

## INFORME DE CASOS

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

# USO DE LA SONDA DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE EN EL TRAUMATISMO HEPÁTICO

*Dr. Orestes Campos Venegas,<sup>1</sup> Tte. Cor. Lázaro E. Alfonso Alfonso<sup>2</sup> y My. Margarita L. Reyes Martínez<sup>3</sup>*

### RESUMEN

Se presenta un paciente de 44 años de edad que fue recibido en el Centro de Urgencias del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", quien sufrió traumatismo cerrado de abdomen por caída de altura, por lo que fue intervenido quirúrgicamente. En el acto operatorio se encontró una lesión transfixiante en la porción media del lóbulo derecho del hígado, que presentaba un orificio en la cara superior y otro en la inferior paravesicular, con comunicación entre ambos, sangramiento activo y sangre libre en la cavidad peritoneal de aproximadamente 2 500 mL. Se pasó una sonda de Sengstaken-Blakemore a través de esta lesión y se insufló el balón esofágico con 120 mL de suero fisiológico que detuvo el sangramiento. El paciente evolucionó satisfactoriamente en el posoperatorio, de acuerdo con los resultados del seguimiento clínico, de laboratorio y ultrasonográfico. Se demostró la efectividad del método empleado.

*Descriptor DeCS: HIGADO/lesiones.*

De todos los traumatismos abdominales cerrados entre el 15 y el 20 % lesionan el hígado, el órgano más grande y friable de la cavidad abdominal. Este mecanismo produce las alteraciones más graves de todas las lesiones hepáticas que pueden llegar hasta la amputación de un lóbulo, lo

que ocasiona la laceración de vasos sanguíneos y conductos biliares a lo largo de extensas y profundas heridas.<sup>1,2</sup>

Los traumatismos abiertos por arma blanca o de fuego generalmente producen heridas penetrantes o transfixiantes del hígado con destrucción del tejido hepático a

---

<sup>1</sup> Residente 4to. Año de Cirugía General.

<sup>2</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General.

lo largo del trayecto del agente vulnerable.<sup>1</sup>

Los métodos del tratamiento ante los traumatismos hepáticos están encaminados a controlar la hemorragia y la bilirragia; por yugular la pérdida sanguínea se utilizan procedimientos temporales y definitivos.<sup>3</sup> Con el objetivo de estandarizar las medidas a tomar en cada lesión en particular, *Ernest Moore* desarrolló una clasificación terapéutica ante las lesiones hepáticas. En este trabajo se profundizó en el estudio del tema y se aprovechó la oportunidad de la admisión de un paciente con una lesión compleja de este órgano para instaurar un método de tratamiento con la sonda de Sengstaken-Blakemore pero con otro dispositivo,<sup>4,5</sup> lo que ha sido reportado en la literatura para la solución de estas lesiones.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presentó un paciente de 44 años de edad que es recibido en el Centro de Urgencias del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", después de haber sufrido caída de altura de aproximadamente 4 m, llega consciente y refiere dolor en hemiabdomen superior. Al examen físico se constató estabilidad hemodinámica. Se canalizaron venas periféricas y se tomaron muestras de sangre para estudios hematológicos (Hb 10,3 g/L, Hto. 33 %). Se realizó punción abdominal la cual fue negativa y radiografía de tórax que resultó normal.

Aproximadamente 2 h más tarde, al incorporarse en la cama presentó sensación de desfallecimiento y sudación profusa lo que le imposibilitó la maniobra; inmediatamente se constataron cifras tensionales sistólicas inferiores a 50 mm Hg y una nueva punción abdominal nos con-

firmó sangre que no coaguló en el interior de la cavidad peritoneal. Es llevado al quirófano con el diagnóstico de un hemoperitoneo por lesión en víscera maciza.

En el acto quirúrgico se encontró aproximadamente 2 500 mL de sangre libre en la cavidad peritoneal y una lesión transfixiante de la porción central del lóbulo derecho del hígado con un orificio estrellado de 3 cm de diámetro en la cara diafragmática y otro de igual forma y calibre en la cara inferior, paravascular, con comunicación amplia entre ambas aberturas y sangrado profuso.

Se tomó una sonda de Sengstaken-Blakemore, se embadurnó el balón esofágico con pomada nitrofurazona y con la ayuda de una pinza de anillo se pasó dicha sonda a través de la lesión transfixiante y quedó el balón esofágico en el interior de la lesión. Se insufló en este balón solución salina hasta el cese del sangramiento (fig. ).



Fig. 1. Uso de la sonda de Sengstaken - Blakemore en el tratamiento hepático.

La metodología que se utilizó para retirar la sonda de balón y el drenaje fue la siguiente:

- Primer paso : 48 h. Desinflar balón
- Segundo paso: 72 h. Mover sonda
- Tercer paso: 96 h. Retirar sonda
- Cuarto paso: 120 h. Retirar drenaje

Actualmente el paciente se encuentra asintomático e incorporado a su actividad física, social y laboral.

### COMENTARIOS

Son múltiples los métodos de tratamiento de las lesiones hepáticas, desde los temporales descritos por *Kovanov*<sup>3</sup> en 1894 como la compresión dígita o con pinzas elásticas del ligamento hepatoduodenal hasta los definitivos como la sutura hepática, la ligadura de los vasos en la herida, el taponamiento de ésta y la sutura del colchonero con omento.

*Moore*,<sup>6</sup> En su clasificación de las lesiones hepáticas designa procedimientos quirúrgicos de acuerdo con el grado de lesión. *Fabrice Menengaux*,<sup>7</sup> en un estudio en 103 pacientes portadores de traumatismos hepáticos severos hace referencia al tratamiento conservador.

Otros autores,<sup>1,2,8,9</sup> profundizaron en el estudio de los procedimientos y conductas a seguir ante los traumatismos hepáticos planteando que las lesiones que atraviesan el parénquima representan un problema especial para el cirujano y recomiendan el uso de sondas y aspiración; taponamiento con músculo, epiplón, vicryl, gelfoam y gasas, hasta llegar a la ligadura de la arteria hepática.

*Poggetti* y otros,<sup>4,5</sup> crearon un ingenioso dispositivo para el tratamiento de las heridas transfixiantes del hígado formado

por una sonda de Levine telescopiada en un drenaje de penrose con una atadura proximal y otra distal, e instilaban solución salina para obtener efectos de balón y con ello hemostasia. En este trabajo se aplica el mismo principio con la utilización de una sonda de Sengstaken-Blakemore.

El grado de lesión hepática que puede ser medido por las transaminasas, las cuales aumentan inmediatamente después del traumatismo y se normalizan a los 40 d según *Kaku*,<sup>10</sup> en este trabajo se comportó de manera similar, las transaminasas llegaron a la normalidad entre 30 y 60 d (tabla).

TABLA. Cinética de las pruebas funcionales hepáticas (PFH)

PFH	48 h	15 d	30 d	60 d
TGP (UI)	156,3	39	62	15
TGO (UI)	149,2	33	51	24
BT (mm/L)	12,9	10,4	6,0	9,7
FA (UI)	172	413	354	223

A pesar de los múltiples artificios terapéuticos ante estas lesiones, la mortalidad se mantiene elevada; *Pachter*,<sup>11</sup> en un estudio de 5 000 pacientes reporta el 52 % de mortalidad y otros<sup>10</sup> muestran porcentajes inferiores (10-20 %).

Las complicaciones que se describen son múltiples,<sup>2,10</sup> en el paciente tratado no se presentó ninguna.

Los autores del presente trabajo, de acuerdo con los resultados obtenidos con la utilización de este método terapéutico destacan las ventajas siguientes:

- Yugula inmediatamente el sangrado.
- Es una vía más como método de drenaje de la cavidad abdominal.

- Reduce al mínimo la frecuencia del resangrado.
- Si al desinflar el balón, o al movilizar la sonda aparece resangrado, éste se resuelve reinsuflando el balón.
- Constituye un proceder definitivo por lo que no requiere reintervención.
- Es un proceder sencillo, de fácil aplicación, mínimo tiempo y bajo costo.
- La sonda utilizada es recuperable.

## SUMMARY

This paper presents a patient aged 44 years, who was sent to the Emergency Center of Higher Institute of Military Medicine because he has suffered a closed abdominal trauma as a result of a fall from high. He was operated on. During the surgery, a transaxphyxiating injure was found in the mean portion of right liver lobe, which had a hole in the upper side and another one in the lower paravesicular side, with communication beteen them, active bleeding and blood released in peritoneal cavity amounting to 2 500 mL approximately. A Sengstaken-Blakemore stent was passed through the injure and the esophagic balloon was inflated with 120 mL of physiological serum that stopped bleeding. The patient recovered in a satisfactory way during post-operative period according to the results of the clinical, laboratory and ultrasonographic follow-up. The effectiveness of this method was proved.

*Subject headings:* LIVER/injuries.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steinchen FM. Traumatismo hepático en el adulto. Clin Quir Nort Am 1975 (abril):387-407.
2. Sole R. Traumatismo de abdomen. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1994;21-7.
3. Kovanov VV, Kiseliy VI, Romanov PA. Operaciones de los órganos de la cavidad abdominal. En: Kovanov VV. Cirugía Operatoria y Anatomía Topográfica. Moscú: Editorial MIR;1983:351-5.
4. Poggetis RS, Moore EE, Moore FA, Mitchell MB, Read RA. Balloon tamponade for bilobar transfixing hepating gunshot wonds. J Trauma 1992;33:694-7.
5. Trauma In: Year Book of Surgery. Philadelphia: Edward M. Copeland;1994:77-98.
6. Rivkind AL, Siegel JH, Dunham CM. Patterns of organ injury in blunt hepatic trauma and their significance for management and outcome. J Trauma 1989;29(10):1398-414.
7. Menengaux F, Langois P, Chigot JP. Severe blunt trauma of the liver: Study of mortality factor. J Trauma 1993;35(6):865-9.
8. Harris LM, Frank V, Booth MCL, Hasset JM. Liver lacerations- a marker of severe but sometimes subtle intra-abdominal injuries in adults. J Trauma 1991;31(7):894-901.
9. Weigelt JA. The liver. In: Trunkey DD, Lewis FR Jr. Current therapy of trauma. 3 ed. Philadelphia: B.C. Decker;1991:247-51.
10. Gelonch JR, Carrasco MA, Sales BO, Rodríguez N, Ubierno MS, Martínez LI, et al. Traumatismo hepático. Resultados de la aplicación de un protocolo conservador. Cirugía Española 1995;57(1):3-11.
11. Patcher HL, Spencer FC. The management of complex hepatic trauma. En: Controversies in sugery II. Philadelphia: Saunders;1983:241-9.

Recibido: 4 de agosto de 1999. Aprobado: 21 de septiembre de 1999.

Dr. *Orestes Campos Venegas*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba.