



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA
SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA



**MANEJO DEL TRAUMATISMO
HEPÁTICO EN EL HOSPITAL
CLÍNICO VIEDMA**

Autor: Dr. Marcelo E. Almanza Uribe
Médico Residente – RII
Especialidad Cirugía

Tutor: Dr. Johnny Camacho Apaza
Cirujano General

COCHABAMBA – BOLIVIA
FEBRERO, 2009

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos.....	i
Dedicatoria.....	ii
Resumen.....	iii
	Página
I. Introducción.....	1
II. Planteamiento del problema.....	1
III. Objetivos.....	1
III.1. Objetivo general.....	1
III.2. Objetivos específicos.....	2
IV. Justificación.....	2
V. Marco Teórico.....	2
V.1. Escala de lesiones del hígado	3
V.2. Tratamiento no operatorio de lesiones hepáticas	4
V.3. Tratamiento operatorio de lesiones hepáticas.....	7
VI. Marco metodológico.....	17
VII. Resultados y discusión.....	19
VIII. Conclusiones.....	29
IX. Recomendaciones.....	30
X. Referencias bibliográficas.....	31
XI. Anexos.....	32

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

<i>Tabla</i>	<i>Página</i>
1. Asociación del estado hemodinámico a grado de lesión Hepática.....	21

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRACIONES

<i>Figuras</i>	<i>Página</i>
1. Grupo etáreo y lesión hepática.....	19
2. Mecanismo del trauma y lesión Hepática.....	20
3. Escala de lesión Hepática.....	21
4. Tratamiento quirúrgico según tipo de lesión Hepática.....	23
5. Asociación de trauma Hepático a otras lesiones.....	24
6. Complicaciones del tratamiento quirúrgico.....	25
7. Condición al alta y relación a lesión hepática.....	25
8. Relación control laboratorio pacientes no quirúrgicos.....	27

MANEJO DEL TRAUMATISMO HEPATICO EN HOSPITAL

CLINICO VIEDMA

I. INTRODUCCION.-

A pesar de su localización relativamente protegida, el hígado, después del bazo, es el órgano que mas frecuentemente resulta lesionado por traumatismo, ya sea abdominal o torácico. Cuando un traumatismo afecta al hígado, es muy probable que concurren lesiones en órganos a otros niveles, ya que su afección se asocia con impactos de alta energía. El traumatismo hepático grave es un reto tanto diagnóstico como terapéutico. Las lesiones hepáticas complejas suponen entre el 10% y el 30% de todas las lesiones hepáticas y siguen presentando una elevada mortalidad, que oscila entre el 40 y el 80 %.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

El manejo de las lesiones hepáticas ha variado considerablemente en las últimas décadas, de tal manera que actualmente existe una tendencia orientada hacia el manejo no quirúrgico de los pacientes con traumatismo hepático.

III. OBJETIVOS.-

OBJETIVO GENERAL:

Conocer y analizar las características del manejo del traumatismo hepático en los pacientes del Hospital Viedma.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer las características de los pacientes con traumatismo hepático ingresados en el hospital Viedma.
- Describir mecanismos de lesión.
- Identificar las escalas de gravedad del trauma hepático.
- Identificar las lesiones asociadas.
- Describir los métodos diagnósticos en trauma hepático.
- Conocer los tratamientos realizados.
- Identificar las complicaciones del tratamiento del trauma hepático.
- Conocer la estancia hospitalaria y la morbimortalidad.

IV. JUSTIFICACION.-

Ante el incremento acelerado de los traumas abdominales abiertos y cerrados en nuestro medio y la asociación de un órgano noble como el hígado, es de vital importancia el conocimiento de las medidas a tomar ante estas situaciones para de esta manera mejorar la supervivencia de la población demostrando la importancia de la toma de una buena conducta en pacientes que acuden a nuestro servicio por los problemas mencionados.

V. MARCO TEORICO.-

El trauma cerrado puede producir hematoma intrahepático o fracturas del órgano, mientras el trauma penetrante comúnmente produce laceraciones; en ambas situaciones puede haber desgarro, laceraciones o avulsiones vasculares.

CLASIFICACION:

Según la causa, el trauma hepático se puede clasificar de manera general en dos tipos:

TRAUMA CERRADO: Cuando el mecanismo de injuria es la compresión brusca del abdomen superior o de la porción inferior del hemitorax izquierdo. Puede producir disrupción de la cápsula de Glisson y fracturas del parénquima hepático que pueden ir desde un desgarro mínimo hasta un grave compromiso vascular, de las venas

suprahepáticas, de la vena cava, de la arteria hepática y de la vena porta. Los traumas cerrados pueden tener un componente penetrante, cuando se asocian con fracturas costales.

TRAUMA PENETRANTE: Se deben a heridas por proyectil de arma de fuego o por arma punzocortante. Las heridas por arma de fuego producen un trauma mayor con desvitalización asociada del parénquima.

ESCALA DE LESIONES DEL HÍGADO

GRADO	DESCRIPCION DE LA LESION
I Hematoma Laceración	Subcapsular, no en expansión, < 10 cm de área superficial. Desgarro capsular, no hemorrágico, < 1 cm de profundidad parenquimatosa.
II Hematoma Laceración	Subcapsular, no en expansión, 10 a 50% de área superficial; intraparenquimatosa, < 10 en diámetro. Desgarro capsular, hemorragia activa; 1 a 3 cm de profundidad parenquimatosa, < 10 cm en extensión.
III Hematoma Laceración	Subcapsular, >50% de área de superficie o en expansión; hematoma subcapsular roto con hemorragia activa; hematoma intraparenquimatoso > 10 cm o en expansión. > 3 cm de profundidad parenquimatosa.
IV Hematoma Laceración	Hematoma intraparenquimatoso roto con hemorragia activa. Rotura parenquimatosa que incluye 25 a 75% de lóbulo hepático o 1 a 3 segmentos de Couinaud en un lóbulo simple.
V Laceración Vascular	Rotura parenquimatosa que incluye > 75% de lóbulo hepático o > 3 segmentos de Couinaud dentro de un lóbulo simple. Lesiones venosas yuxtahepáticas(es decir, vena cava retrohepática/venas hepáticas mayores)
VI Vascular	Arrancamiento hepático.

Fuente: Trauma de Mattox-Feliciano 2001.

DIAGNOSTICO Y EVALUACION DEL PACIENTE CON TRAUMA CONTUSO.-

El paciente hemodinámicamente estable puede someterse a estudios diagnósticos y consultas adicionales por otros especialistas.

Lavado Peritoneal Diagnostico. Inconvenientes 1) Falta de especificidad acerca de cual es el órgano lesionado, 2) Sensibilidad excesiva para detectar cantidades diminutas de sangre en la cavidad peritoneal, 3) Incapacidad para identificar lesiones del diafragma o de las estructuras retroperitoneales(páncreas, riñón, colon y recto).(4)

Tomografía Axial Computarizada. Capacidad de detectar rápidamente no solo presencia de sangre sino la evaluación de lesiones de órganos sólidos. (4)

1) Define el grado anatómico de lesión, 2) Cuantifica el nivel de sangre en cavidad peritoneal, 3) Detecta de manera confiable la presencia de lesiones tanto intraperitoneales como retroperitoneales. (4)

Ultrasonografía. Es la prueba diagnostica inicial preferida en individuos con lesión abdominal contusa.

Laparoscopia. Evitaría exploraciones abdominales innecesarias. Sin embargo la incertidumbre acerca de la posibilidad de que pasen inadvertidas lesiones, tanto entericas como esplénicas, resalta las limitaciones actuales de este método. (4)

TRATAMIENTO NO OPERATORIO DE LESIONES HEPATICAS.-

La sangre en cavidad peritoneal ya no requiere celiotomía obligatoria en los pacientes que continúan en estado hemodinámico estable.

Con base en una extensa literatura que cita la tasa considerablemente alta de éxito con el tratamiento no operatorio de las lesiones hepáticas contusas, los cirujanos están en disposición regular de realizar este procedimiento. (4)

TRATAMIENTO NO OPERATORIO DE LAS LESIONES HEPÁTICAS CONTUSAS.

La estabilidad hemodinámica es el requisito simple más fundamental. Una vez evaluada la estabilidad hemodinámica, debe satisfacerse el siguiente criterio: 1) Ausencia de signos peritoneales; 2) Delineación precisa con estudio de TAC y graduación de la American Association for the surgery of trauma de la lesión, 3) Ausencia de lesiones

intraabdominales o retroperitoneales relacionadas en la TAC que requieren intervención quirúrgica y 4) Evitar las transfusiones sanguíneas excesivas relacionadas con el hígado. (4) Esta modalidad de tratamiento será aplicable en un número mayor de pacientes, sin duda más de 50% y posiblemente en casi 80%.(4)

Se limitaran inicialmente a lesiones de G I a III. Sin embargo el estado hemodinámico del paciente más que el grado de lesión en la TAC fue lo que constituía el factor más significativo para valorar la necesidad de intervención operatoria.

Puede tratarse sin cirugía hasta en 21 a 38% de individuos seleccionados con lesiones de grados IV o V. (4)

Complicaciones y resultados relacionados con el tratamiento no operatorio:

La tasa de éxito fue 96%. La necesidad de transfusiones en los pacientes tratados no operatoriamente continúa declinando al estar actualmente los cirujanos menos presionados a mantener una cifra de hematocrito de 30 o mayor. La duración de la estancia hospitalaria (UCI) media fue de 13 días, sin embargo el egreso temprano se considera “arriesgado”. La incidencia de hemorragia fue de 3.3%. Acumulaciones de bilis (biloma) 3% y abscesos 0.7%. Lesiones de los conductos biliares y estrecheces tardías. Síndrome de Budd-Chiari (obstrucción del flujo de salida venoso hepático) es una complicación infrecuente. (4)

Entre el 5 y el 42% de los casos presentan alguna complicación asociada al tratamiento no quirúrgico. Estas complicaciones son: hemorragia, fuga biliar (fístula biliar, bilioma o coleperitoneo), hemobilia, síndrome compartimental abdominal, presencia de otras lesiones viscerales inadvertidas, necrosis hepática y absceso hepático. La mayoría de estas complicaciones puede resolverse de forma conservadora, aunque un pequeño porcentaje de casos precisará una intervención quirúrgica. La morbilidad está directamente relacionada con la gravedad de la lesión hepática: el 0% en lesiones de grado I y II, el 1% en lesiones de grado III, el 21% en lesiones de grado IV y el 63% en lesiones de grado V. (7)

Rastreo con TAC después de la observación.

Algunos investigadores han recomendado repetir los estudios a las 48 a 72 hrs. después de la lesión y luego de 3 a 6 semanas. Algunos han sugerido que se practiquen rastreos 24 a 48 hrs. después de la lesión, luego de 5 días a una semana después y finalmente en un mes. (4)

Establecimiento de las actividades normales.

La actividad energética realizada demasiado pronto después de la lesión, puede deshacer el proceso de reparación y causar hemorragia. La reparación hepática es completa a las seis semanas, el retorno a las actividades normales debe seguir el criterio paralelo usado para guiar a individuos después de cualquier operación abdominal. (4)

TRATAMIENTO NO OPERATORIO DE LESIONES HEPÁTICAS PENETRANTES.

La mayoría de las lesiones penetrantes civiles del hígado resultan de daño parenquimatoso en menor grado que las lesiones que ocurren a causa de un trauma contuso. Puede hacerse tratamiento no operatorio de una lesión penetrante hepática aislada, siempre que haya estabilidad hemodinámica y no se detecten otras lesiones que requieran intervención quirúrgica. (4)

Criterios utilizados para decidir el tratamiento no operatorio en los traumatismos hepáticos cerrados

- Estabilidad hemodinámica e Integridad neurológica
- Ausencia de signos peritoneales
- Grados de lesión hepática en la TC
- Posibilidad de monitorizar a los pacientes en la unidad de cuidados intensivos y posibilidad de operar rápidamente al enfermo si hiciera falta
- Cantidad de hemoperitoneo (inferior a 500 ml, otros autores mas de 500 ml pero estables hemodinamicamente)
- Cantidad de transfusión sanguínea (mayor a 2 unidades y persistencia de Inestabilidad hemodinámica o descenso de hematocrito mas de 4 puntos)
- Ninguna otra lesión abdominal significativa
- Buena calidad de la TC
- Ausencia de hemorragia activa
- Edad (superior a 65 años contraindicado)
- Sin tratamiento anticoagulante
- Etiología (no debe influir en el tratamiento) (5)