

## MANEJO DE LA LESION HEPATICA EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

Dr. Jhoe Arévalo, Dra. Ligia Acosta, Dra. Lourdes Logroño,  
Dr. Raúl Villacís, Dr. Carlos Noboa, Dr. Máximo Torres

### RESUMEN

Los autores presentan 35 casos de traumatismo hepático en una revisión perteneciente a un período de 5 años. Se halla una mayor frecuencia en varones de la cuarta década de la vida, teniendo como causa más frecuente el trauma abierto de abdomen por arma de fuego, le sigue el trauma contuso de abdomen por accidente automovilístico; la cuarta parte de pacientes con lesión hepática llegaron al servicio de Emergencia con shock grave. Los grados I y II de acuerdo a la clasificación de Aldrete son las lesiones hepáticas más frecuentes.

El tratamiento fundamentalmente se basa en sutura, drenaje, 2 lobectomías, y un empaquetamiento. La mortalidad se debe a la falla hemodinámica la que es proporcional al grado de shock del ingreso, al tipo de lesión hepática y al compromiso de otros órganos intraabdominales como por Ejm. Colon.

### INTRODUCCION

Los traumatismos hepáticos constituyen en la actualidad una urgencia relativamente frecuente en un hospital general. En los últimos años se ha incrementado la frecuencia de la lesión hepática, existiendo una serie de razones que justifican este aumento, como lo es la mayor frecuencia de accidentes de tránsito, de las agresiones propias de las grandes ciudades. Por otra parte se ha mejorado las técnicas de transporte y de reanimación, haciendo posible que muchos de estos lesionados lleguen con vida a los centros hospitalarios cuando antes fallecían.

La lesión de hígado se sospecha en todos los pacien-

tes con traumatismo penetrante o contuso que afecte el tórax inferior o el abdomen superior. Entre los pacientes con trauma penetrante, el hígado ocupa el segundo lugar detrás del intestino delgado, en el trauma contuso también ocupa el segundo lugar luego del bazo.

La mortalidad de los traumatismos hepáticos suele ser elevada, en esto incide no solo la gravedad de las propias lesiones hepáticas, sino también las lesiones acompañantes, pues en un gran número de casos se trata de politraumatizados con compromiso craneal, torácico, del sistema esquelético o de otras vísceras abdominales como bazo, colon, como suele acontecer en los accidentados de tránsito.

El presente trabajo pretende conocer cuál es el comportamiento del cirujano, frente al trauma hepático, el mismo que se trata en la gran mayoría del residente 3 de post-grado de Cirugía, quien hace el manejo inicial y el tratamiento operatorio.

### MATERIALES Y METODOS

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se analizan los expedientes clínicos de 35 pacientes con diagnóstico de trauma hepático, en período de 5 años desde Enero de 1988 a Diciembre de 1992 en el Servicio de Cirugía General del "Hospital Eugenio Espejo".

Se estudia edad, sexo, tipo de transporte, grado de shock, tipo y grado de lesión hepática, exámenes realizados, tratamiento instaurado, relación con otras vísceras lesionadas y morbimortalidad.

Para conocer el estado hemodinámico del paciente al ingreso de emergencia se ha tomado en cuenta los signos vitales como TA y FC. y han sido clasificados en shock grave aquellos con una frecuencia cardíaca

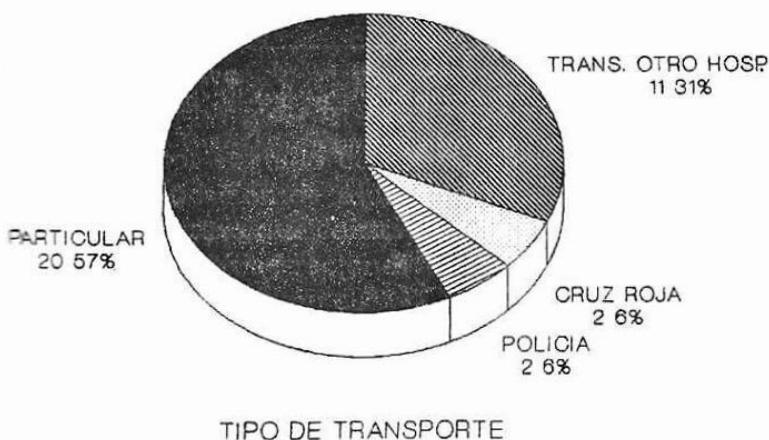
de más de 120 y una presión sistólica menor de 100 mm Hg.

Para agrupar el grado de lesión hepática hemos tomado la clasificación de Aldrete, que la consideramos la más completa la que consta de 5 grados.

- I. Pequeñas laceraciones capsulares con hemorragia mínima o sin ella.
- II. Pequeños desgarros o laceraciones con hemorragia activa.
- III. Lesiones importantes que precisan la identificación de elementos biliares y vasculares, y se suelen solucionar con debridamientos y suturas.
- IV. Lesiones más profundas, que necesitan tratarse con hepatectomías más o menos típicas.
- V. Grandes desgarros de hígado, con afección de estructuras hepáticas, retrohepáticas e hiliares.

## RESULTADOS

En el estudio de 35 casos de lesión hepática tenemos que, los pacientes tienen una edad promedio de presentación de 33,21 años con una fluctuación entre 16 y 70 años. Los hombres fueron afectados en el 94,28 o/o estos es 33 pacientes, en cambio las mujeres afectadas son 2 (5,72 o/o). El transporte utilizado hasta llegar al hospital se indica en la Fig. 1. El tipo de trauma hepático se señala en la tabla I. 10 pacientes llegaron con shock grave a emergencia igual a 28,57 o/o. Los exámenes solicitados son Rx, 20 (51,14 o/o). El lavado peritoneal se realizó en 14 (20 o/o) y la paracentesis se efectuó en 10 (28,5 o/o). El grado de lesión hepática de acuerdo a la clasificación de Aldrete es grado I 7 (20 o/o), grado II 20 (57,24 o/o), grado III 5 (14,28 o/o), grado IV 2 (5,71 o/o), y grado V 1 (2,87 o/o). La relación del trauma hepático con otras lesiones corporales es con tórax 4 (11,42 o/o), cráneo 3 (8,57 o/o), pelvis 3 (5,715 o/o), miembros tanto superior como inferior 2 (5,71 o/o) cada uno.



El tratamiento instaurado se indica en la tabla II, la relación con otras regiones corporales está en la tabla III, las complicaciones post-operatorias se presentaron en el siguiente orden, sangrado post-operatorio 3 (8,57 o/o), Insuficiencia renal aguda 2 (5,71 o/o), co-

TABLA I.- TIPO DE TRAUMA

TIPO	No.	o/o
ABIERTO	24	68.70
BLANCA	8	22.85 o/o
BALA	12	34.28
OTROS	4	11.41
CERRADO	11	31.33
VEHICULO	10	28.57
CAIDA	1	2.87

Arch. Hospital Eugenio Espejo.

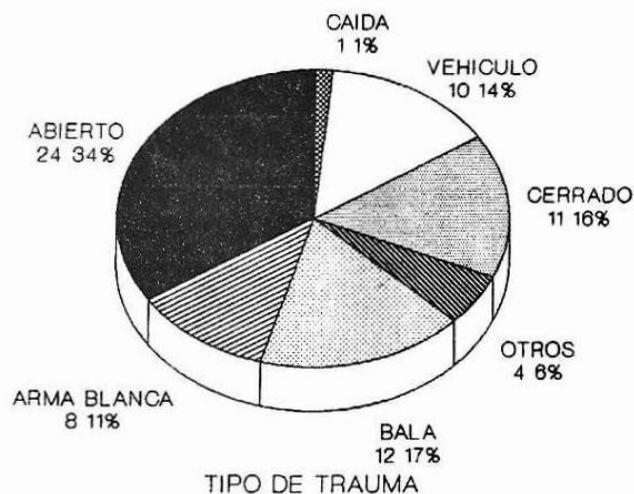


TABLA II.- TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	No.	o/o
Rafia de hígado	20	57.14
Drenaje solo	9	25.51
Lobectomía	2	5.71
Fallece intraoperatoria	2	5.71
Hemostasia con dren transhepático	1	2.87
Empaquetamiento	1	2.87

Arch. Hospital Eugenio Espejo.

lección intraabdominal 2 (5,71 o/o).

La mortalidad está en la tabla IV. El tiempo promedio de hospitalización es de 12,83 días, con una fluctuación entre 2 y 34 días.

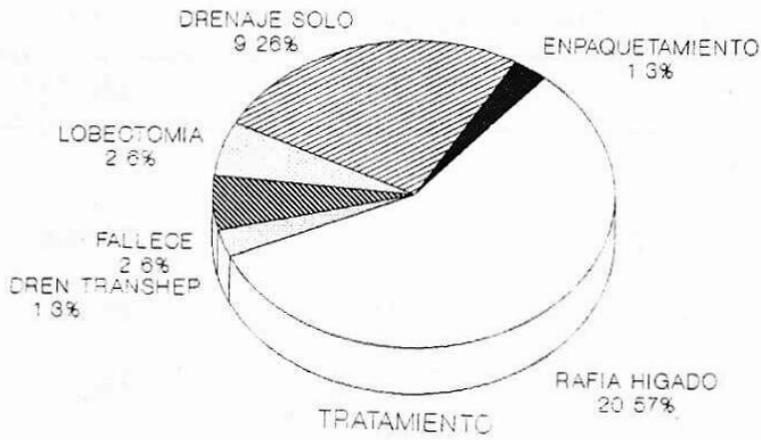


TABLA III.- OTROS ORGANOS

OTROS	No.	o/o
Intestino delgado	20	57.14
Colon	8	22.85
Estómago	6	17.14
Pelvis	4	11.42
Diafragma	4	11.42
Bazo	3	8.57
Páncreas	3	8.57
Riñón	3	8.57
Duodeno	2	5.71
Vejiga	2	5.71
Gran. Vasos	2	5.71
Colédoco	1	2.87
Promedio		

Arch. Hospital Eugenio Espejo.

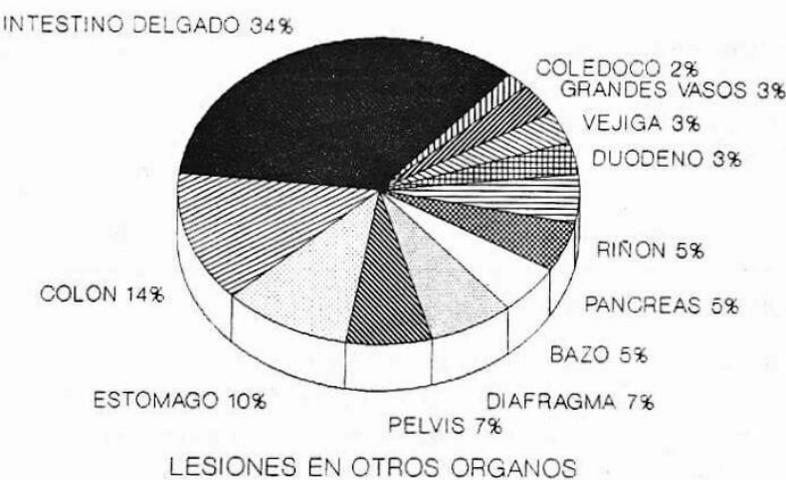
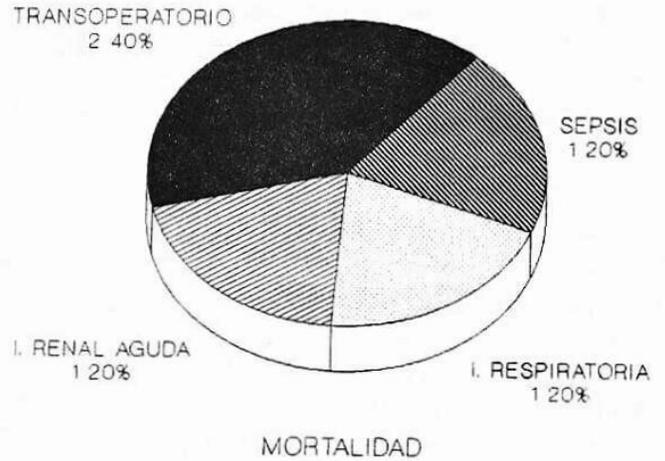


TABLA IV.- MORTALIDAD

MORTALIDAD	No.	o/o
Transoperatorio	2	5.71
Insuficiencia renal aguda	1	2.87
Insuficiencia respiratoria	1	2.87
Sepsis	1	2.87

Arch. Hospital Eugenio Espejo.



## DISCUSION

La mayor presentación del trauma hepático en varones de la cuarta década de vida es comprensible por las causas de trauma, relacionadas estas con accidentes automovilísticos o heridas por arma de fuego o arma blanca, que afectan más a este grupo humano, estos datos están en relación con la literatura mundial. El transporte en su mayor parte es empírico. Se destaca la transferencia de pacientes desde otros centros médicos de la ciudad y provincia, lo que hace de este hospital el lugar de mayor atención de pacientes con trauma hepático, dentro de los hospitales del Ministerio de Salud Pública.

El trauma abierto es más frecuente que el cerrado en la etiología de la lesión hepática, y dentro del abierto es el ocasionado por arma de fuego, en tanto que el cerrado por accidentes automovilísticos. Estos datos están en correlación con los de Tom Sheirs USA; pero contrastan con los informes españoles como son los del Hospital Clínico de Valencia.

En más de las dos terceras partes la lesión hepática fué I o II, requiriendo para su tratamiento una simple sutura, o ningún procedimiento porque al abrir la cavidad el hígado ya no sangraba, en cambio las lesiones IV o V fueron mortales.

La morbimortalidad de la lesión hepática además del tipo de lesión hepática, también está en relación con el grado y número de vísceras intraabdominales

traumatizadas acompañantes, esto es cuanto mayor es el número de vísceras lesionadas mayor es la gravedad del paciente.

Las complicaciones post-operatorias como sangrado, nos habla de una mala técnica inicial en el tratamiento, la insuficiencia renal aguda con hipovolemia, en tanto que la insuficiencia respiratoria y la sepsis, está relacionada con hipovolemia prolongada, perforación de víscera hueca, especialmente el colon. La mortalidad está dada por dos causas fundamentales, falla hemodinámica y sepsis con un 14,28 o/o.

## CONCLUSIONES

La mortalidad del 14 o/o, reportada en el Hospital Eugenio Espejo está dentro de los parámetros mundiales.

El 80 o/o de pacientes con lesión hepática necesita de medidas simples, en cambio un 20 o/o requieren del concurso de un cirujano traumatológico experimentado.

La reanimación adecuada del paciente en emergencia, el diagnóstico rápido y la intervención en manos de un cirujano experimentado salvará más vidas en pacientes con trauma grave de hígado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Feliciano, DV.: Mattox, KL.: Packing for control of hepatic hemorrhage. *J. Trauma*. 26(10): 738, 1986.
2. Fabian, TC; Mangiante, EC.: A prospective study of 91 patients undergoing both computed tomography y peritoneal lavage following blunt abdominal trauma. *J. Trauma*. 26(5): 602, 1986.
3. Fedule, MP.: Grass, RA.: Computed tomography in blunt abdominal trauma. *Arch Surg*. 117(4): 645, 1982.
4. Coln, D.: Schorn, L.: Successful management of hepatic vein injury from blunt trauma in children. *Ann J. Surg*. 190 (3): 458, 1980.
5. Fisher, R.: Perry, R.: The value of peritoneal drains in the treatment of liver injuries. *J. Trauma*. 18(6):393, 1978.
6. Flint, LM.: Polk, HC.: Selective hepatic artery ligation e limitations and failures. *J. Trauma*. 19(4):319, 1979.
7. Mc Clelland, R.: Shires, T.: Hepatic resection for masive trauma. *J. Trauma*. 4(3): 282, 1974.
8. Lucas, CE.: Prospective evaluation of hemostatic tech-

9. Pachter, HL.: Spencer, FC.: Resent concept in the treatment of hepatic trauma. *Ann Surg*. 190(8): 423, 1979.
10. Moore, E.: Critical decisions in the management of hepatic trauma. *Ann J. Surg*. 148(3): 712, 1984.
11. Morgenstern, L.: Michel, SL.: Control of hepatic bleeding with microfibrillar collagen. *Arch Surg*. 112(3):941, 1977.
12. Pringle, JH.: Notes on the anest of hepatic hemorrhage due to trauma. *Ann Surg*. 48(3):541, 1980.
13. Scott, CM.: Heeran, TF.: Intraabdominal sepsis after hepatic trauma. *Ann J. Surg*. 155(3):284, 1988.
14. Moore, FA.: Seagraves, A.: Non resectetional management of major hepatic trauma. *Ann J Surg*. 150(3):725, 1985.
15. Rovito, PF.: Atrial cava shunfing in blunt hepatic vascular injury. *Ann Surg*. 205(50):318, 1987.
16. Kram, HB.: Fleming, A.: Use the fibrin glue in the hepatic trauma. *J. Trauma*. 27(3):825, 1987.
17. Maingot, SE.: Traumatismo abdominal. Panamericana, Buenos Aires, 1986, 518-540.
18. Sabiston, D.: Tratado de Patología Quirúrgica. Interamericana, México, 1987, 820-830.
19. Schwartz, E.: Principios de Cirugía. Panamericana, México, 1990, 850-851.
20. Philip, C.: Judson, B.: Cirugía Hepática. Clínica Quirúrgica de Norteamérica. 69(2): 281, 1989.
21. Iwatsuki, S.: Gordon, RD.: Role of liver transplantation in cancer therapy. *Ann Surg*. 187(3): 599, 1978.
22. Burch, JM.: Feliciano, DV.: The atriocaval shunt: Facts and fiction. *Ann Surg*. 207(2): 555, 1988.
23. Gutienes, C.: Trauma Hepático. *Revista Chilena*. 42(2): 231, 1988.
24. Lombardi, DS.: Traumatismo Abdominal. *Revista Chilena*. 40(1): 62, 1990.
25. Oliver, J.: Ernest, E.: Valoración inicial del paciente con traumatismo abdominal no penetrante. *Clínica Quirúrgica de Norteamérica*. 70(3): 503, 1990.
26. Peter, C.: Camisano, M.: Tratamiento de la hemorragia masiva relacionada con traumatismos abdominales. *Clínica Quirúrgica de Norteamérica*. 70(3): 603, 1990.
27. Donald, B.: Mc Connell, D.: Tratamiento no operatorio de traumatismos abdominales. *Clínica Quirúrgica de Norteamérica*. 70(3): 685, 1990.
28. Caffee, H.: Benfield, JR.: Is peritoneal lavage for the diagnosis of hemoperitoneum safe?. *Arch Surg*. 103(4): 450, 1971.
29. Divicenti, FC.: River, JD.: Blunt abdominal trauma. *J. Trauma*. 8(4): 1004, 1978.
30. Feliciano, DV.: Mattox, KL.: Management of 1000 consecutive cases of hepatic trauma. *Ann Surg*. 204(4): 438, 1986.