

HEMATOMA SUB-CAPSULAR DEL HIGADO. SHOCK MORTAL

J. - P. OTERO

El caso que paso a relatar ingresó al Hospital Maciel, el día 1º de junio de 1936 en guardia del Dr. Etchegorry.

F. G., 14 años. Ingres a las 14 horas. Una aplanadora le pasó por encima de la mano derecha y además golpeó lateralmente el vientre originando contusión en su cadera derecha y pequeña erosión en su región glútea izquierda. En la mano presenta múltiples lesiones lacero-contusas con un decolamiento en colgajo de la piel de la palma desde la raíz de los dedos hasta la parte más alta de la región palmar. Herida de cara palmar del pulgar. Fractura expuesta de la segunda falange del anular. Pulso 130; labios decolorados. Dolores subjetivos difusos en todo el vientre con náuseas y vómitos. Dolor a la compresión de las crestas ilíacas. No hay defensa, ni dolor localizado, ni macidez declive.

Tacto rectal. Douglas libre.

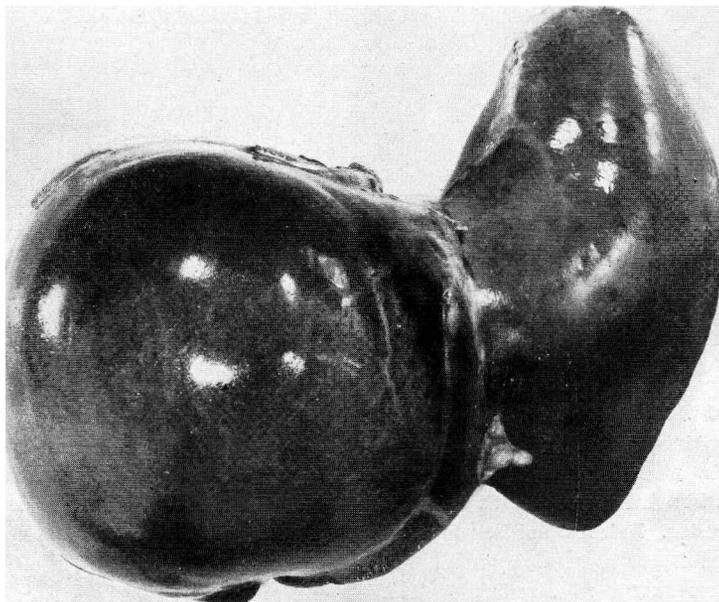
Intervención. — Anestesia del plexus braquial (novocaína al 2 %, 20 c.c.). Toilet de la herida. Cierre parcial. Drenaje con crín. Alcanforado, 4 c.c.

En resumen: enfermo con estado general bastante bueno, en estado de "schock" relativo del cual parece mejorar en ia $\frac{1}{2}$ hora que está en la mesa. Nada en su vientre que haga pensar en lesión visceral. Presión arterial: Mx. 9, Mn. 7. Lo enviamos a la sala con tratamiento de su "shock": horno, suero fisiológico 1 litro sub-cutáneo, tonicardíacos y pedimos a los internos que lo vigilen cada $\frac{1}{2}$ hora. No se nos avisa nada y a la hora 18 vamos a verlo personalmente pues no descartamos la posibilidad de hemorragia intraperitoneal. Con sorpresa constatamos que el enfermo está en un estado alarmante: Decoloración intensa de mucosas que están exangües; agitación y sed de aire; frío en sus manos y nariz; contesta a las preguntas. Los internos nos dicen que lo han visto hace media hora y que lo habían encontrado

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 25 de noviembre de 1936.

peor pero no en el estado que yo les relataba. Absolutamente seguros de que se trataba de una gran hemorragia hacemos llevar inmediatamente el enfermo a la sala de operaciones, en tanto avisamos al cirujano de guardia Dr. Etchegorry.

Intervención. — Eter. Mediana supra e infra-ombilical. Planos superficiales exangües. Abierto el peritoneo constatamos asombrados que no hay una gota de sangre en la cavidad peritoneal. En este momento continúa la operación el Dr. Etchegorry que acaba de llegar; hace una exploración rápida y



completa no constatando ninguna lesión visceral y sí solamente una deformación de la cara superior del hígado que no se insiste en visualizar pues no viene sangre de allí y el estado del enfermo es alarmante. Cierre.

El enfermito sigue toda la noche en las mismas condiciones descritas de palidez, gran taquicardia, pulso filiforme, frío. Horno, suero, transfusión 200 c.c. elevación de la cama en Trendelemburg. Al día siguiente el cuadro se mantiene igualmente impresionante, en la tarde lo mismo y fallece a la hora 21.

Intervinimos en este enfermo con diagnóstico de gran hemorragia y con sorpresa no encontramos nada en su vientre que explicara el cuadro. ¿Porqué continuaba este cuadro dramático? ¿Cuál fué la causa de su muerte? Agreguemos que en su tórax, cráneo y columna vertebral no había nada absolutamente.

En la autopsia se encontró una sola cosa: hígado cuya cara superior está

ocupada por un enorme hematoma sub - capsular con el aspecto de una gran joroba negra, brillante, muy tensa que tomaba la cara superior de todo el lóbulo derecho. El resto del examen necrópsico no reveló ninguna otra lesión.

Estudiando la bibliografía solo hemos encontrado sobre el asunto 4 trabajos que citamos al final, de los cuales solo hemos podido consultar el de Robertson y Graham. El caso 1 de estos autores es parecido al nuestro y lo resumimos en los siguientes términos: traumatismo en el epigastrio en un partido de football, intervalo libre de 20 horas con algunas molestias, luego aparición de estado de shock y dolor muy intenso en el epigastrio irradiado al hombro derecho. Dice el autor: "Durante el almuerzo fué atacado de un violento dolor en el epigastrio, que fué seguido de vómitos. Fué visto por su médico 3 ó 4 horas más tarde, después de haber sufrido 3 ó 4 horas de terribles dolores. El enfermo estaba en estado de "shock" con 130 de pulso. Tenía dolor a la palpación en el epigastrio y por debajo del reborde costal y se encontró un tumor redondeado en el hipocondrio derecho, tumor que no había sido notado en el primer examen 20 horas antes. Se decidió operar. Bajo antestesia general el vientre fué abierto y se vió de inmediato que el hígado tenía una amplia tumoración de su cara anterior extendiéndose arriba hacia el domo. Este tumor era de color rojo oscuro y se parecía a una enorme flictena de sangre. No se extendía por debajo del borde inferior del hígado. Una aguja exploradora fué introducida en este enorme hematoma y se extrajeron 10 ó 15 c. c. de sangre; en este momento la aguja se obturó y al retirarla la sangre saltó violentamente a través del orificio a una altura de 6 a 8 pulgadas. La cápsula fué ampliamente abierta para permitir la completa evacuación de la cavidad. Se colocó un tubo de drenaje y la cápsula fué cerrada al catgut. Después de un agitado post - operatorio el enfermo evolucionó bien.

El caso 2 de Robertson y Graham, así como los allí transcritos en número de tres son todos hematomas operados secundariamente y con un cuadro distinto del descrito.

Del estudio comparativo de nuestro caso y del que acabamos de resumir sacamos las siguientes enseñanzas:

Los elementos en que basar una posibilidad de diagnóstico son los siguientes: contusión de vientre, intervalo libre, shock secundario que se agrava y aparición progresiva de un tumor sub - costal

cuya existencia no se había constatado en el primer examen. Es más que difícil desde luego hacer un diagnóstico cuya rareza extraordinaria obliga a no pensar en él.

En cuanto a conducta terapéutica creemos que frente a un gran hematoma sub - capsular del hígado, se debe evacuarlo y drenarlo librando así al enfermo de un riesgo de muerte inminente. A primera vista parecería muy peligroso abrir y drenar este imponente hematoma, sin embargo el resultado feliz del caso transcrito demuestra lo contrario y que lo que realmente amenaza la vida del enfermo es dejarlo con su hematoma como en nuestro caso.

Ahora, ¿cuál fué el mecanismo de la muerte de nuestro enfermo? La única lesión que tenía fuera de su traumatismo de mano era su inmenso hematoma sub - capsular. ¿Habría muerto por hemorragia? Es evidente para todos los que tuvimos la pieza en nuestras manos que la cantidad de sangre contenida no era ni con mucho suficiente para provocar la muerte, pudiendo calcularse su volumen alrededor de 300 a 500 c. c. En la mañana la numeración de sus glóbulos rojos había dado 3.200.000.

Debemos pues admitir que este hematoma provocó un estado de shock que determinó la muerte o por lo menos que su gravísimo estado no tenía detrás de él otra causa objetiva que este hematoma sub - capsular.

Nuestra mente se niega en principio a admitir cuadros de tal gravedad sin causa evidente y en este caso particular encontramos solamente la lesión mencionada. Debemos pues admitir que este inmenso hematoma determinó y mantuvo un estado de shock que condujo a la muerte.

No es habitual encontrar causas tan concretas de shock y comúnmente son factores complejos: como en el shock post - operatorio, como en los traumatizados, etc.

En la sesión del 26 de abril de 1932 los Dres. Stajano y Chifflet presentaron a nuestra Sociedad de Cirugía una serie de casos de hematomas sub - peritoneales post - operatorios que habían originado cuadros graves, en su mayoría mortales y que los autores atribuían a una distensión chocante del sub - peritoneo. En esa misma sesión el profesor García - Lagos relató un caso personal de muerte en condiciones clínicas parecidas: 24 a 48 horas después de una histerectomía por vía baja, muerte en colapso y la muerte

revela: "un hematoma sub - peritoneal decolante de relativa consideración".

Hay otro hecho relacionado con estos cuadros que siempre ha herido nuestra imaginación y es lo terriblemente chocante de algunas fracturas de la pelvis y que siempre que hemos intervenido o visto intervenir en estos casos hemos constatado enormes hematomas que invaden y distienden el tejido sub - peritoneal pélvico y las fosas ilíacas.

De los hechos y consideraciones expuestas sacamos las siguientes sugerencias:

1º Detrás de todo shock *que se mantiene y se prolonga* debemos buscar *causas objetivas, anatómicas*.

2º Los hematomas sub - capsulares del hígado y en general los hematomas importantes del sub - peritoneo pueden determinar un estado de shock que conduzca a la muerte.

3º Estos hematomas deben pues en ese caso ser evacuados y drenados.

En la misma sesión mencionada los Dres. Nario y Ugón argumentaban que habían visto grandes hematomas sub - peritoneales que no determinaban ningún trastorno; pero esta observación que es exacta, no destruye el valor de los otros casos observados por distintos autores y solo permite deducir que frente a un tal hematoma que no produce trastornos la conducta debe ser de expectativa vigilante.

El Dr. Etchegorry y yo intentamos provocar experimentalmente en perros este síndrome de shock por hematoma sub - capsular del hígado. Realizamos la experiencia en el Instituto de Fisiología con la colaboración del profesor Bennatti: perro anestesiado con cloroformo, laparotomía paramediana derecha, extracción de sangre de la femoral e inyección sub - capsular en el hígado. Ocurría que la cápsula se desgarraba apenas, el hematoma adquiría un pequeño volumen y repetimos varias veces la experiencia con idéntico resultado apesar de hacerlo muy lentamente. Esta experiencia fracasada en el sentido que buscábamos nos explica sin embargo varias cuestiones: primero, la rareza de los hematomas sub - capsulares; segundo, la aparición secundaria del shock en las horas que siguen como en nuestro caso o al día siguiente como en el caso 1 de Robertson y Graham, puesto que este hematoma va produciéndose lenta y progresivamente.