

Mujer de 18 años que acude a urgencias por presentar traumatismo abdominal



Fig. 1.

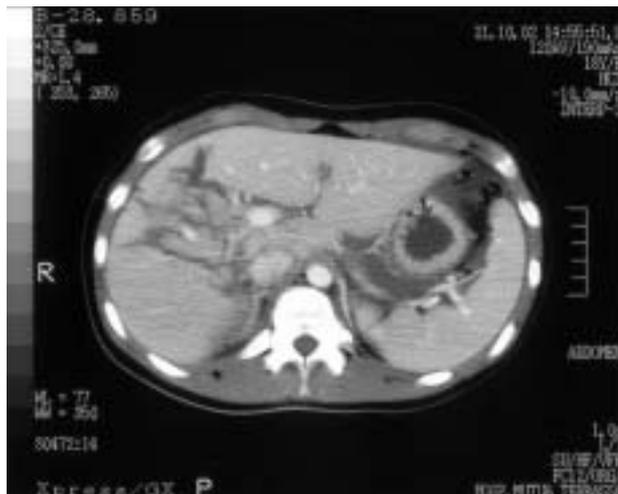


Fig. 2.

Mujer de 18 años que acude a urgencias por presentar traumatismo abdominal cerrado tras accidente de tráfico. En la exploración se encuentra consciente y orientada, con una puntuación en la escala de Glasgow de 15, hemodinámicamente estable, con una presión arterial de 108,75 mmHg y una frecuencia cardíaca de 70 lat/min. El abdomen era blando y depresible, doloroso a la palpación en el hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. La hemoglobina (Hb) era de 11,4 g/dl y el hematocrito del 32,3%. En la tomografía computarizada (TC) abdominal se objetivó un mínimo hemoperitoneo, lesión hepática de grado IV del lóbulo hepático derecho (LHD), sin extravasación de contraste intravenoso. Se descarta lesión de víscera hueca. Se lleva a cabo una nueva TC a las 6 h, que no muestra cambios. La Hb es de 9,8 g/dl y el hematocrito, del 28%. La paciente está hemodinámicamente estable. Se decide transfusión sanguínea de 2 concentrados de hematíes y control clínico. La paciente no presenta cambios clínicos, analíticos ni radiológicos, y se decide tratamiento conservador. Se practica TC de control a los 20 días tras el ingreso, en la que se observa un hígado de tamaño normal y homogéneo, y se visualiza una imagen hipodensa en el LHD compatible con una cicatriz residual del traumatismo. La paciente es dada de alta para seguir control ambulatorio.

Comentario

El tratamiento conservador del traumatismo hepático cerrado (figs. 1 y 2), en casos seleccionados, es actualmente el tratamiento de elección. El estado hemodinámico conservado del paciente, así como disponer de una unidad de vigilancia intensiva y de radiodiagnóstico, son elementos imprescindibles a la hora de plantear esta terapéutica. No se plantean dudas en los traumatismos de grados I, II y III, mientras que en los de grados IV y V hay controversia; sin embargo, todos los casos deben ser controlados en unidades especializadas de cirugía hepática, para posibles tratamientos posteriores. En estos casos se consigue la restitución hepática *ad integrum*.

**E. Cugat, M. Martí, A. Muñoz,
M. Álvarez, C. Hoyela y C. Marco**

Unidad de Cirugía Hepatobiliar. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

Bibliografía general

Carrillo EH, Wohltmann C, Richardson JD, Polk HC. Evolution in the treatment of complex blunt liver injuries. *Curr Probl Surg* 2001;38:1-60.