CIR. URUG. V. 57, N° 1: 39-41 enero/febrero 1987

Hematoma subcapsular del hígado

Presentación poco frecuente y seguimiento tomográfico

Dres. José Luis Rodríguez,
Alberto Piñeyro
y Luis Cidade.

Se presenta un nuevo caso de Hematoma subcapsular del Hígado, tratado en forma expectante, con seguimiento clínico y tomográfico.

Se hace especial hincapié, en que esta conducta conservadora exige una cuidadosa selección del paciente y posibilidades de seguimiento clínico y paraclínico adecuadas, debiéndose laparotomizarse el enfermo ante la aparición de elementos de infección, sangrado peritoneal o Hemobilia.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: Liver, Hematoma.

SUMMARY: Subcapsular hematoma of liver. Not too frequent occurrence and tomographic follow up.

Again presenting a case of subcapsular hematoma of the liver, treated in an expectant manner, with clinical and tomographic follow up.

Special emphasis is laid on the fact that this conservative procedure requires a careful selection of the patients and possibility of adequate clinical and paraclinical follow up. The patient should be laparotomized in the presence of infection elements, peritoneal bleeding or hemobilia.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 24 de julio de 1985.

Asistente y Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica. Residente del M.S.P.

Dirección: Orinoco 5100, ap. 603. Montevideo ((Dr. J.L. Rodríguez).

Clínica Quirúrgica "2" (Director Prof. Dr. C. Silva). Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

RÉSUMÉ: Hématome sous-capsulaire du foie. Présentation peu fréquente et contrôle tomographique.

On présente un nouveau cas d'hématome sous-capsulaire du foie, traité de façon expectante, avec un contrôle clinique et tomographique. On insiste spécialement sur le fait que cette conduite conservatrice exige une soigneuse sélection du patient et des possibilités de contrôles cliniques et paracliniques adéquates. Le maladie devra être laparotomisé devant l'apparition d'éléments d'infection, d'un saignement péritonéal ou d'hémophilie.

El hematoma subcapsular del hígado, es un tipo lesional infrecuente secundario a los traumatismos cerrados del abdomen; siendo su frecuencia estimada en cifras que varían entre 0.3% al 12%[9].

Cuando se lo diagnostica en el curso de una laparotomía exploradora, es quizás la lesión hepática de tratamiento más controvertido[6] aún en nuestros días. Así por ejemplo Thomas y Blaidsell[1, 11] consideran que debe ser explorado sistemáticamente y drenado; en cambio Cheatham y Richie[2, 9] plantean una conducta conservadora en el paciente estabilizado hemodinámicamente; ya que una vez abierta la cápsula de Glisson el sangrado a menudo es difuso y la hemostasis resulta frecuentemente dificultosa de realizar por maniobras sencillas[9] llevando en ocasiones a

practicar una resección hepática[1, 6] de una mortalidad frecuentemente prohibitiva, mayor del 50%[3, 5, 6].

Actualmente en los traumatismos cerrados del abdomen, es posible diagnosticar la presencia de un hematoma subcapsular del hígado, sin recurrir a laparotomía; es así que los nuevos métodos imagenológicos, como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Ultrasonografía, así como la Fibrolaparoscopía, permiten su diagnóstico no operatorio, abriendo así la posibilidad de un tratamiento expectante.

En nuestro medio, uno de nosotros[7] presentó en 1983 a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, un caso de hematoma subcapsular del hígado, diagnosticado por laparoscopía y TAC, no operado y seguido con controles clínicos y tomográficos hasta su curación en 40 días. Posteriormente Gastambide y Colaboradores[4] presentan en el 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, tres casos clínicos similares. Y recientemente, fue presentado por Pittamiglio y col.[8] casos de hematoma subcapsular en niños, grupo etario en que reconocemos las dificultades de instalar un tratamiento expectante, por lo que creemos que nuestras consideraciones no pueden ser extrapoladas a dicho grupo.

El caso que presentamos, pensamos que plantea doble interés:

1) su forma de presentación poco frecuente, como una tumefacción abdominal;

2) su diagnóstico mediante TAC, conducta expectante y seguimiento clínico y tomográfico.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente del sexo masculino, D.D., de 65 años. N° de Reg. 7024, que ingresa a la clínica Quirúrgica "2", el 1/8/84 por dolor en hemiabdomen superior. Una semana antes de su ingreso, sufrió traumatismo cerrado de abdomen por coz de caballo.

Antecedentes personales: Intervenido en 1979 por peritonitis secundaria a Ulcus Duodenal perforado.

A su ingreso, se comprueba paciente con hemodinamia estable y mucosas discretamente hipocoloreadas. Al examen abdominal cicatriz mediana supraumbilical; tumefacción a nivel del hemiabdomen superior, predominando en epigastrio, de unos 12 cm por 8 cm, de consistencia blando-quística, discretamente dolorosa a la palpación, y que se moviliza escasamente con la respiración.

Hematocrito: 39%.

Ecografía de hígado y vías biliares: masa hipoecoica retroparietal, intraperitoneal de 50 mm en sentido anteroposterior y 180 mm en el transverso, que impresiona topografiarse en el espesor del parénquima hepático ocupando la parte anterior del lóbulo izquierdo y algo del lóbulo derecho. Desplaza el estómago a la izquierda y atrás. Vesícula sin cálculos. V.B.P. normal. En suma: imagen sugestiva de hematoma subcapsular de hígado.

Tomografía Axial Computada: Hematoma subcapsular de hígado, que ocupa la cara anterior de ambos lóbulos. Mide aproximadamente 20 cm en sentido transversal, por 5-6 cm en sentido antero-posterior. Fig. 1.

Fibrogastroscopía: Gastritis crónica superficial, resto s/p.

Considerando que el paciente llevaba 10 días de evolución, compensado desde el punto de visa hemodinámico, y que por su laparotomía anterior sus adherencias colaborarán en mantener bloqueado el hipocondrio derecho y la lesión hepática, se mantuvo conducta expectante, con controles clínicos periódicos y reposo.

Evolución: Además del estrecho control clínico, se realizó seguimiento tomográfico, mediante un estudio mensual (aproximadamente) 25/9, 30/10 y 18/12, comprobándose de esa manera, la disminución progresiva del tamaño del hematoma.

Desde el punto de vista clínico y paraclínico, su seguimiento no mostró alteraciones.

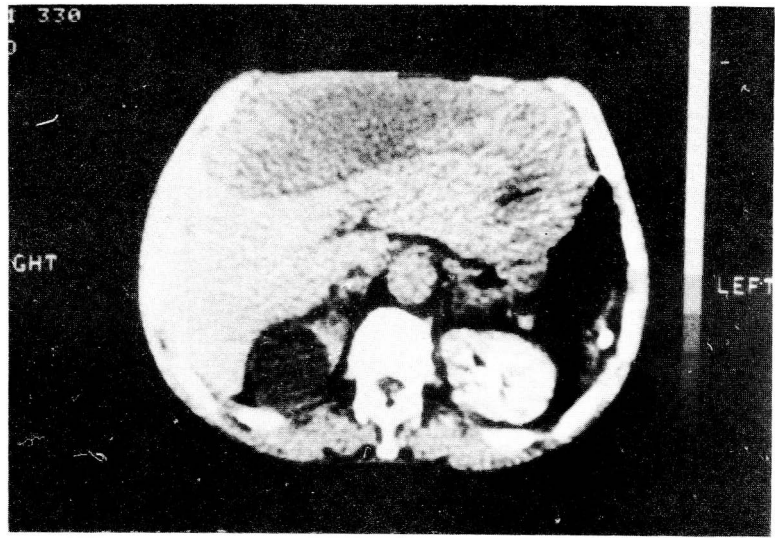

Fig. 1. Tomografía Axial Computarizada, realizada al ingreso del enfermo, mostrando hematoma subcapsular del hígado, que toma ambos lóbulos de 20 × 5-6 cm.

Es dado de alta a los 50 días de su ingreso, en buenas condiciones, con F. Hepático normal, y disminución franca de las dimensiones tomográficas del hematoma.

A los nueve meses de seguimiento, transcurridos desde su ingreso, se realiza nueva TAC, que muestra la desaparición total. Fig. 2.

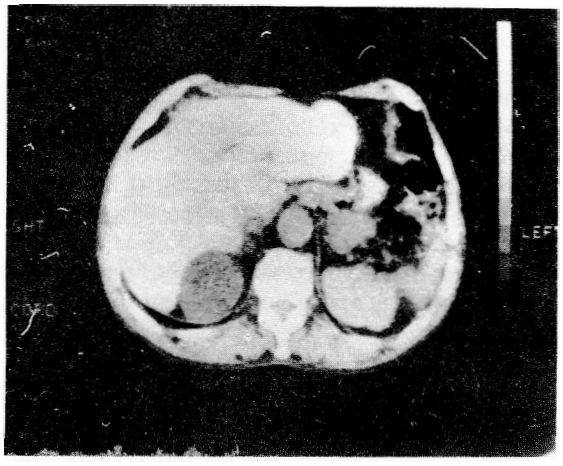

Fig. 2. Tomografía Axial Computorizada realizada a los nueve meses, comprobando la desaparición del hematoma subcapsular.

COMENTARIO

Si bien la conducta no puede generalizarse, pensamos que en pacientes cuidadosamente seleccionados, puede realizarse un manejo conservador en los hematomas subcapsulares del hígado.

Estas situaciones, suponen el diagnóstico hecho fundamentalmente por TAC, exigen que el paciente se encuentre estabilizado desde el punto de vista hemodinámico, y que se disponga de un seguimiento clínico y paraclínico adecuado.

De ser posible, deben ser controlados en un centro de cuidados intensivos o intermedio, por 3-5 días, y luego reposo absoluto por lo menos 10 días más[6]. En lo paraclínico, seguimiento con Ecogramas y TAC seriado, así como monitoreo de la funcionalidad hepática y de los signos de infección.

En la mayoría de los casos, se logra la reabsorción absoluta en un plazo variable, se acuerdo fundamentalmente al tamaño del hematoma (plazo que oscila entre uno y veinte meses).

Esta conducta, debe ser abandonada y el paciente laparotomizado, frente a la mínima sospecha de una de las complicaciones posibles del hematoma subcapsular[1], como ser:

— rotura en peritoneo libre;
— infección;
— hemobilia (Sandblom).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BLAISDELL W. — Hepatic artery ligation. Rarely indicated in liver trauma. In: Delaney and Vance - Controversies in Surgery. Philadelphia, W.B. Saunders, 1983.
2. CHEATHAM T.E., SMITH E.I., TUNELL N., ELKINS R.C. — Non operative management of subcapsular hematomas of the liver. Am. J. Surg. 140 852, 1980.
3. DEFORE W. Jr, KENNETH L.M., JORDAN G.L., BEALL A.C. Jr. — Management of 1.590 consecutive cases of liver trauma. Arch. Surg. 11: 493, 1976.
4. GASTAMBIDE C.M., CROCI F, RUIZ LIARD A., TROSTCHANSKY J., CROSA J. — Conducta expectante frente al hematoma hepático de origen traumático. Experiencia primaria. Congreso Uruguayo de Cirugía, 34°, 1983. Cir. Urug. 54: 275, 1984.
5. MAYS T.E. — Controversias in hepatic trauma. In: Delaney and Vance. - Controversies in Surgery. Philadelphia, W.B. Saunders, 1983.
6. PATCHER L.H., SPENCER F.C. — The management of complex hepatic trauma. In: Delaney and Vance. - Philadelphia, W.B. Saunders, 1983.
7. PIÑEYRO A, TORTEROLO E., BERGALLI L., AIZEN B. — Traumatismo hepático. Manejo conservador no quirúgico. Cir. Urug., 54: 279, 1984.
8. PITTAMIGLIO A. — Comunicación personal.
9. RICHIE J.P., FONKALSRUD E.W. — Subcapsular hematoma of the liver. Nonoperative management. Arch. Surg. 104: 781, 1972.
10. SANDBLOM P. — Hemorrage into the biliary tract following trauma. "Traumatic hemobilia". Surg. 24: 571, 1948.
11. THOMAS C S, ADKINS B., LANIER V.C, FOSTER J.H. — The surgical management of intrahepatic hematomas. Ann. Surg. 36: 171, 1970.