

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>

TRAUMATISMO HEPATICO

=====

(CONFERENCIA)

Dr. Ben Eiseman

Señoras y señores :

Me dirijo a un auditorio en el cual hay algunos cirujanos de hígado de gran experiencia, mientras otros son estudiantes todavía y aún tienen mucho que aprender sobre cirugía hepática. Procuraré hablarles de manera que para todos tenga interés lo que voy a decir. Yo soy un médico de montaña. Vivo en Denver, que dista 500 millas de la próxima Escuela de Medicina hacia el Sur, 500 millas al Este de otra Escuela de Medicina, 500 millas al Oeste de otra, y creo que la más cercana hacia el Noreste es la Universidad de Leningrado a 5.000 millas de distancia.

Recibimos pacientes con traumatismo hepáticos (ilustra un caso de un paciente con un cuchillo clavado en el hígado). En Colorado tenemos los mismos problemas que tienen en Chile. También en Colorado tenemos una epidemia de heridas a bala ; en un período de 5 años vemos tantas heridas de bala del hígado, como traumatismos hepáticos por accidentes de automóviles y casi el doble de heridas de bala que heridas penetrantes. También tenemos otros casos misceláneos, como accidentes de ski, ya que estamos vecinos a los centros de este deporte. Debemos cuidar y operar aproximadamente

una lesión de hígado a la semana, tal vez un poco más que eso.

El pronóstico, la probabilidad de supervivencia de lesiones hepáticas cuando se estudian series grandes, depende principalmente de cuántos órganos han sido comprometidos. Esto no es sorprendente, porque si una persona va a 150 km por hora y se lesiona el hígado, probablemente también se golpeará la cabeza o el tórax y otras áreas.

Esta tarde procuraré darles sugerencias y medidas prácticas, que nosotros al menos empleamos para el tratamiento de heridas graves del hígado.

Alrededor del 10 al 20 % de todos los traumatismos no penetrantes del abdomen comprometen al hígado, lo que no es de sorprender siendo un órgano tan grande que fácilmente se fractura o estalla. El hecho que tengan una lesión hepática no significa que no puedan tener también una grave lesión renal. El cirujano que se dedica al trauma sabe que debe tener una preparación muy completa. Recuerden también que el hígado está muy vecino al corazón. Si hay un estallido hepático por un traumatismo cerrado, las posibilidades son de que también exista una contusión y herida del corazón. Recuerden que si a este paciente le administran 5 ó 10 litros de sangre, su corazón puede estar dañado en forma muy similar al paciente que tiene un infarto, dada la frecuencia de asociación de ambas lesiones. Es por esto que es bueno enfatizar en la necesidad, y nosotros siempre lo hacemos, de instalar un catéter para medir presión venosa central. Este es un procedimiento de rutina en un paciente que ha tenido heridas graves ; tratándose en la mayoría de los casos de gente joven, no es lo más probable que si caen en insuficiencia cardíaca sea debido a una enfermedad coronaria. Si la presión venosa central se e

leva, las posibilidades son de que ellos tengan una de dos cosas : ya sea un síndrome de distress respiratorio agudo o que puedan tener una contusión del miocardio y deben prestar mucha atención a esto.

Alrededor de un tercio de los pacientes con traumatismo hepático tiene presión arterial normal a su ingreso al hospital ; ello no quiere decir que no puedan tener una grave herida del hígado. Esto depende del lugar donde se vive y el tipo de pacientes que le lleguen. Nuestros hospitales universitarios tienen servicios de ambulancias muy rápidos, tenemos ambulancias en cada sitio de la ciudad, de modo que si se llama por teléfono al servicio de ambulancia, se la obtendrá en un período de 4 minutos promedio ; al cabo de este tiempo habrá en el terreno ya sea una ambulancia o un carro de bomberos, de modo que tal como lo hacíamos en Vietnam, tenemos a los pacientes en muy poco tiempo en el hospital. Por supuesto que una persona joven con un traumatismo hepático grave no caerá en hipotensión, al menos hasta algunos minutos después del accidente. Pero los médicos que no ven muchos traumatismos hepáticos a menudo tienen una muy equivocada sensación de seguridad. Ellos creen que este paciente joven no tiene una lesión hepática grave debido a que tiene presión normal, pero súbitamente, 10 ó 15 minutos después, se colapsa y debe ser operado de urgencia y hay que colocar un clamp aórtico para controlar la hemorragia. Muy pocos de estos pacientes sobreviven.

Hemos revisado 125 pacientes de nuestro hospital que debieron ser sometidos a una toracotomía de urgencia a raíz de un trauma. Solamente 8 de estos pacientes salieron con vida del hospital y 3 de ellos estaban descerebrados.

La punción y lavado peritoneal permite deter

minar la existencia de hemoperitoneo. Para esto se coloca una aguja en la cavidad abdominal y se instila 500 cc de Ringer lactato o suero fisiológico ; después se extrae y si está teñido con sangre -si tiene más de 100.000 glóbulos rojos por mm^3 - entonces tiene una punción intraperitoneal positiva y esto indica que debe hacerse una laparotomía. En 1.400 casos de lavado peritoneal el diagnóstico fue bastante exacto. Hubo algunos falsos positivos y algunos falsos negativos, pero no muchos, y se presentaron escasas complicaciones.

Hablaremos a continuación de las incisiones y de la resucitación. El traumatizado grave, sea por accidentes de la vida civil o de guerra, debe disponer de 3 catéteres intravenosos : uno en la vena subclavia, o en su defecto en la yugular externa, y 2 en las extremidades para hacer fluir solución de Ringer lactato a la máxima velocidad posible. Coloquen sondas en cada orificio natural del cuerpo. Coloquen una sonda nasogástrica, coloquen un tubo endotraqueal para ventilar y conéctenlo a un respirador o bolsa de Ambú. Asegúrense de vaciar el estómago en la mejor forma posible para evitar los vómitos o aspiración. Coloquen un catéter en la vejiga ; a menudo ellos tienen también hemoneumotórax, en cuyo caso debe colocarse un tubo en el tórax. Creo que esto suma siete tubos. De modo que si no han colocado 7 tubos, están en serias dificultades.

Administración de líquidos endovenosos

Recién hablé con uno de los médicos de la audiencia ; él usa Dextran debido a que no tiene Ringer lactato. Creo que debieran dirigirse al Ministro de Salud y conseguir Ringer lactato, debido a que el paciente que está gravemente herido no puede administrársele más de 1 ó tal vez 2 litros de Dextran, sin interferir con los meca

nismos de coagulación, y lo último que ustedes desearían en un enfermo con traumatismo hepático es interferir con la coagulación. Ustedes querrán que todos los elementos estén a su favor. A este respecto sugeriría calentar la sangre que se les coloca a estos pacientes. En nuestra unidad de trauma, donde tratamos muchos casos, hemos visto muchos pacientes que recibieron 10 a 15 unidades de sangre antes que lográramos recuperarlos. A menudo encaramos este problema. El paciente joven súbitamente muestra en el electrocardiograma un descenso de frecuencia a 20, 10 u 8 latidos por minuto. Deja de tener diuresis y no tiene pulso palpable en las extremidades. Si está en el período post-operatorio puede estar inconsciente. Ustedes no saben qué es lo que le pasa. Está frío, hipotérmico y a menos que coloquen una sonda para medición de la temperatura en el esófago y puedan medir la temperatura del tórax o en el recto alto, no pensarán en esta posibilidad; pero este hombre está hipotérmico y todo lo que necesita es ser calentado. La máquina que usamos para calentar la sangre ciertamente no permite superar este problema. No se puede calentar sangre en forma suficiente - mente rápida para administrársela a estos pacientes con heridas graves del hígado. Y si hay cualquier duda de si existe una herida del hígado, llévenlo a la sala de operaciones. No se debe esperar, no se debe permanecer sentado en la sala de emergencia pensando en cómo podemos mejorar las maniobras de resucitación. La mejor resucitación para una herida del hígado es operar y detener el sangramiento.

En lo que respecta al diagnóstico, ya mencioné la paracentesis en heridas del hígado. Hemos visto hoy día excelentes angiografías y cintigrafías de hígado, pero ellas están muy raramente indicadas en traumatismos del hígado. En el manejo inicial de un traumatismo hepático, si se hace el diagnóstico de laceración hepática, debe operarse; no pierdan el tiempo con exámenes radiológicos,

porque si este paciente es conducido de la sala de emergencia al Departamento de Rayos, las luces están apagadas, ustedes no están ahí, el radiólogo está mirando en la pantalla fluoroscópica preocupado de alguna otra cosa, y súbitamente el paciente presenta una fibrilación ventricular y muere. De tal modo que si hay cualquier duda, llévenlo rápido a la sala de operaciones y no pierdan tiempo.

Estoy seguro que muchas de estas medidas parecen relativamente simples para la mayoría de ustedes, pero creo que para parte de la audiencia puede haber algo que aprender de esto.

Me referiré al problema del empleo de antibióticos pre-operatorio. En este aspecto hemos cambiado mucho nuestra conducta. Pero en los últimos 5 años parece claro que ellos deben administrarse en el pre-operatorio si se espera que sean de alguna utilidad. La real ventaja es tener un nivel alto de antibióticos de amplio espectro antes de iniciar la incisión. Podrá usarse Gentamicina u otros aminoglicósidos, junto con Ampicilina y Clindamicina, etc. Podría argumentarse ciertamente hasta dónde emplear aminoglicósidos en estos pacientes, dado que ellos tienen alguna toxicidad y si se está expuesto a una anuria en el post-operatorio, esto puede constituir una complicación.

Creo que la situación del síndrome de distress respiratorio es suficientemente conocida por esta audiencia, por lo que no la discutiremos mucho más, salvo para decir que para evitar problemas respiratorios debe usarse la intubación endotraqueal; colocamos a los pacientes al comienzo en altas concentraciones de oxígeno (100 %). Creo que ustedes están conscientes que la toxicidad del oxígeno no se presenta en las primeras 24 horas o al menos no tiene importancia. Manténganlos en al

tas concentraciones de oxígeno y no se preocupen de la toxicidad por uno o dos días. Cuando las cosas se hayan tranquilizado, pueden empezar a disminuir la concentración de oxígeno del aire inspirado a 60, 50 ó 40 %, pero al principio mantengan una concentración alta de oxígeno y si hubiera cualquier alteración de los gases en la sangre, si la concentración de oxígeno arterial se mantiene aún a 60 en vez de 100 ó 110, entonces debe aumentarse la concentración de oxígeno y darles presión positiva del final de la inspiración (PEEP).

Podría agregar otra razón para intubar al paciente gravemente herido, que habitualmente tiene un traumatismo hepático; es el disminuir la probabilidad de que presente vómitos y aspiración. Muchos de nuestros pacientes con traumatismos hepáticos tienen alcohol en su estómago, están propensos a vomitar y aspiran y la aspiración de contenido gástrico en los pulmones es una de las complicaciones de cualquier traumatismo abdominal.

Me referiré a qué tipo de incisión usar. Lo importante es hacer una incisión suficientemente grande. Empleamos una incisión media amplia, porque por supuesto uno nunca sabe si sólo se trata de una herida del hígado o existe una herida del intestino o qué otro tipo de heridas pueda tener. Si tiene una larga incisión media, ésta puede ser prolongada hacia el tórax con una esternotomía, puede ser ampliada hacia el lado derecho o hacia el lado izquierdo.

85 % de todas las heridas del hígado puede ser atendida perfectamente bien por prácticamente todas las personas presentes en esta sala. La mayoría de las heridas del hígado son fracturas simples, orificios superficiales que son fácilmente tratados. Es sólo un 10 a 15% de las heridas las que realmente plantean dificultades.

De tal manera que la discusión sobre traumatismo hepático no debe hacerse fuera de contexto. La mayoría de nosotros hablamos mucho sobre grandes heridas del hígado, pero gran parte de ellas son más bien simples. El niño que se cae de la bicicleta y se lesiona el hígado o el joven que es golpeado en un accidente de motocicleta, habitualmente presenta un pequeño desgarramiento del hígado y éste ha dejado de sangrar cuando ustedes exploran o pueden controlarlo con un simple punto. Y debe colocarse un drenaje, porque como estoy seguro que la mayoría de ustedes sabe, puede drenarse bilis y ésta debe ser llevada al exterior.

Revisaremos las laceraciones hepáticas empezando con una herida pequeña. Si ustedes llegan ahí y observan una pequeña fractura en el hígado y ven un punto sangrante, estoy seguro que no colocarán un punto grande. Ubicarán el punto sangrante y colocarán un pequeño punto en cruz, incluyendo sólo el punto sangrante. En lo que a mi respecta, no empleo más los así llamados puntos hepáticos. Raras veces son necesarios, porque al colocarlos se daña una gran cantidad de parénquima. En la literatura más antigua encontrarán que hay gran discusión concerniente a los problemas metabólicos a raíz de las resecciones hepáticas, pero diría que en las resecciones hepáticas que han sido presentadas hoy, muy pocos pacientes deben haber presentado ictericia, hipoalbuminemia o hipoglicemia, porque si saben cómo hacer la cirugía hepática y no dejan una cantidad de tejido muerto, estos problemas no se presentarán mientras exista un 20 % de hígado remanente. De modo que aún en pequeños desgarramientos coloquen puntos, o en heridas punzantes o en heridas de proyectil de baja velocidad coloquen el punto precisamente en el sitio sangrante y suturen solamente eso y no todos los tejidos alrededor.

¿Cómo proceder en una laceración más profunda? ¿Una laceración que se extiende profundamente hasta la base del hígado? El error que el cirujano sin experiencia y que incluso cirujanos expertos en trauma cometen, es que al mirar en la profundidad de la herida, todo se ve muy oscuro y uno se atemoriza y aspira con timidez y dice : "creo que no está sangrando ¿no le parece?". Lo que debe hacerse es quitarle el aspirador al residente e ir a la profundidad de la herida, porque el momento de encontrar este punto sangrante es en la operación inicial, lo que no es muy difícil, y detener el sangramiento. Puede ser necesario ampliar un poco la brecha para colocar la sutura hemostática. Pero si no lo hace y dice : "dejémoslo tranquilo, pongamos algún agente hemostático", les puedo asegurar lo que va a suceder. Se detendrá por ese día, que habitualmente es un Viernes o Sábado en la noche, y luego alrededor de las 4,00 horas de la tarde o en la noche del Martes empezará a sangrar ; habitualmente uno es llamado por algún colega cuando esto ocurre y debe enfrentar una situación muy peligrosa, debido a que todo el lóbulo hepático alrededor de la herida está muy friable y habitualmente tiene que terminar resecando un área mayor de tejido dañado. Deben proceder hasta que obtengan buen tejido hepático en esta oportunidad ; a veces deben hacer una lobectomía completa para detener este sangramiento. Así, si existe una laceración profunda, busquen hasta el mismo fondo de ella y asegúrense que queda bien y seca cuando terminen, o lo lamentarán, como también lo lamentará aún más el paciente.

Estamos llegando al 5 ó 10 % de las heridas realmente severas. Lo que hemos dicho dará cuenta del 85 a 90 % de las heridas que ustedes pueden tratar tan bien como cualquier otro. El principio básico en el tratamiento de las heridas graves del hígado es debridar la lesión y no hacer resección.

¿Qué hacer con un paciente que ha recibido una herida de proyectil que entra por un lado y sale por el otro, atravesando ambos lóbulos del hígado? Este es un tipo de herida que atemoriza cuando se trata de un proyectil de alta velocidad : AK 47 ó M 16 ó un fusil de caza ; habitualmente no sobrevivirán, ni siquiera llegarán al hospital. Pero pacientes con heridas por proyectiles de baja velocidad, como ser del calibre 22, tendrán un orificio aquí y otro allá y ¿qué deberá hacerse en ese caso? Generalmente debe debridarse un lado y otro de las heridas, colocando drenajes, y en general evolucionan bien ; no hay nada más que hacer.

Ahora ¿Qué hacer con un paciente que tiene una herida concomitante del intestino delgado, que habitualmente es un paciente que ha sido herido a bala o apuñalado y presenta una lesión en el lóbulo derecho del hígado y un orificio en el yeyuno o en el ileon terminal y la herida puede no ser muy grande? Estos pacientes deben ser tratados en forma muy conservadora en lo que concierne a sus heridas intestinales. Si hay cualquier duda sobre lesión en el colon, creemos que debe hacerse una ileostomía temporal, debido a que las deposiciones y la bilis no constituyen una buena asociación. Si hay cualquier filtración de bilis, como también de jugo pancreático, junto a la anastomosis, ésta se fistulizará. De modo que somos muy conservadores en las heridas del intestino delgado que acompañan a las heridas del hígado. Las exteriorizamos y practicamos una ileostomía si es necesario, para cerrarla posteriormente una vez que ha sido curada la lesión hepática. Esto es indispensable en una situación de heridas de guerra, pero también seguimos la misma conducta en situaciones de la vida civil.

¿Cuándo practicar una ligadura de la arteria hepática? Se habla mucho de esto, pero rara vez se re-

quiere hacerlo ; nosotros no la practicamos más de 1 ó 2 veces al año por traumatismo hepático. Estoy seguro que la audiencia sabe que en presencia de una grave herida hepática lo primero que debe hacerse es comprimir manualmente la vena porta y la arteria hepática en el epiplón menor junto al hilio hepático. Si piensan que esto puede detener un sangramiento importante están equivocados, pero al menos lo hará más lento. Empleamos la ligadura de la arteria hepática en casos muy seleccionados cuando no hemos controlado en forma absoluta el sangramiento de una laceración profunda de un lóbulo hepático, o en un sangramiento tardío como el que hemos comentado previamente, o en un caso operado por otra persona o cuando hay un hematoma subcapsular, entonces hacemos la ligadura de la arteria hepática. La mayoría de nosotros practica la ligadura de la arteria hepática muy rara vez en traumatismos del hígado. Algunos cirujanos en nuestro país son muy entusiastas respecto a esta maniobra, pero la mayoría de los cirujanos de trauma la hacen rara vez. El adhesivo de metilmetacrilato no tiene ninguna utilidad. Podrán comprobarlo en un perro con un hígado desgarrado y realmente verán que no es útil.

¿Qué drenajes usar? Por supuesto que ustedes usan un drenaje en toda lesión hepática severa para drenar bilis al exterior. No están drenando la sangre, ustedes quieren evitar que la bilis irrite la cavidad peritoneal y en lo posible coloquen los drenajes en la parte más posterior ; hay que drenar ampliamente.

¿Cuándo retirar los drenajes? En lo que a mi respecta, retiro los drenajes de las heridas hepáticas cuando cesa el flujo de bilis. Es como la marea. Cuando ésta se retira y no sale más bilis, debe retirarse el drenaje para evitar la contaminación bacteriana del exterior. Mientras persista el drenaje biliar no debe

retirarse el tubo.

En el cierre de la pared abdominal en las heridas corrientes del hígado empleamos diversos tipos de sutura de retención, como suturas en 8 ó cualquier otro tipo de suturas de retención que ustedes empleen habitualmente.

En la mayoría de las lesiones hepáticas extensas y por supuesto en todas las heridas infectadas o altamente contaminadas hacemos un cierre secundario y no cerramos la piel. En todas las situaciones de guerra dejamos la piel abierta. ¿Enseñan ustedes cirugía de guerra? Nosotros tampoco, pero en cada guerra he tenido que enseñarla y creo que debiéramos hacerlo, ya que es muy difícil instruir a un cirujano para que deje las heridas abiertas como hay que hacerlo en situaciones de guerra y no como lo hacemos habitualmente en situaciones de la vida civil.

Hablemos respecto de la hematemesis. Creo que la mayoría de ustedes la conoce. En pacientes que en su mayor parte han recibido un traumatismo cerrado, o a veces heridas penetrantes del hígado, que han evolucionado bien por alrededor de una semana, para empezar posteriormente a presentar ligero malestar, dolor en el abdomen superior y súbitamente vómitos de sangre; entonces se piensa en una úlcera de stress o bien una úlcera duodenal. Pero un cirujano experto en trauma sabe que puede tratarse de una hematemesis; esto es que en algún punto la arteria hepática se ha comunicado con la vía biliar y se ha producido un sangramiento a la vía biliar, de aquí a la vesícula, luego al colédoco y finalmente se vacía al duodeno, para ser después vomitada. Esta es una situación en la cual la angiografía es a veces absolutamente esencial, de modo que a menos que el paciente se encuen-

tre en un profundo shock y piensen que se está muriendo, éste es el caso en el cual nosotros pedimos a nuestros angiográficos que hagan un estudio arteriográfico, porque si operan miran y no ven nada ; ven un estómago lleno de sangre y buscan una úlcera duodenal, pero no existe evidencia de úlcera. Si no son suficientemente astutos, no se darán cuenta que la vesícula biliar está repleta de sangre, como también el conducto colédoco, y por otra parte no existe ningún signo en la superficie del hígado que muestre dónde se produce el sangramiento y no sabrán dónde incidir el parénquima. Eventualmente se podrá obtener una angiografía intraoperatoria, lo que será de gran ayuda. A veces se ve en la superficie del hígado alguna inflamación o algún signo de que algo está mal por debajo de la superficie. Se hará entonces una incisión en este sitio y saltará el chorro de sangre arterial, pudiendo hacerse la hemostasia y el drenaje. Esto es raro, pero es fácilmente solucionable si se tiene la ayuda de la angiografía.

Quino y otros de nuestros colegas franceses en París postularon hace 10 ó 20 años que se podían hacer lobectomías en forma avascular, de modo que si existía una laceración severa se podría hacer una lobectomía. Como señalé anteriormente, esto se indica rara vez en un centro como el nuestro, donde operamos 50 a 60 heridas hepáticas al año. Hacemos sólo 1, 2 ó tal vez 3 lobectomías hepáticas por trauma en el año.

En alrededor del 5 % de todas nuestras heridas del hígado se produce una situación como la siguiente : imagínense ustedes en esta situación : están en una pequeña ciudad y operan a un joven, víctima de un accidente de motocicleta o de auto y encuentran un tremendo flujo de sangre viviendo desde el cuadrante superior derecho ; colocan su mano sobre el hí

gado y sienten un agujero en él y cada vez que miran ahí, él pierde 500 cc de sangre y pueden oír cómo la sangre fluye. ¿Qué hacer? Lo primero que debe hacerse es mirar sólo una vez, porque cada vez que procuran ver lo que pasa ahí, perderán otros 500 cc de sangre ; por lo tanto coloquen una compresa y empujen el hígado hacia arriba y deténganse. A esta altura el paciente está habitualmente hipotenso, frío y ustedes se sienten muy solos, de modo que es el momento de obtener toda la ayuda que puedan conseguir. Consigan toda la sangre que puedan y preparen el tórax, pero no insistan en mirar ahí ; ustedes saben que se encuentran en una situación difícil y la reconocen . Ahora bien, cuando consigan elevar la temperatura del paciente y el electrocardiograma parezca normal, entonces harán una esternotomía y si no están habituados a hacerlo pueden extender la incisión al hemitórax derecho ; sugiero que no intenten controlarlo desde abajo, porque se les va a morir. El paciente estará en un shock tan profundo, que si no son capaces de controlarlo por abajo, tienen que hacerlo desde arriba a través del diafragma y mirar directamente la laceración. Corrientemente habrá un desgarramiento de la confluencia de la vena supra hepática derecha con la vena cava inferior. Cuando tengan esto bajo control, pueden continuar y ver si procede hacer una lobectomía hepática derecha. Excepcionalmente debemos colocar una cánula en la vena cava, la que aseguramos con un asa por debajo del hígado y junto a la desembocadura en la aurícula derecha, permitiendo que la sangre llegue al corazón derecho. A continuación se puede hacer la lobectomía hepática derecha, pero esto se practica muy raras veces.

Si se encuentran en serias dificultades en un pequeño hospital, sin haber tenido un gran entrenamiento quirúrgico, no intenten practicar una lobec

tomía hepática derecha ; simplemente pongan un taponamiento en la cavidad, detengan el sangramiento, váyanse al teléfono y consigan un helicóptero y acompañen al paciente con ese gran taponamiento adentro y con - dúzcanlo a un centro donde puedan manejar estos casos. Esto diferencia a un cirujano prudente y eficiente de uno intrépido. El taponamiento no es un procedimiento definitivo, pues si ustedes lo dejan ahí por uno, dos o tres días, se infectará y sangrará de nuevo, pero es una maniobra de detención hasta que puedan llegar a un centro de cirugía hepática donde se haga la cirugía definitiva.

¿Qué he tratado de decir sobre traumatismo hepático? He procurado enfatizar los aspectos prácticos de su manejo, dirigiéndome primariamente al cirujano de una comunidad pequeña y que no hace con frecuencia resecciones hepáticas. He tratado de indicar que los problemas de resucitación en las heridas hepáticas no deben ser subestimados. He procurado prepararlos para lo que van a encontrar cuando entren a un abdomen a raíz de un traumatismo y encuentren una laceración hepática. He tratado de decirles que no se alarmen ; las probabilidades son de que en 8 de 9 casos sean capaces de manejarlo tan bien como un cirujano experto, porque lo probable es que en un traumatismo cerrado o aún en heridas penetrantes o por proyectil, las cosas se puedan hacer con facilidad.

Finalmente he tratado de describirles la forma de proceder ante una laceración grave, desde las medidas de detención hasta la acción definitiva de tener que recurrir a una lobectomía.