

TRAUMA HEPATICO TRANSFIXIANTE POR ARMA DE FUEGO (CASO CLINICO) TRANSFIXING HEPATIC TRAUMA GUNSHOT (CASE REPORT)

(Servicio de Urgencia Hospital San José - Santiago de Chile)

Autora: Dra. J. Fernández, Dr. Mario Rodríguez Del Rey

Resumen. Se presenta un paciente de 24 años de edad que fue recibido en el Servicio de Urgencias del Hospital San José de Santiago de Chile, quien sufrió traumatismo abierto abdominal, por arma de fuego, por lo que fue intervenido quirúrgicamente. En el acto operatorio se encontró una lesión transfixiante hepática del lóbulo derecho grado IV, entre el segmento VIII y el segmento V, además de hemoperitoneo de +/- 2000 ml. Se pasó una sonda de Sengstaken-Blakemore a través de esta lesión y se insufló el balón esofágico con 120 ml de suero fisiológico que detuvo el sangramiento.

El paciente tuvo una evolución tórpida, presentó un gran hematoma hepático, por lo que requirió embolización selectiva, posteriormente el paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta, a los 30 días de internación.

Palabras clave: Hígado/ lesión/ sonda de sengstaken blakemore

Summary. We report a 24 years old patient; he went to the Emergency Department of San Jose Hospital in Santiago de Chile, who had open abdominal trauma, by gunshot, so he underwent surgery. In the surgical procedure we found transfixing hepatic injury in the right lobe grade IV, between the segment V and VIII, plus hemoperitoneum + / - 2000 ml. We introduced a Sengstaken-Blakemore tube through this injury and the balloon was inflated with 120 ml of serum saline, this solution stopped the bleeding.

The patient had a negative evolution; he presented a big hematoma in the liver, so we

used selective embolization, subsequently the patient get well after 30 days of hospitalization.

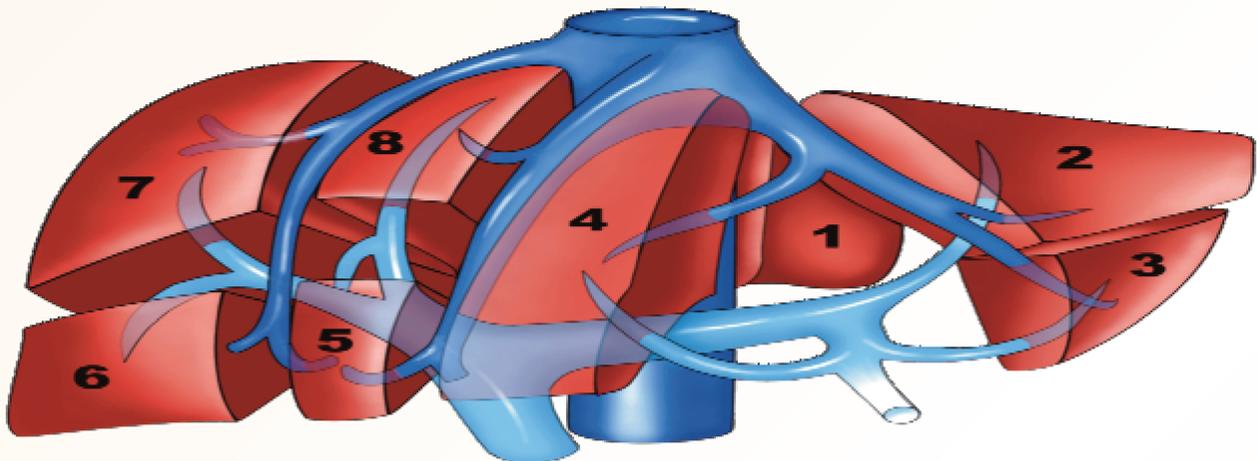
Keywords: Liver Disease / injury / Sengstaken Blakemore

Introducción. El hígado se encuentra parcialmente protegido de los traumatismos externos por las últimas costillas del tórax; sin embargo es el órgano más sólido, más grande del abdomen, lo que le hace especialmente vulnerable a los traumatismos compresivos o penetrantes. La frecuencia con que este órgano es afectado varía en las distintas series. Sin embargo por lo menos un quinto de los traumatismos abdominales cerrados que requieren de laparotomía comprometen el hígado y alrededor del 40% de los traumatismos abdominales abiertos que requiere laparotomía también lo afecta.

Los traumatismos abiertos por arma blanca o de fuego generalmente producen heridas penetrantes o transfixiantes del hígado con destrucción del tejido hepático a lo largo del trayecto del agente vulnerable.

Los métodos del tratamiento ante los traumatismos hepáticos están encaminados a controlar la hemorragia y la bilirragia; En este trabajo se profundizó en el estudio del tema y se aprovechó la oportunidad de la admisión de un paciente con una lesión compleja de este órgano para instaurar un método de tratamiento con la sonda de Sengstaken-Blakemore, lo que ha sido reportado en la literatura para la solución de estas lesiones.

SEGMENTACIÓN HEPÁTICA



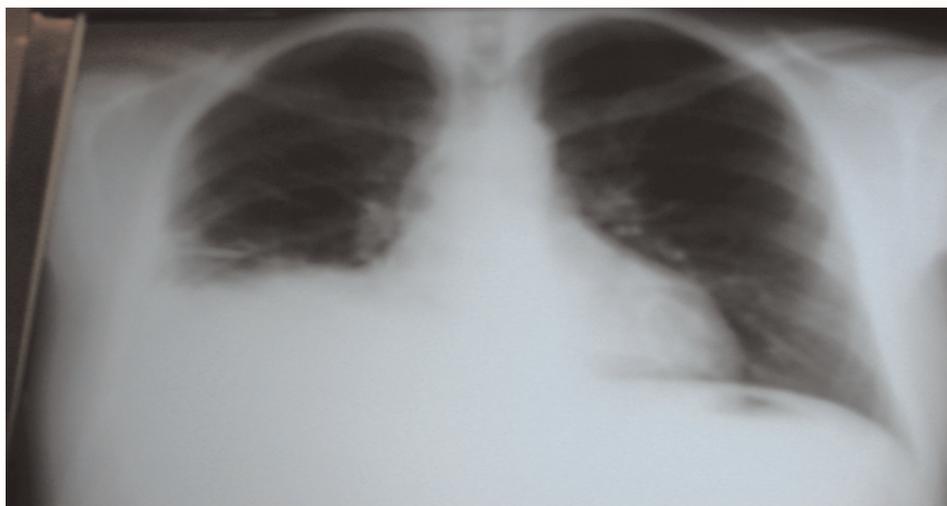
Descripción del caso clínico

Paciente de 24 años de edad, sexo masculino, previamente sano, ingresa el 26 de mayo del 2006 al servicio de urgencia del Hospital San José de Santiago de Chile, tras haber recibido un impacto por arma de fuego calibre 22 en área de hemitorax derecho.

Al ingreso al Hospital presenta hemodinamia inestable, presión arterial de 70/40 mmhg, frecuencia cardíaca de 100 X', por lo que es

expandido rápidamente con cristaloides y coloides, presenta una lesión importante por arma de fuego, con orificio de entrada en el hemitorax derecho, sin orificio de salida; se realiza una radiografía de tórax y abdomen, encontrando el proyectil anterior a la columna lumbar, se realizan las maniobras de reanimación, pero debido a la lesión exanguinante y a la inestabilidad del paciente es trasladado rápidamente a pabellón, donde se realiza laparotomía exploradora subcostal derecha.

HEMOTORAX DERECHO



Los hallazgos operatorios fueron:

- Lesión diafragmática derecha de +/- 3 - 4 cm.
- Hematoma del polo superior del riñón derecho
- Herida transfixiante hepática del lóbulo derecho grado IV, que ingresa por el

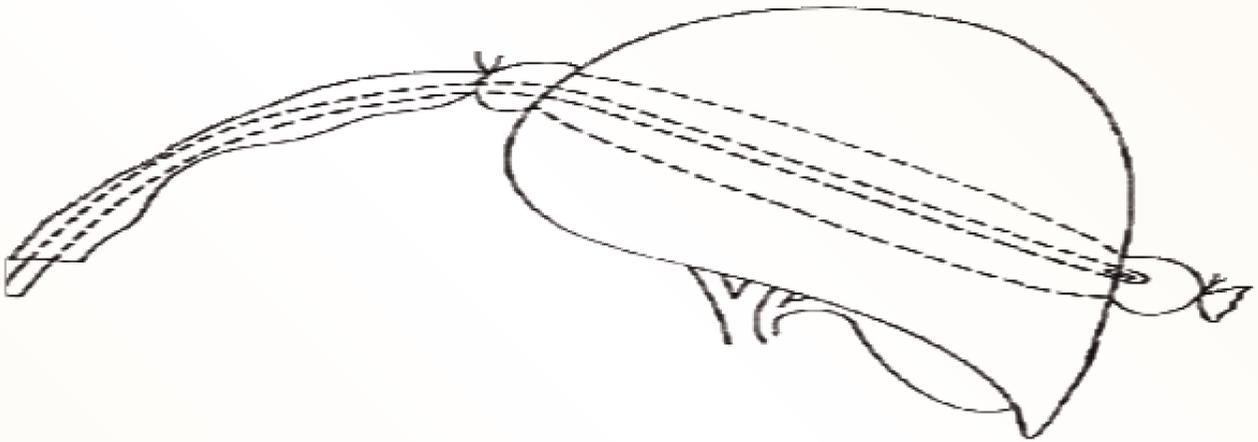
vértice del segmento VIII y sale por la base en el segmento V.

- Hemoperitoneo masivo de 2000 cc
- Hemotórax derecho.
- Proyectil anterior a la columna lumbar

El procedimiento realizado fue:

- Instalación de sonda de sengtaken Blakmore, que ingresa por el vértice y sale por la base de hígado, quedando el balón esofágico en el trayecto del proyectil en el hígado.
- Se insufla el balón esofágico con 120 ml de solución fisiológica, en forma progresiva hasta cohibir el sangrado; el balón gástrico se insufla para traccionar el trayecto del proyectil, con lo que deja de sangrar.
- Frenorrafia derecha
- Pleurostomia derecha
- Revisión del resto de la cavidad abdominal, sin encontrar otros hallazgos
- Packin hepático con 10 compresas
- Laparotomía contenida con bolsa de Bogotá
- Posteriormente se traslada a la unidad de cuidados intensivos para la reanimación con volumen y drogas vasoactivas

INSTALACION DE LA SONDA DE SENGSTAKEN BLAKEMORE A TRAVEZ DE LA HERIDA TRANSFIXIANTE HEPATICA

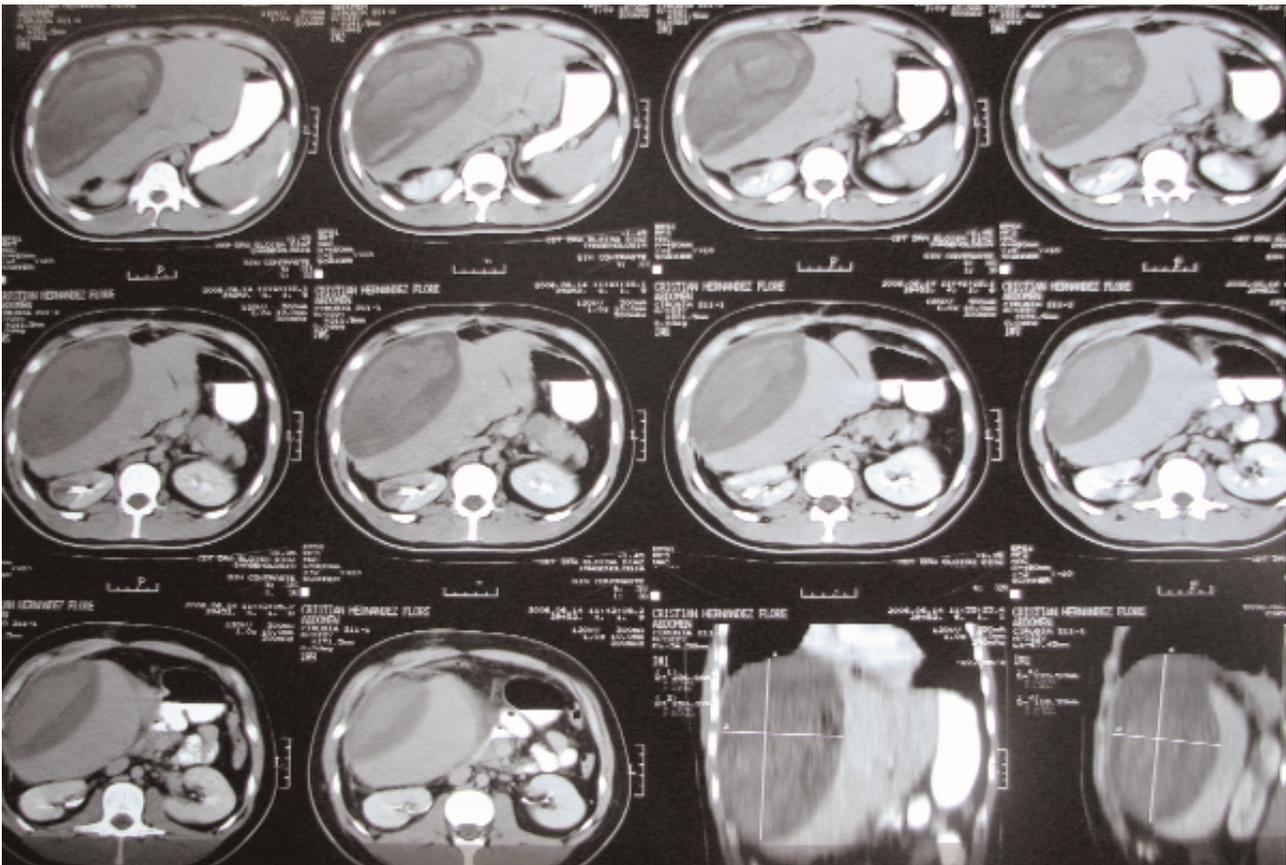
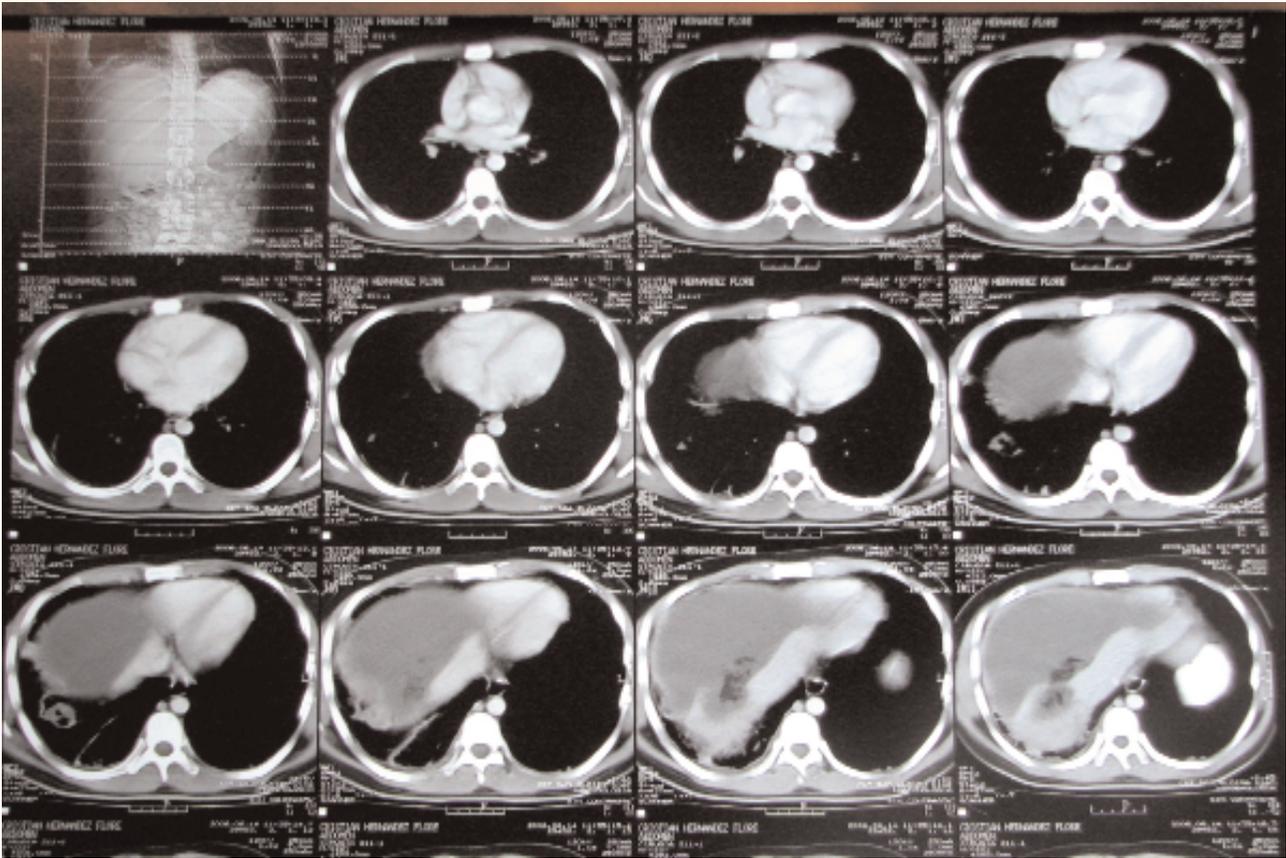


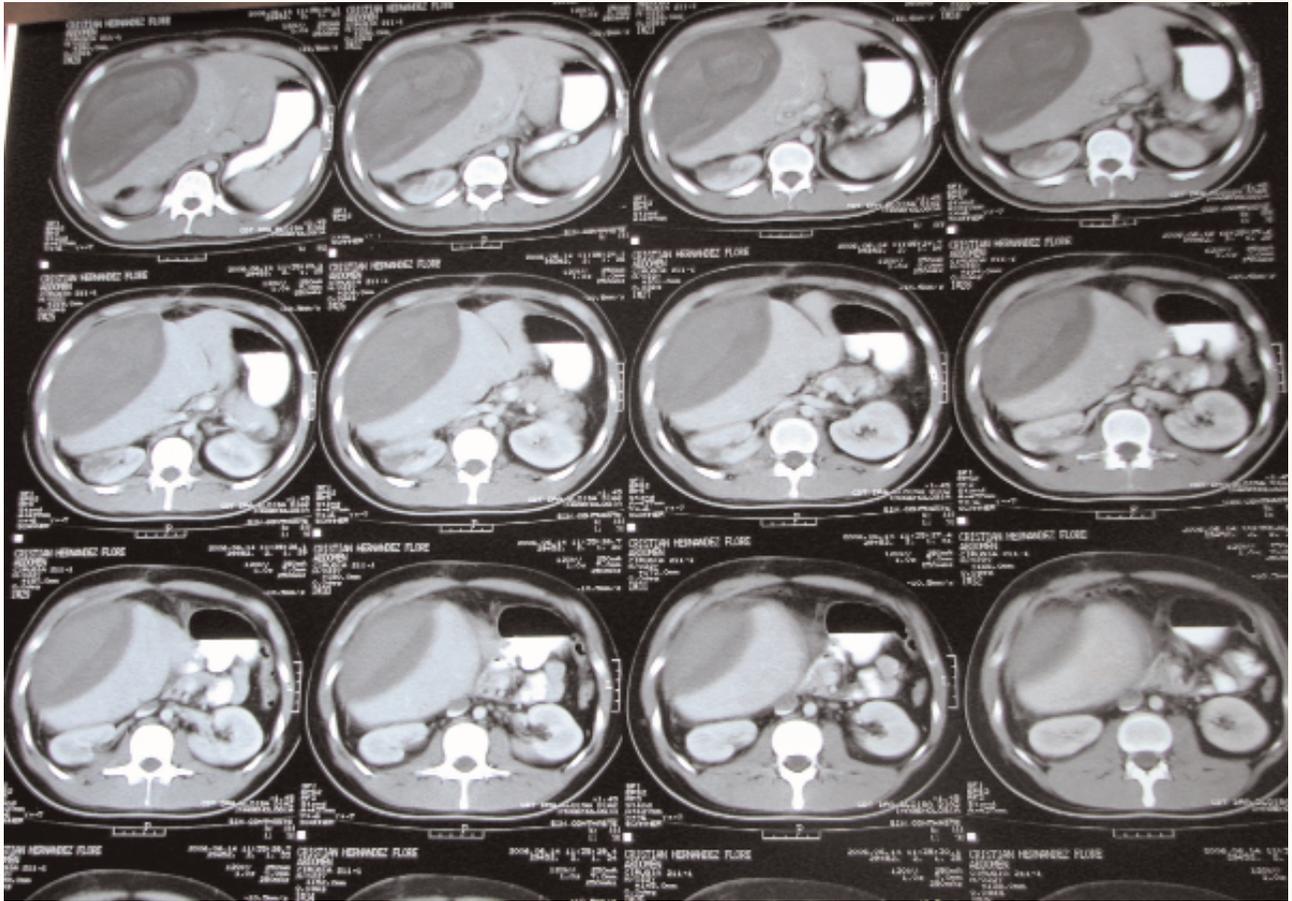
- Relaparotomía.- 29/06/2011
- Se talla colgajo de epiplón pediculado
- Se desinfla ambos balones, se retira la sonda de sengtaken blakemore, se introduce colgajo de epiplon en trayecto hepático, observando un mínimo sangrado del lecho hepático, que se electrocoagula y deja de sangrar.
- Hemostasia prolija, aseo con solución fisiológica tibia, drenaje tubular en la región parietocólico derecho
- Laparorrafia
- Vuelve a sala de cuidados intensivos

Evolución y comentarios. La evolución fue tórpida

Tac de abdomen. Se encuentra un gran hematoma subcapsular hepático, que dado que no existía compromiso hemodinámico, se decide manejo conservador.

Angiografía. Para posible embolización selectiva, que informa hematoma intraparenquimatoso pequeño y hematoma subcapsular de +/- 30 a 40% de la superficie hepática.





Se realizó embolización segmentaria, el paciente presentó buena evolución posterior, con estabilidad hemodinámica, sin requerir más transfusiones, fue dado de alta al mes de iniciado el cuadro.

Comentarios.- Son múltiples los métodos de tratamiento de las lesiones hepáticas, desde los temporales descritos por Kovanov en 1894, como la compresión digital o con pinzas elásticas del ligamento hepatoduodenal hasta los definitivos como la sutura hepática, la ligadura de los vasos en la herida, el taponamiento de ésta y la sutura del colchonero con omento.

Moore, en su clasificación de las lesiones hepáticas designa procedimientos quirúrgicos de acuerdo con el grado de lesión. Fabrice Menengaux, en un estudio en 103 pacientes portadores de traumatismos hepáticos severos hace referencia al tratamiento conservador.

Otros autores, profundizaron en el estudio de los procedimientos y conductas a seguir ante los

traumatismos hepáticos planteando que las lesiones que atraviesan el parénquima representan un problema especial para el cirujano y recomiendan el uso de sondas y aspiración; taponamiento con músculo, epiplón, vicryl, gelfoam y gasas, hasta llegar a la ligadura de la arteria hepática.

Las sonda foley y balones de sengstaken blakemore (demetriades 1998) pueden ser utilizadas como mecanismo de taponamiento temporal, existiendo varios casos al respecto que validan su utilización; algunos de sus beneficios son:

- * Cohibir inmediatamente el sangrado.
- * Reduce al mínimo la frecuencia del resangrado.
- * Si al desinflar el balón, o al movilizar la sonda aparece resangrado, éste se resuelve reinsuflando el balón.
- * Es un procedimiento sencillo, de fácil aplicación, mínimo tiempo y bajo costo.

Aunque la embolización selectiva constituye una alternativa diagnóstica y terapéutica eficaz en el tratamiento de la hemorragia tardía, el tratamiento de la hemorragia aguda es de vital importancia y va a depender de la experiencia y destreza quirúrgica del personal de urgencias que recibe al paciente.

Las lesiones hepáticas complejas a pesar de los avances en el área del trauma y del cuidado crítico aun tienen elevada mortalidad, según las diferentes series varían entre un 46% a 86%, especialmente las lesiones por arma de fuego que transfixian el parenquima hepático y que siempre serán un desafío para el cirujano de urgencia.

Referencia Bibliográfica.

- 1.- Hepp J. Aretxabala X; Cirugía hepática. Sociedad de Cirujanos de Chile. 1ra Edición. Santiago de Chile. 2002
- 2.- Carvajal C.; Trauma.Sociedad de Cirujanos de Chile. 1ra edición. Santiago de Chile. 2005
- 3.- Nyhus; El dominio de la cirugía. 4ta edición. España
- 4.- Shwartz. Principios de cirugía. 8va Edición. México