de 1982, portadores de hematomas hepáticos subcapsulares por traumatismo cerrado. Es nuestra intención incrementar la estadística, en virtud de los pocos casos publicados, así como intentar delinear la metodología diagnóstica y terapéutica.

CASUISTICA

OBS. 1 - M.A.R. 250.574. Paciente de 29 años, sexo masculino, sin antecedentes patológicos, que el 29/5/82 ingresa politraumatizado con traumatismo tóraco-abdominal derecho provocados por una estiradora de cueros. Al ingreso hemodinamia estable, P.A. 110/70. Dolor a la palpación de hemitórax derecho, sin elementos de ocupación pleural. Abdomen depresible, dolor en hipocondrio y flanco derechos. Laboratorio: Ht. 38%, resto s/p. *Laparoscopia* Hígado con gran hematoma del lóbulo derecho sobre su cara anterior ocupando aproximadamente 1/3 de su superficie. Hemoperitoneo mínimo. Pequeño desgarro en peritoneo parietal sobre el flanco. Bazo s/p, resto s/p. Tratamiento: reposo, vía venosa con solución hidroelectrolítica, supresión de vía oral. Analgésicos. Estudios radiológicos de tórax y simple de abdomen s/p. Controles clínicos y de laboratorio con examen físico reiterado. Evolución: A las 24 horas paciente estable, se decide conducta expectante, se agregan Cefalosporinas. A los 6 días episodio de mareos con sudoración manteniendo los parámetros hemodinámicos estables. Abdomen moderadamente doloroso en hipocondrio y flanco. Laboratorio: Ht. 41%, G.B. 9.200, N. 80%. Bilirrubinemia total: 0.5mg%, B.D. 0.05mg%, B.I. 0.45 mg%. Enzimograma: T.G.P. 550 u.i., F.A. 5 u.i. Timol 315. Proteinemia 6.40g%. Colesterol 1.90g%. A los 10 días hemodinamia estable, buen tránsito digestivo, subfebril, abdomen s/p. T.A.C. (Fig. 1). Imagen hipodensa en lóbulo derecho con contacto parietal, que desplaza el resto del parénquima en sentido contralateral. Posible hemotórax basal. Clínicamente síndrome en menos, se evacúan 1.300 c.c. de líquido serofibrinoso. Sigue febril, se cambian cefalosporinas

por Metranidazol. A los 14 días sin fiebre, laboratorio y clínica normales. A los 18 días se suspende Metronidazol. A los 20 días funcional hepático y enzimogramas casi normales. Ht. 38%, G.B. 9.300. Alta a los 69 días. A los 6 meses nueva T.A.C. (Fig. 2) muestra desaparición casi completa del hematoma con un hígado de tamaño normal.



Fig. 1. Caso N° 1. T.A.C. que muestra un gran hematoma del lóbulo derecho hepático, con indemnidad de la cápsula de Glisson.

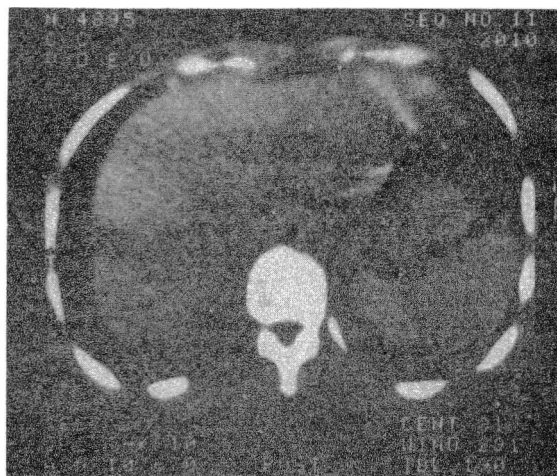


Fig. 2. Nueva T.A.C. del caso n° 1 a los 6 meses, muestra una reabsorción prácticamente total del hematoma.

OBS 2. - D.D.L.R. 320.347. Paciente de 18 años, sexo masculino, sin antecedentes patológicos, que ingresa el 18/12/82, politraumatizado, con traumatismo tóraco-abdominal derecho por aplastamiento. Al examen de ingreso, hemodinamia estable, erosiones en base de hemitórax derecho, sin ocupación pleural. Abdomen depresible con dolor en hipocondrio y flanco derechos.

Laboratorio: Ht. 38%, G.B. 8.000. Radiografías de tórax y simple de abdomen s/p. Tratamiento: reposo, supresión de vía oral, venoclisis con solución hidro-electrolítica, analgésicos. Evolución: a las 48 horas hemodinamia estable, apirético, abdomen depresible, indoloro, tórax s/p; Ht. 32%. Enzimograma con valores moderadamente elevados. Radiografías de tórax y abdomen s/p. Por la caída del hematócrito, las alteraciones enzimáticas sumados al cuadro clínico, se sospecha lesión hepática, por lo que se solicita T.A.C. que muestra una herida traumática del hígado. Se agregan Cefalosporinas y se continúa conducta expectante, con reposo y monitoreo clínico y de laboratorio. A los 4 días febril, buen tránsito digestivo, abdomen s/p. A los 6 días apirexia. A los 29 días nueva T.A.C. muestra herida prácticamente cicatrizada. El 25/2/83 alta definitiva. OBS. 3 - L.C. 291.010. Paciente de 41 años, sexo masculino, hipertenso, que ingresa el 15/4/82 con traumatismo tóraco abdominal derecho por caída de un equino, de varios días de evolución. Al ingreso hemodinamia estable, apirexia, mucosas hipocoloreadas, extensa equimosis de hemitórax, flanco y fosa lumbar derechos. Hepatomegalia de 4 cm del reborde costal. Laboratorio: Ht. 20% B.T. 0.8mg%. B.D. 0.1mg%, B.I. 0.7 mg%. Enzimograma: T.G.P. 25 u.i. Glicemia 0.92g. Azotemia 0.70%. T.A.C. evidencia de hematoma perirrenal e intrahepático. Tratamiento: reposo, supresión de v/o. Venoclisis, Cefalosporinas. Rx de tórax s/p. Urografía: buena eliminación, desplazamiento adelante y adentro del riñón derecho. Buena evolución. Alta de sala el 14/6/82. En enero del 83, sin hipertensión, funcional hepático y laboratorio normales, T.A.C. s/p. Alta.

COMENTARIOS

Los traumatismos hepáticos representan un 15% de los traumatismos cerrados de abdomen⁽²⁾. Indudablemente que aquellos con un cuadro de anemia aguda, requieren una laparotomía inmediata, existiendo muchas publicaciones referentes a su manejo^(6, 7, 9, 10). Con el advenimiento de las técnicas diagnósticas no invasivas, Centellograma, Ecografía y T.A.C., lesiones relativamente ocultas como los hematomas subcapsulares pueden ser detectadas con una mayor frecuencia^(1, 3, 5, 8). El cuadro clínico, más el recuento de glóbulos rojos, el mapeo enzimático y los test de funcionalidad hepática colaboran en este sentido. La conducta quirúrgica expectante en esta situación ya fue preconizada por Ritchie en 1972⁽⁸⁾, pero la incertidumbre en el manejo de estas situaciones persiste en virtud de la escasa experiencia, dado los pocos casos de hematomas hepáticos diagnosticados en el preoperatorio, amen de las posibles complicaciones del tipo secuestro hepático, hemobilia, rotura capsular, que pueden aparecer.

Consideramos que por encima de los refinamientos diagnósticos paraclínicos, el elemento más importante está constituido por las evaluaciones clínicas reiteradas por parte del cirujano tratante.

En el momento de tomar contacto con el paciente se efectuará una historia y examen físico completos, con los correspondientes estudios radiológicos simples indicados de acuerdo a las lesiones concomitantes. Recuento de glóbulos rojos, clasificación de grupo sanguíneo y Rh. Estudios de funcionalidad hepática, enzimas, leucocitosis. Medidas generales, vía venosa, supresión de v/o, tratamiento primario de posibles fracturas, quemaduras, etc. Luego de la evaluación inicial, con paciente estable y decidida la conducta expectante se solicitará Ecografía, Centellograma o T.A.C. Si bien los dos primeros ofrecen la ventaja de un costo menor, presentan algunos inconvenientes tales como no demostración del límite capsular del hematoma, ocasionales falsos positivos (0-23%) y falsos negativos (1-28%) para el centellograma⁽¹⁾, por lo que preferimos la T.A.C. que indudablemente presenta mayor precisión. El paciente se interna en unidad de cuidados intermedios por un lapso de 3 a 5 días, con reposo absoluto, supresión de vía oral, no empleamos S.N.G. preconizada por otros autores⁽¹⁾, antibióticos de amplio espectro del tipo de las Cefalosporinas, si bien los argumentos para su empleo no tienen una base muy firme no debemos olvidar que existe un área de tejido desvitalizado, con posible comunicación con la vía biliar y la amenaza de infección en espacio cerrado. En uno de los casos se cambió por Metronidazol. Puede emplearse una combinación de Penicilina y Gentamicina⁽¹⁾. Se mantienen un lapso de 10 días. Un poco empíricamente y por ser una experiencia primaria se mantuvieron más tiempo. La restricción de la actividad será por un lapso de 6 semanas. Ante cualquier alteración de sus parámetros no se debe dudar en la laparotomía. Las roturas tardías de hematomas subcapsulares pueden ocurrir en cualquier momento y han sido reportadas hasta 6 semanas⁽¹⁾. El reposo en cama debe ser de por lo menos 10 días.

Cuadro I

- Historia y Examen físico
- Radiología, laboratorio
- Tratamiento
 - Medidas generales
 - Reposo
 - U.C.I. — Supresión vía oral
 - (3 - 5 d.) — A.T.B. (10 días)
 - T.A.C.
- Examen físico reiterado (laparotomía)
 - Actividad limitada 6 semanas.

Insistimos en el seguimiento clínico riguroso. El paciente no debe ser dado de alta hasta que ocurra una completa reabsorción del hematoma. El seguimiento centellográfico de Cheatham⁽¹⁾ ha mostrado una completa reabsorción del hematoma en un lapso entre 4 y 20 meses. Cuando un hematoma es identificado, muchos cirujanos, entre ellos Trunk⁽¹⁾, preconizan la intervención quirúrgica, con evacuación, hemostasis y drenaje. Recordamos que estas lesiones pueden ser difusas, pudiendo conllevar su evacuación una hemorragia masiva, lo que implica una posible resección extensa, con la elevada morbilidad y mortalidad de estos procedimientos. Estos hechos llevan al planteo de una conducta expectante, sugerida ya en 1972 por Richie⁽⁸⁾. Turrill⁽⁹⁾ ha insistido en la posible abscedación por una inadecuada reabsorción de bilis y sangre, a lo que contribuiría la necrosis del parénquima desvitalizado. Por esta razón el seguimiento se debe efectuar en la forma descrita, a los efectos de desπισtar precozmente esta complicación, adoptando la conducta quirúrgica pertinente con drenaje del hematoma abscedado. Walt⁽¹⁰⁾ ha descrito casos de hemobilia, por apertura en un canal biliar consecutivo al incremento en la presión alrededor del hematoma. La hemobilia debe ser evaluada por una arteriografía y se actuará de acuerdo a los hallazgos de este estudio. La frecuencia de este tipo de complicaciones no se encuentra bien estadificada en virtud de la experiencia limitada con este tipo de enfoque del tema.

CONCLUSIONES

En estos pacientes, seleccionados dentro de este tipo de lesión, hemos adoptado una conducta expectante, controlada por métodos paraclínicos tales como el Tomograma Computado. Es especialmente este método que coadyuva con el examen clínico del pa-

ciente hecho en forma reiterada, el que permite arriesgarse en una conducta expectante, no ciega. La posibilidad de evaluar la evolución del hematoma intrahepático, su detención o disminución con conservación de la integridad de la cápsula, es a nuestro juicio, brindada con bastante exactitud. No tenemos experiencia en la valoración con ecografía o centellograma, pero reconocemos sus bondades. Es de fundamental importancia la estabilidad del paciente en las primeras 24 horas y su seguimiento preciso durante los primeros días, teniendo en cuenta además las posibles lesiones asociadas.

Ello no excluye la posibilidad de complicación tardía. Siempre se debe pensar en la posibilidad de actuar de urgencia, ante la menor duda de complicación. El seguimiento con T.A.C. no es un tratamiento y sí un control bastante certero de la lesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- CHEATHAM J. Jr., SMITH E.I. de, TUNELL W., ELKINS R. — Nonoperative Management of Subcapsular Hematomas of the Liver. *Am. J. Surg.* 140: 852, 1980.
- DAVIS J., COHN I., NANCE F. — Diagnosis and management of blunt abdominal trauma. *Ann. Surg.* 183: 672, 1976.
- EVANS G., CURTIN F., MCCARTHY H., KIERAN J. — Scintigraphy in traumatic lesions of liver and spleen. *JAMA.* 222: 665, 1973.
- FELICIANO D., MATTOX K. and JORDAN G. — Intra-abdominal Packing for Control of Hepatic Hemorrhage: A Re-appraisal. *Trauma*, 21: 285, 1981.
- LAMERTH W., RUBIN B. — Nonoperative management of intrahepatic hemorrhage and hematoma following blunt trauma. *Surg. Gynecol. Obstet.* 148: 507, 1979.
- LIM R., LAU G., STEELE M. — Prevention of complications after liver trauma. *Am. J. Surg.* 132: 156, 1978.
- McCLELLAND R., SHIRES G., POULOS E. — Hepatic resection for massive trauma. *J. Trauma* 4: 282, 1964.
- RITCHIE J., FONKALSUD E. — Subcapsular hematoma of the liver: non-operative management. *Arch. Surg.* 104: 781, 1972.
- TURRILL F., DONOVAN A., FACEY F. — Traumatic hepatic sequestra. *Am. Surg.* 122: 175, 1971.
- WALT A. — The mythology of hepatic trauma or Babel Revisited. *Am. J. Surg.*, 135: 12, 1978.