

Traumatismo hepático.

Manejo conservador no quirúrgico.

Dr. Alberto Piñeyro, Dr. Edgardo Torterolo,
Dr. Luis Bergalli, Dr. Bernardo Aizen.

Departamento de Cirugía del H.C.F.F.AA.

Se presenta un caso de traumatismo hepático diagnosticado por laparoscopia y tomografía computada en el curso de un traumatismo cerrado de abdomen.

Se analizan las condiciones bajo las cuales es posible manejar un hematoma subcapsular de hígado con tratamiento conservador no quirúrgico.

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

SUMMARY: Hepatic traumatism. Conservative non-surgical handling.

The author presents a case of hepatic traumatism diagnosed by laparotomy and computed tomography in the course of a close abdominal traumatism.

An analysis is made of the conditions under which it is possible to treat a subcapsular haematoma of the liver with a conservative non surgical procedure.

RÉSUMÉ: Traumatisme hépatique. Traitement conservateur, non chirurgical.

On présente un cas de traumatisme hépatique diagnostiqué à travers la laparoscopie et la tomographie computedée, au cours d'un traumatisme fermé d'abdomen.

On analyse les conditions devant lesquelles il est possible de traiter un hématome souscapsulaire du foie avec un traitement conservateur, non chirurgical.

INTRODUCCION

El incesante aumento de los accidentes mantiene al tema de los traumatismos hepáticos en permanente actualidad. Desde el simple desgarró superficial cuyo sangrado se ha detenido frecuentemente en el momento de la laparotomía hasta la lesión hepática compleja con compromiso de ramas importantes del sistema portal o suprahepático cuya mortalidad es superior al 50%, todas las lesiones hepáticas son de tratamiento controvertido.

Presentamos un caso clínico que fue manejado con tratamiento conservador no quirúrgico.

Caso clínico. Se trata de un paciente de 16 años A.N. N° Reg. 178.445 que el 1/3/83 sufre politraumatismos en el Depto. de Maldonado al caer desde un caballo. Traumatismo encéfalo-craneano sin pérdida de conocimiento. Traumatismo de macizo facial con fractura de maxilar inferior. Traumatismo tóraco-abdominal sin lesiones óseas. Ingresó al H.C.F.F.AA. y se constata: hemodinamia estable, mucosas bien coloreadas y a la palpación abdominal, discreto dolor en hipocondrio y flanco derecho. Hematócrito de 36%, Hemoglobina de 11.6 g, G. Rojos: 4.170.000/mm cúbico.

A las 24 horas persiste discreto dolor en hemiabdomen derecho, pulso de 82 p/m y P.A. 150/90.

A las 48 horas frente a la persistencia del cuadro abdominal, se decide practicar una fibrolaparoscopia que mostró:

Hemoperitoneo moderado a nivel subhepático, entre las asas y en gotera parieto-cólica derecha. Lóbulo izquierdo de hígado sin lesiones. A nivel del lóbulo derecho desgarró lineal que en el momento del examen impresiona no sangrar.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 26 de octubre 1983.

Asistente, Profs. Agregados de Clínica Quirúrgica y Postgrado de Cirugía.

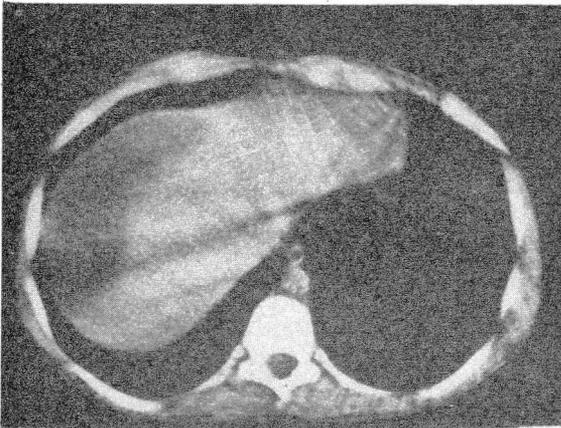
Dirección: Ibcicy 1116. (Dr. Alberto Piñeyro).

Considerando:

evolución de casi 72 horas,
ausencia de elementos de hemorragia activa,
hallazgo laparoscópico de hemoperitoneo discreto,
sin bilis,
que una laparotomía diferiría y posiblemente agrava-
ría la lesión de maxilar inferior;

se decidió mantener una conducta expectante y
completar el estudio morfológico intraparenquimatoso
con una Tomografía Axial Computada que mostró un
hematoma subcapsular a nivel del lóbulo derecho del
hígado.

La evolución en sala fue buena, sin compromiso he-
modinámico, sin fiebre y el día 11/3/83 se realizó la re-
paración de su lesión de maxilar inferior. Un mes des-
pués, con el paciente de alta se efectuó un nuevo
control con T.A.C. que mostró la desaparición de la le-
sión hepática.



COMENTARIO

Persiste discutido aún en nuestros días el manejo de los traumatismos hepáticos y en especial de los hematomas subcapsular e intrahepático.

Para Thomas⁽⁶⁾ y Blaisdell⁽¹⁾ deben ser explorados sistemáticamente y drenados. Richie⁽⁴⁾ y Cheatham⁽³⁾ argumentan que una vez abierta la cápsula de Glisson, la hemostasis resulta dificultosa llevando en ocasiones a practicar una resección hepática con morbimortalidad alta. Por esto, prefieren una conducta expectante frente a este tipo de lesiones.

Si bien pensamos que la conducta seguida con nuestro paciente NO DEBE GENERALIZARSE; si existe la posibilidad de manejar al paciente en ambiente especializado (Unidad de cuidados intermedios) y de practicar exámenes que nos ilustren a la vez de la situación externa hepática y peritoneal (laparoscopia)^(2, 5) y de la morfología intraparenquimatoso (T.A.C.); es posible mantener una conducta expectante.

Si en su evolución aparecen elementos de infección, de hemorragia secundaria a cavidad peritoneal o una hemobilia, el paciente debe ser explorado quirúrgicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BLAISDELL W. — Hepatic artery ligation. Rarely indicated in liver trauma. In: DELANEY, L.I. and VARCO, W.B. - Controversies in surgery. Philadelphia, Saunders, 1983.
2. CARNEVALE N., BARON N. and DELANY H. — Peritoneoscopy as an aid in the diagnosis of abdominal trauma. A preliminary report. J. Trauma 17: 634, 1977.
3. CHEATHAM J., SMITH E., TUNELL W. and ELKINS R. — Nonoperative management of subcapsular hematomas of the liver. Am. J. Surg. 140: 852, 1980.
4. RICHIE J., FONKALSRUD E. — Subcapsular hematoma of the liver. Nonoperative management. Arch. Surg. 104: 781, 1972.
5. SHERWOOD R., BERCI G., AUSTIN E., MORGENSTERN L. — Minilaparoscopy for blunt abdominal trauma. Arch. Surg. 115: 672, 1980.
6. TOMAS C., ADKINS B., LANIER V., FOSTER H. — The surgical management of intrahepatic hematomas. Am. Surg. 36: 171, 1970.