

Trauma abdominal cerrado: lesión hepática y biliar. A propósito de un caso

Nina Prato, Ana Rendón, Adriana Barroeta, Anibal Farías, José León Tapia-González

Hospital "Dr. Luis Razetti" Barinas – Venezuela

Recibido Diciembre 23, 2008. Aceptado Diciembre 31, 2008

CLOSED ABDOMINAL TRAUMA: HEPATIC AND BILIARY LESIONS. A CLINICAL CASE

Resumen

Se presenta un caso de trauma abdominal cerrado cuyo manejo inicial fue conservador, sin embargo, su evolución clínica determinó la decisión de realizar laparotomía exploradora a pesar de mantener parámetros hemodinámicos e imagenológicos estables. Se exponen los datos clínicos del paciente, su manejo y posterior evolución, así como los fundamentos tomados en cuenta por el cirujano para determinar la conducta quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: Hígado, vesícula biliar, conductos biliares

Abstract

We report a case of a patient with a closed abdominal trauma whose initial management was conservative. However, due to his negative clinical evolution, an exploratory laparotomy was done, despite maintaining stable hemodynamic and imaging parameters. In this report we describe the clinical data of the patient, as well as his management and evolution. In addition, we discuss the reasons taken in consideration to carry out the surgical procedure.

KEY WORDS: Liver, gallbladder, bile ducts

Introducción

En las últimas décadas se ha registrado un aumento notorio en los casos de trauma como consecuencia del desarrollo de viajes de alta velocidad y del incremento de la violencia (1, 2), por lo que se ha convertido en una verdadera urgencia médico-quirúrgica (3). El trauma es considerado una enfermedad de "gente joven", ya que produce pérdida de más años de vida productiva que cualquier otro padecimiento (4). Existen múltiples factores relacionados en la génesis del mismo, entre los que se pueden nombrar alcohol, drogas e imprudencia, pudiéndose considerar como vector principal la falta de cultura social (5).

El trauma abdominal es responsable del 10 al 30% de las muertes traumáticas (6), su diagnóstico rápido es esencial para poder llevar al mínimo la morbilidad (7). El hígado, por ser una víscera sólida y grande es uno de los órganos que más se lesionan; por lo general, es el primero en los traumas cerrados y el segundo, después de los intestinos, en el trauma penetrante. Se puede decir

que del 15 al 20% de los traumas hepáticos son secundarios a un trauma abdominal cerrado. Por otra parte el compromiso de la vía biliar extrahepática es infrecuente, y se presenta en el 3 al 5% de los casos (1).

El manejo del trauma hepático ha evolucionado con los años, tanto así que los grados I y II ya no implican necesariamente tratamiento quirúrgico (1). En pacientes que han sufrido trauma abdominal complicado con lesiones hepáticas, en condiciones estables y sin evidencias ecográficas de cambios (sangrado activo, entre otros), la conducta a seguir es la observación.

Caso clínico

Paciente masculino de 25 años de edad, procedente del medio urbano de la ciudad de Barinas, que ingresa a la Emergencia del Hospital Luis Razetti de esta ciudad por cursar con traumatismo abdominal cerrado posterior a hecho vial, encontrándose en condiciones clínicas estables, hidratado, afebril, consciente. Cardiopulmonar

estable, TA= 110/70 mm Hg, FC= 90/min, FR= 18/min. Abdomen blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda con predominio de hipocondrio derecho, sin signos clínicos de irritación peritoneal, resto del examen sin alteraciones. Hematología completa dentro de rangos normales, USG abdominal que reporta líquido libre en cavidad (no cuantifica).

Se hospitaliza para observación clínica; a las 36 horas en vista de la persistencia e incremento progresivo del dolor aun con estabilidad hemodinámica y sin cambios hematológicos significativos, se decide llevar a quirófano donde se realiza laparotomía exploradora (Fig. 1), encontrando los siguientes hallazgos: lesión grado IV del árbol biliar extrahepático dada por desprendimiento de la vesícula (Fig. 2), con indemnidad del conducto cístico y desgarramiento parcial del conducto hepático derecho, por lo que se realiza colecistectomía (Fig. 3) más sutura primaria y colocación de tutor biliar (tubo de Kerh # 14) a nivel de conducto hepático derecho. El paciente permanece hospitalizado durante 5 días sin evidencia de complicaciones. Al cabo de 20 días y posterior a la realización de colangiografía trans Kerh, en la que se observaron las vías biliares sin alteraciones, se decide retirar el tutor presentando una evolución satisfactoria hasta la fecha.



Figura 1. Laparotomía exploradora

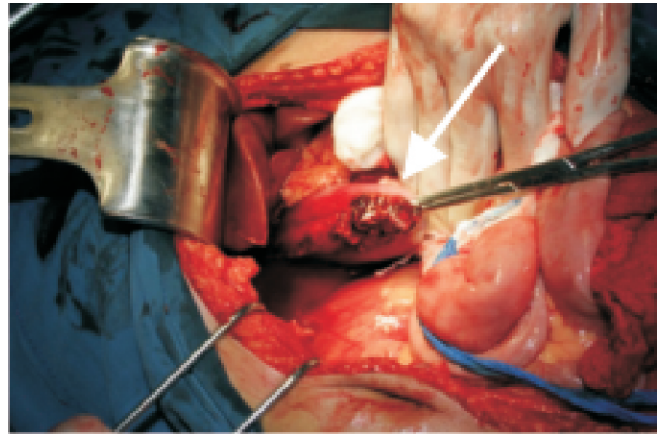


Figura 2. Vesícula biliar desprendida (flecha).

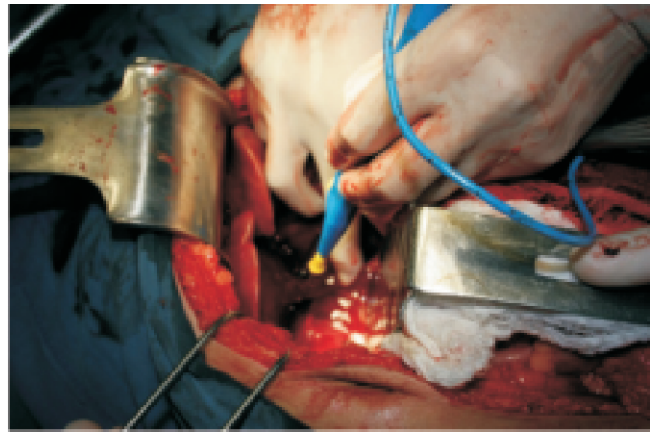


Figura 3. Lecho hepático posterior a la colecistectomía.

Discusión

El 60% de los pacientes con trauma abdominal cerrado se tratan en forma médica (1). En nuestro centro asistencial no escapamos a esta realidad; un estudio retrospectivo realizado en Barquisimeto, Venezuela por Tapia y col. (datos no publicados), mostró que el 67,8% de los casos de trauma abdominal cerrado que ingresaron al servicio de emergencia entre 2000 – 2004, no ameritaron intervención quirúrgica. Por lo que creemos que la conducta inicial asumida en el manejo de este paciente se ajusta a los protocolos aceptados en la actualidad.

A pesar del aumento progresivo en el uso de métodos diagnósticos imagenológicos, consideramos que el elemento fundamental para decidir la conducta a seguir frente a un paciente con un traumatismo abdominal cerrado, es su evolución clínica; si se encuentra hemodinámicamente estable y en los estudios de imagen se demuestra la presencia de un hematoma subcapsular o intrahepático de pequeño a mediano tamaño o de cantidades pequeñas de líquido libre, ese paciente puede observarse y no ser intervenido quirúrgicamente de urgencia. Sin embargo, el elegir esta conducta conservadora requiere de un estricto control clínico y con imágenes seriadas (2), de tal manera que, al observar un cambio importante que ponga en evidencia la evolución fisiopatológica de una lesión intraabdominal, el cirujano debe tomar decisiones inmediatas para disminuir la morbilidad asociada, hecho que se cumplió a cabalidad en el caso aquí presentado, al encontrarnos durante la observación clínica con un incremento progresivo de la sintomatología dolorosa, tomándose la decisión temprana de realizar una laparotomía exploradora.

La mayoría de las lesiones hepáticas por trauma cerrado documentadas con ultrasonido pueden y deben ser manejadas de manera expectante; independientemente del grado de severidad de la lesión y del volumen de hemoperitoneo, no puede eliminarse la posibilidad de intervención quirúrgica, aún con un paciente hemodinámicamente estable (7). A pesar del bajo porcentaje reportado en las series revisadas de lesiones del árbol biliar extrahepático (8), estas no deben ser

descartadas, ya que dejarlas pasar puede traer como consecuencia un aumento en la morbilidad. En conclusión, el objetivo del examen abdominal es reconocer las lesiones quirúrgicas, más que diagnosticar las específicas. El error más grave estriba en demorar la intervención cuando es necesaria (8).

Correspondencia: Dr. José León Tápia-González
e-mail: jltapia73@gmail.com

Referencias

1. Henao Pérez, C. A. 2004. Trauma Abdominal. *En*, Cirugía Trauma. C. Morales, L.F. Isaza, editores. Editorial Universidad de Antioquia. 1ª. Edición. Medellín.
2. Moncayo, F., Barrera, J., Mendez, H., Tenorio, W. 2002. Trauma cerrado de abdomen, estudio de lesiones viscerales en 163 casos (emergencia del Hospital Luis Vernaza). *Revista del Colegio de Médicos de Guayas* 2:28-33.
3. Dueñas, J., Lizarbe, V., Muñoz, J. 2002. Lesiones en trauma de abdomen cerrado en Cusco. *Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*. 68:13-18.
4. Molina Colina, J., Araujo, J., Uzcátegui, R., Urrutia, A. 2001. Mortalidad intrahospitalaria en el trauma torácico. *Rev. Venez. Cir.* 54:160-170.
5. Padilla, J. 2000. El trauma una enfermedad social. *Rev. Argentina Med. Cir. Trauma* 4(1).
6. Guerrini, P., Prioret, B. 1997. Closed abdominal trauma: diagnostic and therapeutic orientations. *Rev. Prat.* 47:976-982.
7. Contreras, T. C. 2000. Traumas abdominales, con indicación para celiotomía. *En*, Trauma. K.L. Mattox, D.J. Feliciano, E.E. Moore, editores. McGraw-Hill Interamericana. México. pp. 633-644.
8. Contreras Martiniano, J. 2004. Trauma de la vesícula y la vías biliares. *En*, Cirugía Trauma. C. Morales, L.F. Isaza, editores. Editorial Universidad de Antioquia. 1ª. Edición. Medellín.