

Abdomen agudo quirúrgico hemorrágico por hematoma hepático subcapsular de lóbulo derecho. Reporte de caso clínico

Acute surgical abdomen hemorrhagic due to subcapsular hepatic hematoma of the right lobe. Clinical case report

Dario Fretes*
Sergio Insfran**
Panambi Aguilera***

Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas, Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

El hígado es el órgano más voluminoso del abdomen, lo que lo expone a ser altamente vulnerable durante un traumatismo abdominal. El hematoma hepático por definición es la lesión del hígado por trauma cerrado o penetrante, tanto del abdomen como de la parte inferior del tórax derecho, por lo general es muy infrecuente con pocos síntomas específicos. Actualmente el manejo tiende a ser cada vez más conservador, dejando la cirugía para casos específicos. La estabilidad hemodinámica es el factor más importante. La principal causa de falla de tratamiento no operatorio es la hemorragia persistente. Se presenta el caso de un masculino de 66 años, que acude al servicio con antecedente de caída de propia altura y dolor en hipocondrio derecho.

Palabras claves: Traumatismo, hígado, cirugía.

SUMMARY

The liver is the largest organ in the abdomen, leaving it highly vulnerable during abdominal trauma. Hepatic hematoma by definition is injury to the liver due to blunt or penetrating trauma, both of the abdomen and the lower part of the right thorax. The evolution in the diagnosis of liver trauma has achieved a decrease in mortality in recent years; it is generally very rare with few specific symptoms. Currently, management tends to be more and more conservative, leaving surgery for specific cases. Hemodynamic stability is the most important factor that influences the choice of the appropriate patient. The main cause of non-operative treatment failure is persistent bleeding. We present the case of a 66-year-old male, who came to the service with a history of falling from his own height and present with pain in the right upper quadrant.

Key words: Trauma, liver, surgery.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones hepáticas aisladas son raras y en el 77 a 90% de los casos se acompañan de lesiones en otros órganos. La mortalidad

por trauma hepático se ha reducido de un 60% a 15% en la actualidad en lesiones graves. En menos del 4% de los casos el fallecimiento se relaciona directamente con la lesión hepática.⁽¹⁻²⁾ La descripción en 1908 de Pringle sobre su experiencia con pacientes traumatizados y su técnica de control vascular del hilio hepático “maniobra de Pringle”, constituyó un punto de inflexión en el abordaje quirúrgico del traumatismo hepático.⁽¹⁾ El tratamiento no operatorio de lesiones hepáticas ha probado ser efectivo si se cumplen todos los requisitos para su aplicación y se cuenta con los medios hospitalarios necesarios para el manejo multidisciplinario de estos pacientes.⁽²⁻⁴⁾ Además el creciente uso de las técnicas laparoscópicas han modificado conductas quirúrgicas establecidas en el manejo del paciente traumatizado con pacientes estables y adecuadamente seleccionados para evaluación inicial.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 66 años, hipertensa, con lesión tumoral de 8 mm a nivel del tronco encefálico, con antecedente de 24 horas antes de una caída de propia altura sin pérdida del conocimiento. Refiere cuadro de dolor en hipocondrio derecho, de inicio brusco, de moderada intensidad tipo puntada que irradia posteriormente a flanco derecho; aumenta con el correr de las horas y se acompaña de náuseas sin vómitos. Niega sensación febril, diarrea, síntomas urinarios y otros síntomas acompañantes.

Al examen físico abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho, con signos de irritación peritoneal ruidos hidroaéreos disminuidos. Tacto rectal fondo de saco de Douglas doloroso resto sin particularidades.

Se realiza una ecografía abdominal donde informa una co-

* Jefe de servicio de cirugía.


** Jefe de guardia.

*** Residente de cirugía general

Autor correspondiente: Dr. Sergio Fretes - Correo electrónico: sergioinsfranesc@gmail.com

Dirección: Servicio de Cirugía General - Hospital Militar Central de las FF.AA. Prof. Luis Alberto Garcete e/ Don Bosco y Guillermo Arias. Asunción

Fecha de recepción: 21/10/2020 - Fecha de aprobación: 22/09/2021

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

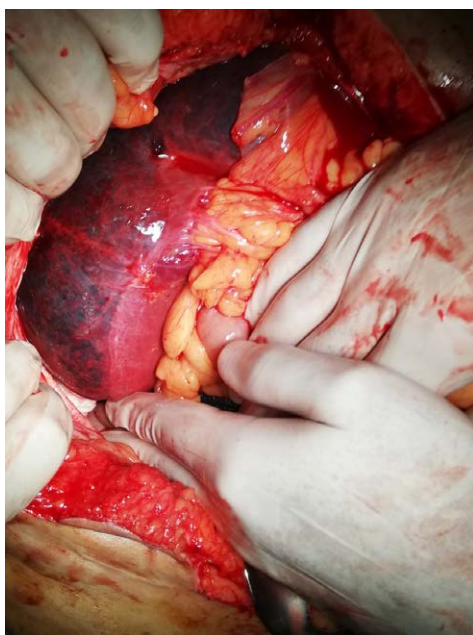


Figura 1. Hematoma hepático subcapsular con lesión puntiforme

lección líquida de 2200 cc subfrenica y líquido libre en la cavidad abdominal, retorna una hemoglobina de 5,6g/dL, hematocrito de 12% y un tiempo de protrombina de 70% por lo que se decide laparotomía de urgencia.

Como hallazgo quirúrgico se remarca:

- Líquido sanguinolento aproximadamente 2000 cc en cavidad.
- Un ematoma hepático subcapsular de lóbulo derecho con un orificio de 2 cm de diámetro aproximadamente, por donde se constata salida líquido sanguinolento color vinoso. (**Figura 1**)
- Se decide realizar packing con de 6 compresas de vientre y cierre de piel y celular considerando la inestabilidad hemodinámica de la paciente.

Al tercer día postoperatorio se decide relaparotomía y se realiza retiro de packing y colocación de drenaje multilumen ofrecido al lecho, además del cierre de pared abdominal. Al décimo día egresa con buena mecánica respiratoria, hemodinámicamente estable con un valor de hemoglobina de 10 g/dL y en plan de seguimiento ambulatorio con estudios de imágenes.

DISCUSIÓN

La localización más frecuente de hematomas hepáticos son del lóbulo derecho, en los segmentos 7 y 8 por frecuencia. Es mucho menor el porcentaje de hematomas hepáticos por traumatismo cerrado que en los abiertos. La ecografía tiene un papel importante en el algoritmo decisorio de los pacientes con traumatismo abdominal. Sin embargo, la tomografía computada es la técnica más sensible y específica para determinar la extensión y gravedad del traumatismo hepático.⁽¹⁻²⁾ Inicialmente la indicación del manejo conservador estaba indicado en las lesiones grados I y II, luego las indicaciones pasaron a las de grado III. Pachter et al, en 1991 y Durham et al, en 1992 sugerían que este tipo de tratamiento debería reservarse para los pacientes con lesiones de grados I-III.⁽³⁾ En líneas generales la exploración quirúrgica estaría indicada en un paciente inestable que no responde a la reanimación inicial, ante la presencia de lesiones asociadas que sean de resolución quirúrgica y ante el fracaso del manejo conservador.⁽³⁾

Conflicto de intereses y contribución de los autores

Todos los autores participaron en igual medida en la realización del presente estudio, y niegan conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavanderos FJ, Cárcamo IC. Traumatismo hepático. *Cuadernos de Cirugía*, 2001;25(1), 43-51. doi:10.4206/cuad.cir.2011.v25n1-07
2. Noyola Villalobos H, Loera-Torres M, Jiménez-Chavarría E, Núñez-Cantú O, García-Núñez L, Arcaute-Velázquez F. (2016). Tratamiento no operatorio de las lesiones hepáticas por trauma no penetrante: artículo de revisión. *Cirugía y cirujanos* 2016;84(3):263-266
3. Ugalde LJC, Ferrufino MAL, Martín-Melgarejo OG, et al. Manejo no operatorio del trauma hepático contuso severo. La excepción a la regla. Presentación de un caso. *Cir Gen*. 2009;31(1):51-55.
4. García del Castillo M, Flores Huerta V. Laparoscopia diagnóstica en trauma abdominal. *Trauma* 2003;6(1):15-20