

Hematoma subcapsular de hígado en el niño

Dres. Horacio Pittamiglio, Juan L. Benedicetti,
Benito Amoza, Hernán Marta

Se presentan 3 casos de hematoma subcapsular (H.S.) de hígado tratados en el H. Pereira Rossell entre 1976 y 1985. Se realizan consideraciones etiopatogénicas y se analiza la clínica, paraclínica y tratamiento instituido. Por último se hacen comentarios sobre elementos diagnósticos, evolutivos y terapéuticos.

Clinica Quirúrgica Infantil (Director Prof. Dr. Oscar Chavarría). Hospital Pereira Rossell. Fac. de Medicina. Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Liver / Trauma / Infant.

SUMMARY: Subcapsular liver hematoma in the child.

Three cases of subcapsular liver hematoma are presented, treated at Pereira Rossell Hospital, in the period 1976-1985.

Etiopathogenic considerations are made and the clinic, paraclinic and treatment adopted are analysed. Then, comments are included on diagnostic, evolutive and therapeutic elements.

RÉSUMÉ: Hématome sous-capsulaire du foie chez l'enfant.

On présente 3 cas d'hématome sous capsulaire du foie traités à l'Hôpital Pereira Reossell entre 1976 et 1985. On fait des considérations étiopathogéniques et on analyse la clinique, la paraclinique et le traitement effectué. Finalement, on fait des commentaires sur des éléments diagnostiques, évolutifs et thérapeutiques.

INTRODUCCION

La definición de los H.S. de hígado no se presta a grandes discusiones.

Etimológicamente, se aplica este nombre a todas las colecciones hepáticas hemáticas, recubiertas por la cápsula de Glisson.

Desde que en 1844, Abercrombie realiza la primera comunicación sobre un H.S. de hígado espontáneo en una embarazada, múltiples autores se han ocupado del tema. Hitzrot en 1917, clasifica los traumatismos de hígado en transcapsulares y subcapsulares y estudia la patogenia de los H.S. Rademaker en 1943 hace una primera revisión y reúne 29 casos publicados. En 1948, Sandblom efectúa un detenido estudio de los H.S. traumáticos y sitúa su frecuencia en uno de cada 300 traumatismos de abdomen.

En nuestro medio, Otero y Etchegorry, en 1936, publican el primer caso de H.S., seguidos por el excelente trabajo experimental de Nario de 1949. Silvera y Pradines se ocupan del tema en el VII Congreso Uruguayo de Cirugía de 1956. En 1959, Piquinela publica su trabajo sobre las rupturas traumáticas del hígado y Chizzola analiza la afectación en su monografía sobre traumatismos hepáticos. En 1964, Taibo presenta el primer caso de hemobilia traumática en una niña. Echevarría realiza una puesta al día y Ríos analiza las lesiones anatómicas y las causas de muerte por traumatismo hepático, en el XVI Congreso Uru-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de mayo de 1985.

Asistente, Prof. Adjunto, Ex Asistente de Clínica Quirúrgica Infantil, Médico Radiólogo del M.S.P.

Dirección: Ellauri 809 apto. 501. Montevideo (Dr. H. Pittamiglio).

guayo de Cirugía de 1965. Murguía comunica un caso pediátrico en 1968 y Rodríguez de Vecchi y Marella otro en adulto en 1973. Valls, en 1976, pone al día el tema de los traumatismos de abdomen en la infancia. Torterolo, en 1975, estudia las complicaciones y la progresión de los secuestros hepáticos.

Creemos interesante, por su vigencia, recordar los conceptos de Cruveilhier: "No hay ningún órgano que sea más susceptible a la contusión por contragolpe que el hígado su modo de fijación lo deja muy móvil en el caso de que se trate de evitar un choque en retorno y muy fijo en los casos en que debería escapar a los traumatismos directos".

Predomina francamente en el sexo masculino, siendo poco frecuente en el recién nacido, teniendo su máxima incidencia en la edad escolar y la adolescencia.

El impacto, en general de mediana o escasa entidad es, en el 60% de los casos toracoabdominal. Las lesiones asociadas se ven en 1/3 de los casos.

CONSIDERACIONES ETIOPATOGENICAS.

Existen diversos factores que deben tenerse en cuenta para comprender el problema:

1) Factores determinantes

A) El trauma. Puede actuar de dos maneras: - Por flexión sobre las partes blandas parietales y la cápsula provocando en primera instancia la ruptura capsular y luego la ruptura parenquimatosa. Es el desgarro hepático. - Por estallido, provocando una ruptura parenquimatosa que secundariamente dará lugar a la ruptura capsular. Es el Hematoma Subcapsular.

B) La cápsula. Presenta una gran resistencia al trauma indirecto, sobre todo al que actúa sobre superficies extensas. Poco susceptible a la isquemia pues posee irrigación propia aportada por la mamaria interna, en el niño es de mayor grosor relativo. Su resistencia al trauma directo es escasa.

C) La densidad parenquimatosa. El parénquima hepático es de densidad semilíquida, separado por trabéculas conjuntivas. La contusión, al aumentar bruscamente la presión en un sector, es capaz de romper ese trabeculado y provocar efracciones vasculares que luego dan lugar a los H.S.

2) Factores desencadenantes

A) El desplazamiento parenquimatoso. Los medios de fijación del Hígado (cava inf., lig. coronario, lig. triangulares, lig. falciforme) le permiten una cierta movilidad lateral. Cuando el trauma

provoca una ruptura del aparato de fijación se produce un desplazamiento subcapsular del parénquima (que es máximo en los traumas tangenciales) que provoca desgarros vasculares.

La contusión. La disminución brusca de los diámetros lleva, como ya hemos visto, al estallido parenquimatoso con formación de lesiones más o menos profundas que conducen a la formación de hematomas o a la interrupción vascular. La progresión de cualquiera de estas lesiones lleva a la isquemia y a la necrosis y favorece la aparición de la infección y la hemobilia.

3) Factores predisponentes

A) Mayor tamaño relativo del hígado del niño. En la infancia el hígado es mayor que en el adulto, por lo tanto, más expuesto a la acción traumática.

B) Por lo anterior, la parrilla costal le ofrece menos protección sumado al hecho de que la mayor elasticidad de la pared torácica permite mayores agresiones con menores lesiones parietales.

FORMAS CLINICAS. Existen dos formas clínicas de colecciones hemáticas intrahepáticas con cápsula indemne:

1) Hematoma Subcapsular

Es una lesión poco limitada, provocada por la desintegración del tejido hepático superficial, con colección hemática que lleva a la elevación y distensión de la cápsula. Tiene tendencia a la hemostasis espontánea y a la organización precoz. Los aumentos de volumen, una vez producida la hemostasis se deben a la hiperosmosis.

En su crecimiento pueden provocar desgarros capsulares secundarios (Rupturas en dos tiempos).

2) Hematoma Central

Son más graves pues a la ruptura parenquimatosa, pueden sumar lesiones del árbol vascular o biliar lo que lleva a la necrosis parenquimatosa y a la infección y la hemobilia. Su aparición subcapsular puede ser tardía.

MATERIAL Y METODO

Nuestra serie comprende 17 traumatismos graves de hígado tratados en el Hospital Pereira Rosell entre los años 1976-1985.

14 de ellos fueron rupturas hepáticas y 3 hematomas subcapsulares, lo que da una incidencia del 17.64%.

A pesar que la literatura consultada señala una incidencia significativa, no hemos observado H.S. en recién nacidos.

CASO N° 1. Se trata de un escolar de 10, años, sexo masculino, procedente de Montevideo, que 12 hs. antes de la consulta sufre una caída desde su altura, quedando con un dolor en H.D., poco intenso, que persiste hasta el ingreso, acompañado de palidez cutánea. No elementos de descompensación hemodinámica.

Al examen se comprueba la existencia de una anemia clínica, un abdomen libre y una hepatomegalia dolorosa.

Se practica una Rx simple de abdomen que muestra una hepatomegalia.

Se practica una ecografía que muestra un hematoma subcapsular en cara anterior de lóbulo der. de hígado, de unos 7 cm de diámetro. (Fig. 1)

Tratamiento: Laparotomía por incisión transversa de H.D. Incisión de la cápsula de Glisson y evacuación del hematoma. Hemostasis satisfactoria.

Drenaje del espacio interhepatofrénico der. con tubo de látex.

La ecografía postoperatoria muestra un hígado homogéneo, sin secuelas. (Fig. 2)

CASO N° 2. Adolescente de 14 años, sexo masculino, procedente de Montevideo.

Hace 20 días sufre la caída desde un caballo. 8 días después comienza con ardor en H.D., al que suma desde hace 6 días dolor de intensidad creciente.

Al examen: palidez cutáneo-mucosa severa. Hepatomegalia intensamente dolorosa y defensa de H.D.

La Rx de Abdomen muestra una elevación del hemidiafragma der.

El centellograma hepático muestra una desaparición de la mayor parte del lóbulo der. del hígado. (Fig. 3)

La arteriografía hepática enseña un rechazo hacia adentro de la vascularización hepática. (Fig. 4)

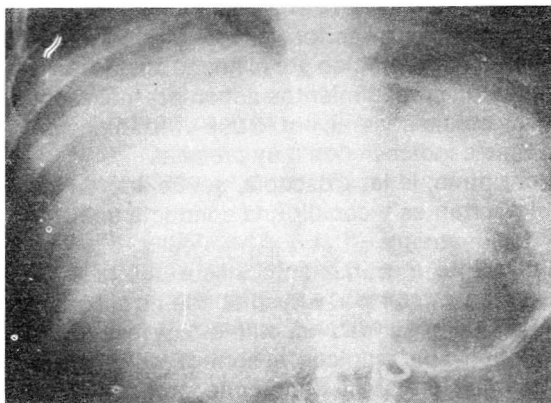
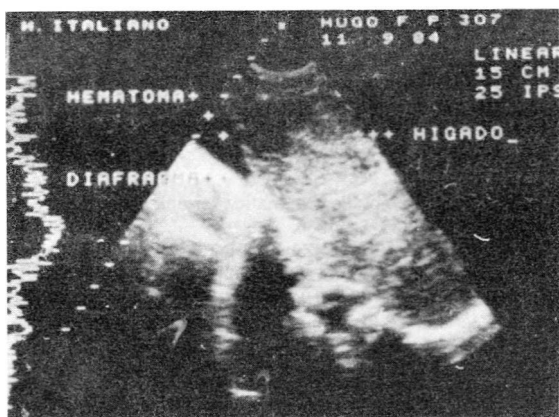
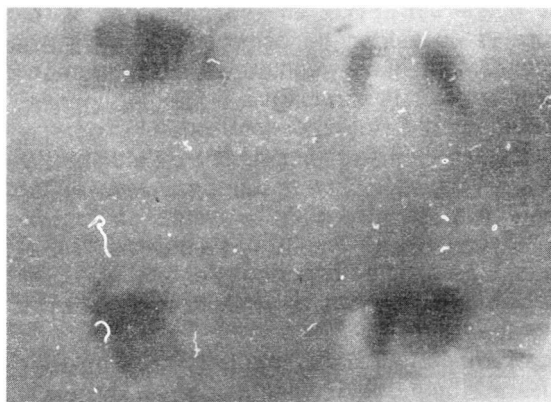
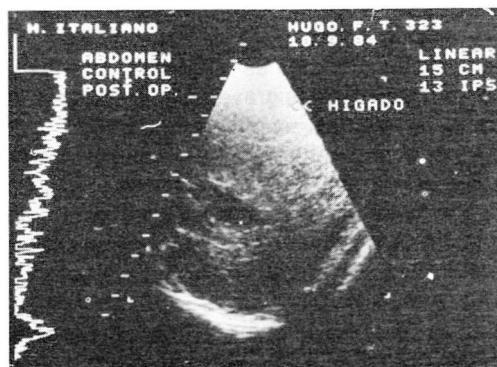
Tratamiento. Laparotomía por incisión transversa de H.D. Hematoma subcapsular de hígado gigante, que ocupa las 2/3 partes del lóbulo der. del hígado, comprimiendo el parénquima. Vesícula: s/p. V.B.P.: s/p. Bazo: s/p. Se practica drenaje del hematoma, dejando adherida a la superficie hepática el sector organizado del mismo. Drenaje subhepático con tubo de látex.

CASO N° 3. Escolar de 12 años, sexo masculino, procedente de Montevideo. Es arrollado por un tren e ingresa presentando una contusión pulmonar y un hemoperitoneo graves.

En el acto quirúrgico se comprueba un estallido de bazo y un hematoma retroperitoneal, practicándose una esplenectomía luego de un intento infructuoso de cirugía conservadora del bazo.

Ingresa a C.T.I. agravándose la situación respiratoria y persistiendo la inestabilidad hemodinámica

Se reinterviene encontrándose un hematoma profundo de lóbulo der. de hígado, que asoma por la cara inf., de 10 por 8 cm. Se procede a la evacuación del hematoma, mechándose la cavidad y colocándose un tubo de látex subhepático.



COMENTARIOS

Es bien conocido que el H.S. de hígado excepcionalmente se reabsorbe y en la enorme mayoría de los casos evoluciona hacia una rápida organización y al enquistamiento. Esta masa sanguínea enquistada absorbe agua, manteniendo el crecimiento del hematoma y aumentando el riesgo de complicaciones.

Las complicaciones más comunes son: - la ruptura; de entrada, la más grave, pues traduce la importancia de la extravasación sanguínea, o diferida ya sea por mantenimiento del sangrado o por hiperosmosis (ruptura en 2 tiempos). - la infección, rara de observar en los H.S. puros, es más frecuente en los hematomas centrales. - la hemobilia, complicación muy grave con elevada mortalidad

En nuestra serie los dos primeros casos se muestran como distintas etapas evolutivas del H.S., no presentando, a pesar de lo voluminoso (2º caso) accidente de ruptura ni infección.

El 3er. caso traduce lo traicionero y silencioso que puede ser el H.S. en su evolución y alerta sobre la necesidad de controlar clínica y paraclínicamente a los traumatizados de abdomen.

En cuanto a la paraclínica, en el niño, pensamos que la radiología y sobre todo la ecografía son los estudios de elección. Esta última no solo nos informa de la patología que presenta el paciente, sino que nos permite realizar un control evolutivo, por lo que aspiramos a que todo Servicio de Emergencia Pediátrico cuente con equipo y técnicos entrenados en la realización de este estudio.

La Tomografía Axial Computarizada es otro estudio de altísimo valor diagnóstico y en el control evolutivo. Lamentablemente su alto costo y las dificultades de obtención limitan su acceso.

La gamagrafía isotópica es otro estudio de utilidad pero su uso en la urgencia es limitado.

Las técnicas invasivas, p. ej.: la arteriografía ven limitado su empleo por el hecho de que, en el niño, estos procedimientos deben ser realizados con anestesia general, por lo que utilizan en condiciones e indicaciones muy precisas

Por último, la laparoscopia, puede aportar datos importantes y decidir una conducta quirúrgica.

En cuanto al tratamiento, hasta que la infraestructura asistencial y hospitalaria no alcancen un nivel de seguridad aceptable con respecto a los estudios paraclínicos, el control evolutivo y la contaminación ambiental (conocemos que en otros medios estos pacientes se siguen con

T.A.C. o ecotomografías seriadas y solo se intervienen los complicados o en vías de complicación), pensamos que estos pacientes deben ser laparatomizados y tratados quirúrgicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABERCROMBIE J. — Case of Haemorrhage of the Liver. Lond. Med. Gaz. 34: 792, 1844.
2. BERENGUER J., DELGADO F., CARRASQUER J., CABALLERO M., GOMEZ S., MARTIN J. — Hematoma Subcapsular Hepático Espontáneo del Adulto. Rev. Clín. Esp. 131: 137, 1973.
3. BRET J., JAMAIN B., COUPE C.I. — Les Hemoperitoinies du Nouveau-Né Secondaires a la Rupture D'Hematome Sous-Capsulaire du Foie. Arch. Fr. Pediatr. 13: 1043, 1956.
4. CHIZZOLA M. — Traumatismos de Abdomen en la Infancia. Monografía (Inédita), 1963.
5. ECHEVERRIA PRIETO P. — Heridas y Contusiones de Hígado. Congreso Uruguayo de Cirugía, 16º, 1: 7, 1965.
6. FALCO E. — Contusiones de Abdomen en la Infancia. Cir. Urug. 48: 95, 1978.
7. FROELICH J.W., SIMEONE J.F., MC KUSICK K.A., WINZELBERG G.G., STRAUSS H.W. — Radionuclide imaging and Ultrasound in Liver-Spleen Trauma. A prospective comparison. Radiology, 143: 457, 1982.
8. MADDING G.F., KENNEDY P.A. — Traumatismo del Hígado. Problemas Actuales de la Cirugía Clínica. Barcelona, Científica Médica, 1973.
9. MURGUIA E. — Hematoma Subcapsular de Hígado de Origen Traumático en el Niño. Rev. Cir. Urug. 38: 89, 1968.
10. OTERO J.P., ETCHEGORRY M. — Hematoma Subcapsular del Hígado. Shock mortal. Bol. Soc. Cir. Montevideo, 7: 209, 1936.
11. PIQUINELA J.A. — Las Rupturas Traumáticas del Hígado. An. Fac. Med. Montevideo, 43: 1, 1959.
12. PRADINES J. — Anatomía Patológica de los Traumatismos de Abdomen. Congreso Uruguayo de Cirugía, 7º, 1: 230, 1956.
13. PUENTE S., CONTRERAS J., MEDINA R., ALEE G. — Traumatismos Hepáticos. Cir. Urug. 52: 454, 1982.
14. RODRIGUEZ DE VECCHI V., MARELLA M. — Hematoma Subcapsular de Hígado. Cir. Urug. 43: 529, 1973.
15. RIOS BRUNO G. — Analisis de las Lesiones Anatómicas y Causas de muerte en los traumatismos de Hígado. Congreso Uruguayo de Cirugía, 16º, 1: 65, 1965.
16. SANCHIS CLOSA A., ARAGO J.V., CABALLERIA E. — Hematoma Hepático Subcapsular Gigante. Rev. Esp. Enfer. Apar. Dig. 48: 739, 1976.
17. SILVEIRA C. — Traumatismos de Abdomen. Congreso Uruguayo de Cirugía, 7º, 1: 149, 1956.
18. TAIBO W. — Hemobilia Traumática en una Niña de siete años. Cir. Urug. 36: 24, 1966.
19. TORTEIROLO E., PIACENZA G., RIOS BRUNO G., CASTIGLIONI J.C., BERGALLI L., GOLLER W., TRABEL J., CARDENZA H., DE VECCHI J., PERRIER J.P. — Complicaciones tardías de los secuestros hepáticos postraumáticos. Cir. Urug. 45: 81, 1975.