

Trauma no reciente en abdomen cerrado

Non-recent abdominal closed trauma

Jesús Enrique Montejo Saínez

Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital Docente Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Entre las urgencias atendidas por traumatismos diversos, en el Centro Diagnóstico Integral "Dr. Salvador Allende", en Caracas, Venezuela, se destacó el caso que se expone, luego de estar 60 días procurando atención médica en diferentes instituciones hospitalarias, sin recibir credibilidad la joven enferma. Se expone la historia de la paciente, y sus eventualidades con los hallazgos laparotómicos. Se corrobora la necesidad laparotómica con la presunción inicial por juicio clínico y se logra el consentimiento informado familiar. Como refuerzo de la praxis se efectuó el procedimiento omentun mayus, que combate la sepsis futura y garantiza la integridad subfrénica. Este caso —"trauma visceral" circunscrito al lóbulo derecho del hígado— favorece, por su carácter y modo, la enseñanza a educandos y especialistas, en caso de afrontar traumas no recientes.

Palabras clave: trauma cerrado de abdomen, trauma hepático no reciente, hematoma subcapsular de Glisson.

ABSTRACT

Among all the emergencies seen due to different traumata in the "Dr. Salvador Allende" Integral Diagnosis Center in Caracas Venezuela is emphasized the present case, after 60 days seeking medical in different hospital institutions without to receive medical care. Her history is exposed and its eventualities with the laparotomy findings. Laparotomy need is corroborated according an early clinical criterion and the achievement of the family informed consent. As a praxis effort, the omentum mayus procedure was carried out preventing the future sepsis and to guarantee the subfrenic integrity. Present case —"visceral trauma" restricted to

liver right lobule, due to its character and mode, favors the teaching to students and specialists when they to face non-recent traumata.

Key words: closed abdominal trauma, not-recent hepatic.

INTRODUCCIÓN

No dejará nunca de asombrar a los cirujanos la glándula hepática, ya sea por su brillante razón funcional, por ser el asentamiento de las vías biliares, de diversos tumores, quistes y abscesos, además de la capacidad *per se* de responder a las injurias traumáticas que incluyen a las diversas heridas: romas y cortopunzantes. De igual forma, su masa visceral (ambos lóbulos), puede ser contentiva de uno o de varios gradientes conocidos de proyectiles con estructura balística diversa a lo que se agrega la onda expansiva, o también los metales fragmentados, sin olvidar las esquirlas óseas, procedente de sus costillas vecinas. Como *techo del abdomen*, o como *almohadón del piso diafragmático del tórax*, logra ser decidor él de la vida, que oscila desde su destrucción consecuente, hasta incluso poder contar con la regeneración, muy apreciada esta después de practicarse las resecciones quirúrgicas de su parénquima. Su status e integridad oferta elevada probabilidad de hacer frente a las problemáticas recuperativas del paciente, lo cual forma parte inevitable del pronóstico, en los días convulsos y traumáticos de vivir o morir.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 21 años, estudiante de magisterio, nulípara, con historia de salud anterior, sin antecedentes quirúrgicos ni alergias a medicamentos. APP y APF no destacables.

Motivo de consulta (MC): malestar bajo las costillas derechas.

Historia de la enfermedad actual (HEA): abarca y señala con su mano el malestar (dolor en el hipocondrio derecho, la fatiga subintrante, afebril). Sin referir antecedentes previos, su madre la llevó por más de 4 instituciones de Caracas, e incluso, agotaron el uso del seguro médico, hasta que, por sugerencia del taxista llegan al Centro Diagnóstico Integral (CDI). En el interrogatorio se niegan antecedentes esperados de posible importancia, y se llega a pensar en algún "encubrimiento de su parte". Trae de otro centro examen de sangre realizado horas antes con Hb: 9,6 mg/%.

Examen físico: mucosas hipocoloreadas, TA 100/60, FC 102/min, orina oscura, lengua seca y decaimiento general. En el examen del abdomen se aprecia malestar a la palpación profunda del cuadrante superior derecho hacia la zona subcostal, no se precisa tumor palpable, tampoco visceromegalias, percusión algo molesta, y ruidos abdominales presentes. Se realiza punción abdominal en los 4 cuadrantes que resultó negativa. En el ultrasonido ginecológico no se observa patología. Se aprecia deshidratación de leve a moderada.

Imagenología: en abdomen se aprecia imagen ecodensa en territorio suprahepático. Se realiza resonancia magnética (RMN) y se informa de una posible colección subdiafragmática derecha.

Ante ese hallazgo, se repite el interrogatorio y por fin la paciente recuerda que:

...hace cerca de 2 meses, al ser perseguida en la salida del Metro por un posible ladrón, le falló su rodilla derecha y cayó sobre el filo de cemento en la escalera, recibiendo el golpe principal en las costillas y la parte derecha superior del vientre, y que no se pudo levantar hasta ser socorrida por los bomberos.

Atendida en varios centros, no dieron crédito a sus palabras. Ante la persistencia del cuadro clínico en aumento, llegó al hospital con astenia, discreta palidez cutáneo mucosa, malestar constante por dentro de la parrilla costal derecha e inapetencia. A las 6 h es realizada de nuevo la Hb y se informa en 9,4 mg/%; pero con la evidencia de lo encontrado por la RMN, se preparan las condiciones y se decide laparotomizar a la paciente con el diagnóstico: trauma cerrado de abdomen.

Hallazgo operatorio: se realizó incisión para entrar en hipocondrio derecho subcostal de Kocher, en el que se encuentra un "colchón de sangre coagulada" (organizado), que ocupa todo el espacio subfrénico derecho. Se realiza evacuación del hematoma en localización desde su inicio subcapsular de la residual cápsula de Glisson hecha girones y, al limpiar la glándula en superficie de la cara anterior, se perciben 3 fisuras (aparentemente no profundas), 2 de ellas meridianas a la segmentación del lóbulo derecho, en la cara ántero-superior del hígado, y la tercera de menor longitud, en ubicación oblícua-ascendente, que no son exploradas, pues se pudo constatar que no existía sangrado activo, y por ello, se decide cubrir toda la cara ántero-superior del lóbulo derecho del hígado con un segmento pediculado y bien irrigado del epiplón mayor derecho (*omentun mayus*), con unas 4 sujeciones de *catgut 00*. La vesícula biliar estaba íntegra, sin alteraciones, así que se realiza lavado y aspiración con solución de hibitane acuoso, del territorio subdiafragmático derecho, y se coloca drenaje cercano de *Penrose* en "Y" (ántero-posterior del hígado), que se extrajo su rama vertical por contrabertura derecha látero-inferior de la piel. Se aspiró una escasa cantidad de sangre negruzca con coágulos del parietocólico derecho alto (alrededor de 120 cc). Las vías biliares extrahepáticas estaban sin alteraciones, se observó integridad de la parrilla costal baja anterior y derecha. Se utilizó *rocephin* (3 g) en el perioperatorio, y se aplicaron 2 bolsas de glóbulos frescos, hemostasia con electrocoagulador, y cierre por planos. La evolución fue satisfactoria, con alta hospitalaria al séptimo día de operada, con Hb 11,6 mg/%, con vía oral expedita, con apetito, y emuntorios sin alteraciones.

DISCUSIÓN

La no implicación de una conducta laparotómica en esta paciente, desde un inicio, puede abarcar diversas consideraciones. Aunque los traumas cerrados abdominales poseen causa común del hemoperitoneo y de lesión visceral maciza consecuente,¹ su frecuencia de presentación es para tener en cuenta por todos, pues la incidencia del *shock* hipovolémico toma singular partido como causa de muerte, aunque no fueron estas precisamente las circunstancias de la paciente desde sus inicios. La mayoría de las veces, por el cuadro clínico evidenciado, invoca que se trata de un caso que necesita atención multidisciplinaria,² y en una gran capital como Caracas hay centros hospitalarios acordes con los conocimientos de nuestros días, avaladas con tecnología de punta, donde se han enriquecido los procedimientos a realizar por

la consecuente tecnología acompañante para diagnosticar y tratar los pacientes más disímiles. Ya son parte de la historia aquellos procedimientos de empaquetamiento (con el objetivo de cohibir el sangrado),³ elemento llevado y traído durante casi un siglo, con señalamientos recogidos en la literatura hasta hace unos 30 años (finalizando el siglo xx) que colocaron la mortalidad por trauma hepático en un 8,9 %.

Para los especialistas cubanos, que realizan todo tipo de misiones internacionalistas, en ocasiones se complementan las enseñanzas recibidas de los profesores de siempre, por lo que se colocan de una forma bien precisa y correcta incluso hasta para discutir cualquier procedimiento a realizar con los profesionales de la salud del país referido, así proyectamos nuestra directriz en la docencia que practicamos.⁴ Con ello no se desplaza el asunto, no se subestima el problema y tampoco se sobredimensionan los elementos a tener en cuenta. Es precisamente la llegada de la paciente al hospital con dos meses de evolución postrauma lo que coloca al colectivo en sobre aviso, pues desde un inicio no se conoció el trauma acaecido, por ello incluso se llegó a repasar *en mente*, procesos de tipo clínico: tumores malignos primarios del hígado, tumores malignos metastásicos del hígado, tumores benignos del hígado (hamartoma), que, de forma silente, podían encontrarse en ella no sustancialmente evidentes, y sirvieran como basamento de hepatopatía crónica, algunos de ellos a descartar por estudios imagenológicos, que, por cierto, no fueron aplicados en esta paciente, a pesar de que su familia la transportó a diferentes instituciones, de las cuales no se contaba con absolutamente nada, pues dichos centros no acostumbran a entregar los complementarios, ni las radiografías o biopsias de los pacientes, incluso pagadas, al ser solicitadas. Se llegó a pensar en un posible crecimiento lento del tumor *in situ*, con elementos vasculares a tener en cuenta (intraparenquimatoso), elemento que pudo condicionar lo que después se hizo corroborar por la resonancia magnética.

Cabe destacar que la punción abdominal negativa, aun sin devolver la tranquilidad, hizo alejar sin dudas la extrema urgencia del caso. Para ello se solicitó de los familiares el consentimiento informado,⁵ toda vez que se trataba de un caso bien relacionado con la exploración quirúrgica a ser realizada, con larga trayectoria de espera preoperatoria, sin precisar relación directa de cualquier proceso precedente no conocido, y por ello, con una intervención quirúrgica a efectuar de inmediato, sin laparoscopia previa, con un perfil amplio de laboratorio sanguíneo que daba plenitud de confiabilidad.

El diagnóstico positivo encontrado (descrito por imagenología) del hematoma organizado y bien definido favoreció la conducta consecuente de utilización epiploica, al asumir que, por sus características absorbentes y su cercanía con el sistema inmunológico, sin dudas favorecerían el éxito de la intervención realizada y alejarían las complicaciones,⁶ se evitarían abscedaciones futuras posibles, y al pensar así, resultó excelente que fuera virgen el abdomen (sin punciones previas, ni exposiciones instrumentales), lo cual evitó la presencia de colecciones sépticas, por contaminación. Se utiliza el epiplón de forma diversa y variada,⁴ llevado en transposición de *omentum mayus* a médula espinal, investigación realizada con *Harry Gold Smith*, de Boston que aún puede aportar muchos resultados favorables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Portela CA, Delgado Fernández JC, Robaina Arias LE, Rodríguez Lorenzo S, Díaz Arteaga Y. Morbilidad y mortalidad por traumatismo abdominal (2002 a 2004). Rev Cubana Cir [serie en internet]. 2007 [1º de septiembre de 2001];46(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932007000300007&script=sci_arttext&tlnq=en

2. Brito Sosa G, González Capote A, Cruz Rodríguez P. Origen, evolución y reflexiones sobre la medicina basada en la evidencia. Rev Cubana Cir [serie en internet]. 2010 Jun [citado 4 de Mayo de 2011];49(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200014&lng=es
3. Larrea Fabra ME. Historia de la cirugía del trauma. Rev Cubana Cir [serie en internet]. 2007 Dic [citado 4 de Mayo de 2011];46(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000400011&lng=es
4. Hernández Varea JA, Roig Álvarez T. Reflexiones acerca del pragmatismo en cirugía. Rev Haban Cienc Méd [serie en internet]. 2007 Jun [citado 4 de Mayo de 2011];6(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000200002&lng=es
5. López Milhet AB, Barrios Osuna I, Roque González R, Quintana Pajón I, Pereira Fraga JG, Nodal Ortega J. El consentimiento informado en la práctica quirúrgica. Rev Cubana Cir [serie en internet]. 2010 Jun [citado 4 de Mayo de 2011];49(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200015&lng=es
6. Quevedo Guanche L. Absceso subfrénico. Rev Cubana Cir [serie en internet]. 2008 Jun [citado 4 de Mayo de 2011];47(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000200015&lng=es

Recibido: 24 de abril de 2011.

Aprobado: 26 de abril de 2011.

Jesús Enrique Montejo Saínz. Hospital Docente Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán". Ave. 26 y Rancho Boyeros, municipio Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba.
Correos electrónicos: emontejo_47@hotmail.com emontejo@infomed.sld.cu