

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

TRATAMIENTO NO OPERATORIO DE TRAUMATISMOS CERRADOS DEL HIGADO

Dr. RICARDO ESPINOZA GONZALEZ*

El hígado es una de las vísceras abdominales más frecuentemente lesionadas en los traumatismos cerrados del abdomen (1). Hasta hace poco tiempo el tratamiento de estas lesiones pasaba invariablemente por una exploración quirúrgica. Sin embargo, dos hechos han sido determinantes en un radical cambio de conducta frente a ellas, de las cuales una tiene relación con los métodos diagnósticos utilizados hoy en trauma abdominal, y el otro con la evolución natural de las lesiones traumáticas del hígado y del hemoperitoneo resultante.

Desde la década del 60, el lavado peritoneal diagnóstico ha sido el pilar fundamental en la detección de esta complicación del trauma abdominal cerrado. Sus resultados han constituido el patrón de comparación para la validación de cualquier otro método. Sin embargo, la introducción de los nuevos métodos de imagen, particularmente la tomografía axial computada (TAC), ha permitido el diagnóstico no invasivo de la naturaleza y extensión de las lesiones (2). Por otro lado, es necesario considerar que la hemorragia, principal forma de manifestación de una lesión traumática del hígado, en la mayor parte de los casos es de origen venoso, por lo que alrededor del 70% de las lesiones cesa espontáneamente de sangrar. Es por ello que la exploración quirúrgica de rutina con mucha frecuencia permite sólo constatar la existencia de una lesión, pero no se traduce en tratamiento activo (laparotomía no terapéutica). Además, hay evidencias clínicas y experimentales que un hemoperitoneo, de no mediar infección, usualmente se reabsorbe por completo y sin secuelas en menos de una semana.

Estos dos factores han impulsado el tratamiento no operatorio de los traumatismos del hígado desde fines de los 80 y comienzos de la actual década. Anterior y positiva fué una conducta similar, utilizada en lesiones esplénicas, principalmente en población infantil, por ser más frecuente en ellos la lesión aislada de una víscera sólida abdominal. Desde 1989 se tiene además una clasificación más precisa de los traumatismos hepáticos, propuesta por la Sociedad Americana para Cirugía del Trauma (AAST), que se basa en la descripción de lesiones, ya sea por necropsia, laparotomía o TAC abdominal (3), existiendo en general buena correlación entre hallazgos e imágenes, si bien es inferior para laceración que para hematomas. Hoy existen importantes series, retrospectivas y prospectivas, que dan cuenta de la utilidad de esta forma de manejo, tanto en adultos como en niños (4).

SELECCION DE PACIENTES

Los criterios se resumen en la Tabla 1. Uniformemente, el principal criterio de selección para optar por un tratamiento no operatorio de los traumatismos del hígado es la estabilidad hemodinámica del paciente. Sólo si ello se cumple, éste podrá ser trasladado a dependencias de radiología y sometido a una TAC abdominal. Con el diagnóstico preciso de la lesión, sus características y la cuantificación del eventual hemoperitoneo, se podrá optar por no operar. Debe definirse claramente el límite de transfusión, para evitar transfusiones múltiples y los problemas asociados a esta práctica. En general, los autores señalan como límite cuatro unidades.

TABLA 1. Condiciones para optar por tratamiento no operatorio en trauma cerrado de hígado.

1. Estabilidad hemodinámica del paciente.
2. Ausencia clínica y por exámenes complementarios de lesiones que requieran mandatoriamente tratamiento quirúrgico.
3. Disponibilidad de TAC para diagnóstico y seguimiento de las lesiones.
4. Capacidad de UCI para monitorización del paciente.
5. Evaluación quirúrgica continua y equipo en condiciones de resolver complicaciones oportunamente.
6. Límite claro de transfusiones a utilizar, para evitar complicaciones relacionadas a éstas.

Paralelamente ha debido efectuarse una completa evaluación clínica y haberse analizado conjuntamente otros exámenes complementarios, con el fin de excluir la presencia de otras lesiones que tengan indicación quirúrgica per se, como por ejemplo ruptura de víscera hueca y ruptura de diafragma. Además, quien opte por esta conducta debe disponer de una Unidad de Cuidados Intensivos para el control y observación inicial del paciente, así como de un equipo quirúrgico capaz de resolver una emergencia en cualquier momento.

* Profesor Auxiliar. Departamento de Cirugía Digestiva y Servicio de Urgencia

RESULTADOS

Hoy se piensa que hasta el 80% de los traumatismos hepáticos son susceptibles de este tipo de tratamiento: en las series publicadas en los últimos cinco años, los pacientes operados representan entre el 20 y 82% de los paciente atendidos. (5-8). En la mayor casuística publicada (9), los 404 pacientes incluidos representan el 47% del total.

Inicialmente, todas las series publicadas señalan éxito con esta conducta no operatoria, entre el 70 y 100% de los pacientes, sobrepasando generalmente el 95%. El fracaso es entendido como la necesidad de intervención quirúrgica, ya sea en la fase aguda, por hemorragia, o más tardíamente, por complicaciones.

En la serie de Pachter (9), se observó un 5% de complicaciones asociadas al manejo no operatorio, incluida la hemorragia, cifra que es similar a la de otros autores. Dentro de éstas se cuentan los abscesos intra y perihepáticos y las colecciones biliares. Sin embargo, no más de uno de cada cuatro o cinco de estos pacientes finalmente se opera: la hemorragia se controla espontáneamente o por medio de embolización y la gran mayoría de las colecciones son drenadas por vía percutánea. Así, en general, los operados no representan más del 1,5% de los paciente seleccionados para esta modalidad terapéutica.

Probablemente, las complicaciones menos deseadas, y que constituyen una de las principales objeciones a este tipo de manejo, son las lesiones de otras vísceras, cuyo diagnóstico pasa inadvertido inicialmente. Ello no ha sido observado en varias series, pero puede fluctuar entre un 0,5 y 3,5% (8-10).

Se ha demostrado que no existe correlación entre el grado de lesión y la probabilidad de falla, (5, 9). Las lesiones más complejas, grados IV y V, son menos frecuentemente seleccionadas para tratamiento expectante, pero si se comportan en forma estable tienen tanta probabilidad de éxito como lesiones de menor grado.

Debido a que estas lesiones se observan generalmente en pacientes jóvenes, con edad promedio de alrededor de 30 años, para este tratamiento se toleran cifras bajas de hematocrito, sin necesidad de transfundir. En diferentes series (5, 9), se transfundió entre el 11 y el 25% de los pacientes, recibiendo cada uno de ellos entre 0,4 y 3,4 unidades. Este punto relacionado a las transfusiones, como ya fue enunciado, debe ser considerado como un límite a la conducta no operatoria.

La duración promedio de la hospitalización es de 16 días, similar a la del grupo operado (7, 8). Para Pachter (9), fue de 13,1 días, señalando que el 46% de los pacientes fue dado de alta durante la primera semana y otro 29% en la segunda.

Las lesiones hepáticas se resuelven dentro de los primeros tres meses en el 93% de los casos (9). Sólo en el pequeño grupo restante persisten imágenes hipodensas en TAC de control, cuya exacta evolución hasta ahora no es conocida.

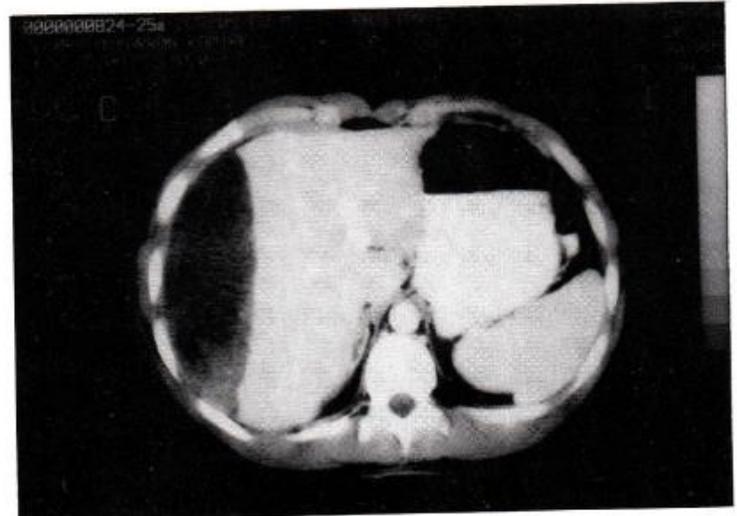


Figura 1. TAC abdominal que demuestra gran hematoma subcapsular del hígado. Este paciente fue tratado en forma no operatoria.

Por último, la mortalidad registrada en relación a esta modalidad terapéutica ha variado desde 0 a 9%. (5, 6, 9). Sin embargo, en más de la mitad de los casos está asociada a trauma craneoencefálico y a otras lesiones, como fractura de pelvis y trauma torácico, siendo la lesión hepática responsable de sólo un reducido número de casos (Figura 1).

CONCLUSIONES

La tendencia actual en el tratamiento de los traumatismos cerrados del hígado se ha orientado hacia modalidades conservadoras. Entre ellas, el manejo no operatorio hoy constituye la elección en el paciente hemodinámicamente estable. Esta forma de terapia puede ser implementada en forma segura, independiente del grado de lesión y hemoperitoneo, en un grupo seleccionado de pacientes, si se cuenta con los recursos necesarios.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

- 1) Espinoza R. y Sonneborn R. Tratamiento de la Contusión Abdominal Complicada. Panam J. Trauma 1989; 1: 94-98
- 2) Reed R., Merrell R., Meyers W. and Fisher R.: Continuing Evolution in the Approach to Severe Liver Trauma. Ann. Surg. 1992; 216: 524-538
- 3) Moore E., Schackford S. Pachter L. et al.: Organ Injury Scaling: Spleen, Liver and Kidney. J. Trauma 1989; 29: 1664-1666
- 4) Bond S., Eichelberger M., Gotschall C. et al.: Nonoperative Management of Blunt Hepatic and Splenic Injury in Children. Ann. Surg. 1996;223:286-289
- 5) Knudson M., Lim R., Oakes D. and Jeffrey R.: Nonoperative Management of Blunt Liver Injuries in Adults: The need for Continued Surveillance. J. Trauma 1990; 30: 1494-1500.

- 6) Meredith J., Young J., Bowring J, and Roboussin D.: Non-operative Management of Blunt Hepatic Trauma: The Exception or the Rule? J. Trauma 1994 36: 529-535
- 7) Boone D., Federle M., Billiar T. et al.: Evolution of Management of Major Hepatic Trauma: Identification of Patterns of Injury. J. Trauma 1995;39: 344-350
- 8) Croce NI., Fabian T., Menke P. et al.: Nonoperative Management of Blunt Hepatic Trauma is the Treatment of Choice for Hemodynamically Stable Patients. Results of a Prospective Trial. Ann. Surg.: 1995;221: 744-755
- 9) Pachter L., Knudson M., Esrig M. et al.: Status of Nonoperative Management of Blunt Hepatic Injuries in 1995: A Multicenter Experience with 404 patients. J. Trauma 1996; 40:31-38
- 10) Byone R., Bell R. Miles W. et al.: Complications of Nonoperative Management of Blunt Hepatic Injuries. J. Trauma 1992; 32: 308-315.