

TRAUMA HEPÁTICO “NO QUIRÚRGICO”

Presentación de un caso grado III

DR. LUIS TRUJILLO P.

Médicos Residentes de Cirugía del Hospital Abel Gilbert Pontón,
Guayaquil - Ecuador

Autor; correo: luisedutru183@gmail.com

DR. PRISCILLA NAVARRETE.

Médicos Residentes de Cirugía del Hospital Abel Gilbert Pontón,
Guayaquil - Ecuador

Autor; correo: priscilla_michelle2212@hotmail.com



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 2 N°2 Periodicidad semestral Octubre-Diciembre pp. 19-22 12ISSN 2661-6726

Recibida 20 de octubre del 2021,
aprobado 07 de diciembre del 2021

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia en el manejo de un paciente con trauma hepático de forma no operatorios en adultos en la Unidad de Emergencia del Hospital Abel Gilbert Ponton.

La utilización de la T.A.C en la evaluación del trauma abdominal ha permitido el desarrollo del tratamiento No Operatorio en un grupo seleccionado de pacientes con traumatismos hepáticos cerrados. Se tomó en cuenta principalmente el Diagnóstico Tomográfico, controles de hematocrito, plaquetas y principalmente controles de signos vitales (presión arterial), y escala de Glasgow.

PALABRAS CLAVE: Trauma Hepático Cerrado, Tratamiento No Quirúrgico

ABSTRACT

We present our experience in the management of a patient with hepatic trauma in a non-operative way in adults in the Emergency Unit of the Abel Gilbert Ponton Hospital.

The use of TAC in the evaluation of abdominal trauma has allowed the development of non-operative treatment in a selected group of patients with blunt liver trauma. The Tomographic Diagnosis, hematocrit controls, platelets and mainly vital signs controls (blood pressure), and the Glasgow scale were taken into account.

KEY WORDS: Closed Hepatic Trauma, Non-Surgical Treatment.



INTRODUCCIÓN

La experiencia creciente con el criterio no operativo para el tratamiento de las lesiones traumáticas de los órganos sólidos ha demostrado que en su mayor parte, los pacientes pediátricos y adultos con traumatismos hepáticos, esplénicos y renales se pueden tratar con seguridad sin operarlos, si se garantiza su estabilidad hemodinámica.

El tratamiento No operatorio de las lesiones hepáticas está ganando muchos adeptos y los porcentajes de éxitos conseguidos van aumentando conforme aumenta la experiencia en su manejo, uso, interpretación de la ecografía y la tomografía computarizada. (1,2,3).

Las lesiones hepáticas leves (tipo I, II) pueden ser tratadas en su mayoría en forma no operatoria con excelentes resultados y casi nula morbilidad. La mayoría de las lesiones hepáticas graves (tipo III, IV) serán subsidiarias de tratamiento quirúrgico, pudiendo intentarse tratamiento no operatorio en sus casos muy concretos de escaso hemoperitoneo (sangrado) y situaciones hemodinámicamente estables bajo estrecha vigilancia UCI y en un hospital perfectamente dotado.

La ecografía y la tomografía computarizada han sido las dos exploraciones de gabinete que han contribuido a este revolucionario cambio de criterio permitiendo el diagnóstico no solo de la lesión, sino también de su gravedad y pronóstico.

La ecografía y la tomografía computarizada han sido las dos exploraciones de gabinete que han contribuido a este revolucionario cambio de criterio permitiendo el diagnóstico no solo de la lesión sino también de su gravedad y pronóstico (4).

Actualmente no existen dudas que un paciente hemodinámicamente estable y con lesiones traumáticas del hígado que tomográficamente pueden ser catalogadas como grado I, II, III su tratamiento inicial debe ser conservador (5), con controles muy estricto de hematocrito, hemoglobina, plaquetas, leucocitos, amilasa, ecografías subsecuentes, valoración del nivel de conciencia según la escala de Glasgow y signos vitales.

Se tomó en cuenta principalmente el Diagnóstico Tomográfico, controles de hematocrito, plaquetas y principalmente controles de signos vitales (presión arterial), y escala de Glasgow.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es de tipo retrospectivo observacional, se realizó durante los años 2002 a 2005 (4 años) y del 2009 a 2011 (3 años) con el objetivo de abarcar diferentes tiempos de evolución del Hospital Abel Gilbert Pontón. Para esto se utilizó una hoja de recolección de datos donde constaban los factores de riesgo quirúrgico descritos con más frecuencia en la literatura. Los datos eran recolectados directamente del paciente o de la historia clínica.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes adultos que fueron intervenidos en forma de emergencia o programados y presentaron alguna complicación producto de la cirugía.

Criterio de exclusión: Niños y pacientes adultos que fueron intervenidos en otro centro de salud hospitalario.

RESULTADOS

H. C. 856358, paciente de sexo masculino, 40 años de edad, fecha de ingreso 23 de Junio /2020



Motivo de ingreso: Trauma cerrado de abdomen (accidente de tránsito) de 1 días de involución.

Signos y síntomas: Dolor abdominal generalizado, distensión, náuseas y vómitos.

Al examen físico el paciente se encuentra orientados en tiempo y espacio Glasgow 15/15.

Otros traumatismos asociados: Fractura de maxilar inferior y de húmero derecho.

Signos Vitales: P.A 120/60 Pulso 68x' F.R 18

Examen de sangre: Hto 22,2 G. Blancos 8.400 Plaquetas 280.000.

Método de diagnóstico: Ecografía (liquido en espacio subcapsular. tomografía (ruptura del lóbulo izquierdo con hematoma).

Tomografía computarizada (hematoma intraparenquimatoso y subcapsular). Se transfundió 2 unidades de sangre.

Hospitalización: 10 días

Condiciones del alta: Buenas.

Figura 1. Tomografía: hematoma intraparenquimatoso



CONCLUSIONES

La estabilidad hemodinámica en las primeras 24 horas constituye el criterio de selección más importante. En los hospitales CAN MISSES de Ibiza y Hospital General Gregorio Marañón de Madrid, donde se ven alrededor de 3

Figura 2. Paciente politraumatizado con letrero de NO tocar abdomen.



pacientes con trauma hepático no quirúrgico anuales (estadística de 1991 a 1993), se utiliza algunos entre ellos (6) :

1. Edad inferior a 65 años
2. Estabilidad hemodinámica (signos vitales estables, diuresis de 50 cc).
3. Ausencia de T. C. E.
4. Determinación de grado de lesión hepática por T.A.C (según escala de Moore).
5. Disponibilidad de ingreso a U.C.I
6. Ausencia de irritación peritoneal generalizada.

Existen ciertos riesgos en el tratamiento no operatorio en trauma abdominal entre ellos (7):

1. Que se pasen lesiones inadvertidas de otras vísceras.
2. Hemorragias continuas
3. Tratamientos retrasados.

Mirvis y colaboradores (1989) desarrollaron una clasificación de lesión hepática basada en la tomografía computarizada para estudiar la gravedad de los traumatismos hepáticos e identificar el criterio para el pronóstico y tratamiento. Los autores demostraron que los grados I a IV de la lesión hepática generalmente pueden ser tratados sin necesidad de cirugía (8,9).

La presencia de hemoperitoneo no es una indicación absoluta de cirugía, no se ha



descrito todavía ningún método cuantitativo y fiable para determinar su cantidad exacta (10).

La tomografía computarizada, su uso, su resolución y una buena interpretación nos ha permitido el desarrollo del tratamiento no operatorio en un grupo muy seleccionado de pacientes con traumas hepático cerrado (11).

La estabilidad hemodinámica del paciente (presión arterial, pulso, diuresis, Glasgow, etc.) en las primeras 24 horas constituye el método de selección más importante. El hemoperitoneo como factor aislado no excluye la posibilidad de realizar un tratamiento No operatorio. Actualmente se está utilizando LAPARASCOPIA con buenos resultados en el diagnóstico de los traumas hepáticos cerrados (12). La mejor forma de clasificar los traumas hepáticos es según la escala de injuria de MOORE (13).

BIBLIOGRAFÍA

1. CYWES. S. Blunt liver trauma in childre nonoperatorative management. J. PEDIATRIC 198. No 20, Pág. 14.
2. Feliciano D. Management of 1000 consecutive casos of hepatic trauma. ANN SURG 1986, 204: 438 – 443. Surgevery for liver trauma. SURG CLIN NORTH AM 1989, 69: 273 – 283.
3. González J. Traumatismo hepático, factores de riesgo y tratamiento. Cirugía Española 1990 No 48, Pág. 666- 671.
4. Pérez M. Criterios actuales en el tratamiento de las lesiones del hígado. Cirugía Española Feb.1996 Vol. 59 No 2, Pág. 101.
5. Rius X. Trauma Hepático hoy. Cirugía Española Vol. 59, Feb. 1996 No 2 Pág. 99
6. Morales R. Controversia en el tratamiento No operatorio del trauma hepático cerrado adulto. Cirugía Vol 59 Feb. 1996 No. 2 Pág. 106.
7. Mc. Connell D. Tratamiento no operatorio de traumatismo abdominal. Clínica quirúrgica de Norteamérica 3/1990. Pág. 686.
8. Kresrin Ch. Traumatismo abdominal. Diagnóstico por imágenes. Cap. 15 Pág. 216.
9. Mirvis S.E. Blunt hepatic trauma in adult: CT basec clasification and correlation with prognosis and treatment “RADIOLOGY” 1989 No. 17, Pág.27 – 32.
10. Federle MP. Hemoperitoneum studied by computed tomograpy. “Radiologi” 1983 No 148 Pág. 187 – 192.
11. Armegol M. Tratamiento no operatorio de los traumas hepáticos. Cirugía Española 1991 No 50 Pág. 446.
12. Haubold b. Intrahepatic subcapsular hematoma. Surgical Laparoscopy Vol.8 No.4 1998 Pág. 304.
13. Mooree. Organ injury sacilng: Liver. Journal of Trauma Vol. 38 No3 Pág. 323.

