

Manejo conservador del traumatismo hepático penetrante

Conservative management of penetrating liver trauma

Los traumatismos hepáticos penetrantes constituyen un subtipo infrecuente (al menos en Europa) y específico de lesiones hepáticas. El manejo no operatorio de este tipo de lesiones representa una alternativa eficaz tras una cuidadosa selección de los pacientes. El siguiente caso clínico describe nuestra experiencia con un traumatismo hepático penetrante por arma blanca que evolucionó satisfactoriamente tras la aplicación de un tratamiento no operatorio.

Varón de 33 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió al servicio de urgencias tras sufrir una agresión con arma blanca. El paciente permaneció consciente y orientado, con presión arterial de 124/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 90 lat/min y saturación de oxígeno del 99%. En la exploración abdominal se observó una herida incisa de 1 cm de longitud a nivel del hipocondrio derecho, penetrante en la cavidad abdominal, sin peritonismo. El resto de la exploración física resultó anodina. Hallazgos analíticos: hemoglobina, 10,1 g/l; hematocrito, 31%; leucocitos, $9,6 \times 10^9/l$ (bioquímica, pruebas de coagulación y gasometría sin alteraciones). Radiología simple sin hallazgos patológicos. Se practicó una tomografía computarizada (TC) con contraste que evidenció una laceración hepática en todo el segmento IV (lesión grado III de la AAST-OIS) y abundante hemoperitoneo, sin extravasación activa de contraste ni otras lesiones concomitantes (fig. 1). Dada la estabilidad hemodinámica del paciente y la ausencia de otras lesiones significativas, se decidió aplicar un tratamiento no operatorio (TNO), consistente en observación clínica estrecha y controles analíticos periódicos. El curso clínico posterior transcurrió sin incidencias. La TC de control mostró una marcada disminución del hemoperitoneo. Durante todo el ingreso el hemograma y las pruebas de función hepática permanecieron inalterados, sin precisar transfusión de hemoderivados. El paciente recibió el alta hospitalaria al décimo día de ingreso.

Aproximadamente un 5% de todos los pacientes politraumatizados presentan un traumatismo hepático (TH), con una mortalidad general del 3–15%^{1–3}. La incidencia de TH se ha visto incrementada en las últimas décadas, fundamentalmente a expensas del TH cerrado, con una tasa general de TH penetrante (THP) relativamente constante². El hígado es el órgano más frecuentemente lesionado (40%) en caso de traumatismos abdominales penetrantes. La incidencia de lesiones hepáticas moderadas-graves (grados III-V según la clasificación AAST-OIS) se sitúa en torno al 25–48%^{1,3}. Las heridas penetrantes por arma blanca son consideradas lesiones de baja energía que lesionan a lo largo de su trayectoria. El grado de lesión se correlaciona con la profundidad de la penetración en el órgano dañado. La TC con contraste intravenoso es la técnica diagnóstica más sensible y específica (96–100%) para valorar la extensión y la gravedad del TH. Asimismo, permite identificar lesiones de vísceras huecas, retroperitoneales y extravasación de contraste hepático (y/o esplénico o renal) susceptibles de

angioembolización^{1–3}. Por último, se trata de una técnica útil para comprobar la evolución de las lesiones y la eventual detección de complicaciones precoces concomitantes en caso de TNO. Hay gran evidencia científica sobre las ventajas del TNO en caso de TH cerrados (en términos de complicaciones intraabdominales, mortalidad, estancia hospitalaria, incidencia de infecciones y necesidad de transfusiones) respecto al abordaje quirúrgico, con una tasa de éxito del TNO del 83–100%^{2,3}. La identificación precoz de los pacientes con lesiones intraabdominales o hemorragia significativas constituye la piedra angular del TNO selectivo¹. El manejo del paciente estable con lesión abdominal penetrante por arma blanca ha evolucionado en las últimas décadas. La ausencia de lesiones intraabdominales significativas en el 16–28% de los traumatismos abdominales penetrantes (el 31–40% en el caso específico de THP) y la elevada tasa de complicaciones postoperatorias (14–41%) en relación con una laparotomía no terapéutica por traumatismo (en torno al 50% en el contexto de TH) son, junto con la experiencia acumulada con el TH cerrado, argumentos a favor del TNO en casos seleccionados de THP^{1,4,5}. Múltiples series clínicas han confirmado la eficacia del TNO en caso de THP por arma blanca (menos frecuente que el TH cerrado en Europa) tras una cuidadosa selección de los pacientes, con menores tasas de complicaciones y estancia hospitalarias que con una laparotomía urgente sistemática (abordaje clásico del traumatismo abdominal penetrante)^{1,5,6}. Demetriades et al^{1,7} confirmaron en varias series la eficacia del TNO en el 28–33% de los THP (incluso en lesiones graves grado III-V). La estabilidad hemodinámica, la ausencia de irritación peritoneal y la exclusión de lesiones de víscera hueca son los criterios básicos para la aplicabilidad del TNO en caso de THP^{3,4,6}. El



Figura 1 – Laceración hepática del segmento IV (L) y abundante hemoperitoneo (h).

caso clínico presentado describe nuestra experiencia con un THP grave que evolucionó satisfactoriamente con la aplicación de un manejo clínico conservador (TNO).

La aplicación de TNO es factible y segura en casos seleccionados de THP. La estabilidad hemodinámica, la ausencia de peritonismo y la exclusión de lesiones concomitantes de víscera hueca son condiciones sine qua non para la instauración de un manejo conservador en este grupo específico de pacientes.

B I B L I O G R A FÍA

- Demetriades D, Hadjizacharia P, Constantinou C, Brown C, Inaba K, Rhee P, et al. Selective nonoperative management of penetrating abdominal solid organ injuries. Ann Surg. 2006;244:620-8.
- David Richardson J, Franklin GA, Lukan JK, Carrillo EH, Spain DA, Miller FB, et al. Evolution in the management of hepatic trauma: a 25-year perspective. Ann Surg. 2000;232:324-30.
- Silvio-Establa L, Madrazo-González Z, Ramos-Rubio E. Actualización del tratamiento de los traumatismos hepáticos. Cir Esp. 2008;83:227-34.
- Clarke SC, Stearns AT, Payne C, McKay AJ. The impact of published recommendations on the management of penetrating abdominal injury. Br J Surg. 2008;95:515-21.
- Richter RM, Zaki MH. Selective conservative management of penetrating abdominal wounds. Ann Surg. 1967;166:238-44.
- Navsaria PH, Berli JU, Edu S, Nicol AJ. Non-operative management of abdominal stab wounds: an analysis of 186 patients. S Afr J Surg. 2007;45:128-30.
- Demetriades D, Rabinowitz B, Sofianos C. Non-operative management of penetrating liver injuries: a prospective study. Br J Surg. 1986;73:736-7.

Zoilo Madrazo González^{a,*}, Arantxa García Barrasaa,
Leonardo Silvio Establa^b, José Manuel Francos Martínez^a y
Emilio Ramos Rubio^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^bServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Consorci Sanitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zoiluco@yahoo.es (Z. Madrazo González).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.11.008

Hemotórax espontáneo tras rotura de un aneurisma de arteria intercostal

Spontaneous haemothorax after rupture of an intercostal artery aneurysm

La rotura de una arteria intercostal como causa de dolor torácico agudo con hemotórax concomitante es una situación de muy rara incidencia.

Se ha descrito la presencia de aneurismas intercostales en enfermedades como la neurofibromatosis tipo I (enfermedad de von Recklinghausen)^{1,2}, tras traumatismos torácicos³, procedimientos tales como esternotomías⁴, nefrectomías laparoscópicas⁵, reparación de coartación de aorta⁶ o procesos percutáneos sobre la vía biliar⁷.

La rotura espontánea de un aneurisma de arteria intercostal en pacientes sin una etiología determinada es una extrañísima situación, ya que hemos encontrado un único caso similar al nuestro en toda la literatura⁸ y el primero descrito en nuestro país.

Se trata de una varón de 40 años remitido al Servicio de Urgencias de nuestro hospital desde una localidad situada a 80 km. El paciente ingresa en dicho servicio en situación de shock hipovolémico (presión arterial, 60/20; frecuencia cardíaca, 120 lat/min).

No había otros antecedentes clínicos previos salvo que era alérgico a la penicilina.

El paciente había comenzado, 2 h antes, con un dolor agudo en el hemitórax izquierdo de inicio súbito, que se acompañó de la pérdida de conciencia, todo ello ocurrido en su domicilio.

En la radiografía de tórax realizada en el Servicio de Urgencias se objetivó un derrame pleural masivo izquierdo. En las analíticas se apreció un hemograma compatible con hemorragia aguda (hemoglobina, 6,9 g/dl; hematocrito, 27,2%).

Se practicó una toracocentesis en el mismo cuarto de urgencias y se extrajo sangre franca, por lo que se procedió a la colocación de un drenaje 28 F en el quinto espacio intercostal, línea axilar anterior. Se obtuvo, en un primer momento, 2.000 ml de sangre y, dado que la situación clínica del paciente lo permitía, se procedió a la realización urgente de una tomografía computarizada (TC) torácica.