

Manejo conservador de lesión hepática por arma de fuego. Presentación de un caso.

Revista Médica Electrónica 2007;29 (5)

HOSPITAL MILITAR DOCENTE "DR. MARIO MUÑOZ MONROY"

Manejo conservador de lesión hepática por arma de fuego. Presentación de un caso.

Conservative management of hepatic lesion by fire arm. Presentation of a case.

AUTORES

Dr. Libardo Castillo Lamas (1)

E-mail: mil.mtz@infomed.sld.cu

Dra. Yolanda Peñate Rodríguez (2)

Dr. Gilberto L. Gallozo Cueto.(2)

Dr. Ariel Jordán Alonso (2)

Est. Javier Cabrera Reyes (3)

(1) Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy.Matanzas.

(2) Especialistas de I Grado en Cirugía General. Profesores Instructores. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy.Matanzas.

(3) Estudiante de Medicina de tercer año. Alumno ayudante de Cirugía General.Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy.Matanzas.

RESUMEN

Se presenta un caso de trauma abdominal penetrante por arma de fuego que lesiona hígado y en el cual se mantuvo actitud conservadora gracias al empleo de técnicas diagnósticas videolaparoscópicas. Se exponen los datos clínicos del paciente, su manejo, donde es llamativo que no hubo necesidad de intervenir quirúrgicamente, así como su posterior evolución. Se revisan los elementos fundamentales a tener en cuenta cuando el cirujano actuante decide seguir conducta conservadora.

DeCS

TRAUMATISMOS ABDOMINALES/diagnóstico

HÍGADO/lesiones

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO/diagnóstico

ULTRASONOGRAFÍA/métodos

TOMOGRAFÍA/métodos

LAPAROSCOPIA/métodos

HUMANO

ADULTO

INTRODUCCIÓN

El hígado es la víscera abdominal que más se lesiona en los traumas abiertos del abdomen y la segunda en los traumatismos cerrados después del bazo (1). La frecuencia de lesión hepática en el trauma abdominal oscila entre el 12 al 25 % (2). Los traumatismos hepáticos por armas de fuego generalmente producen heridas penetrantes o transfixiantes del hígado con destrucción del tejido hepático a lo largo del trayecto del agente vulnerante. Ante una herida penetrante de abdomen por arma de fuego, la mayoría de los autores y protocolos vigentes aconsejan que se practique laparotomía exploratoria y se proceda en consecuencia. (3-6) Sin embargo, las laparotomías negativas o no terapéuticas ante una herida por arma de fuego tiene un rango del 15-25 % (7), debido a que en el momento de realizar la laparotomía el cirujano encuentra que ya se ha producido la autohemostasia del órgano (8). Si sumamos a ello la morbilidad y los costos asociados a la laparotomía innecesaria, se justifica que se emplee en los traumatismos abdominales tanto cerrados como abiertos una conducta conservadora, siempre que las condiciones físicas del enfermo lo permitan. Crea la base para considerar la viabilidad del tratamiento conservador los estudios de Edler, cuando a fines del siglo XIX recoge datos sobre 543 pacientes con traumatismo hepático de los cuales 1/3 habían sobrevivido sin cirugía. (9) El desarrollo de la imagenología alcanzado en la actualidad y el uso de la videolaparoscopia diagnóstica permiten al cirujano tomar una actitud expectante ante las injurias abdominales. Se presenta un caso de trauma hepático por proyectil de arma de fuego, que provoca herida del parénquima hepático de 3 cm, sin sangramiento, constatado por videolaparoscopia, donde se tomó actitud conservadora, evitándose de esta manera una laparotomía negativa.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 18 años de edad, soldado del servicio militar, con antecedentes de buena salud, que al terminar una práctica de tiro es impactado por un proyectil de AK-46, que lo alcanza tras atravesar la camisa de un compañero, herir el brazo de otro y chocar contra un fusil, desactivándolo. La entrada del proyectil se produce a nivel del 10mo. espacio intercostal derecho y línea axilar anterior. Es traído de urgencia al cuerpo de guardia, donde se constatan los siguientes datos al examen físico:

Mucosas: normohídricas y normocoloreadas

Respiratorio: Expansibilidad torácica discretamente disminuida y dolor a los movimientos respiratorios en hemitórax derecho. Murmullo vesicular normal en ambos campos pulmonares. Frecuencia respiratoria 20 por minuto.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad. Pulso periférico 96 por minuto. Tensión arterial: 150/90 mmHg
Abdomen: Que sigue los movimientos respiratorios, con orificio de entrada a nivel del 10mo. espacio intercostal y línea axilar anterior. Depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. RHA presentes y activos.
Complementarios:

Hb 14g/L

Hto 0.42

Coagulograma mínimo: tiempo de sangramiento 1 seg.
tiempo de coagulación 3 seg.

Grupo y factor O+

Rx de torax, que no informa alteraciones.

Rx de abdomen simple anteroposterior y lateral (ver imagen)
Se canaliza vena periférica y se mantiene con Dextroringer a goteo regulado. El paciente se mantiene con estabilidad hemodinámica y se procede a realizar videolaparoscopia diagnóstica en la que se encuentra herida de 3 cm en la cúpula hepática sin signos de sangramiento activo y sin sangre en la cavidad abdominal. Resto de las estructuras y órganos abdominales sin alteraciones. Se decide colocar drenaje en la cavidad abdominal y pasar al paciente a la Unidad de Cuidados Intermedios con monitorización constante de los parámetros vitales. A las 24 horas se mantiene el paciente con estabilidad hemodinámica, se procede a realizar ultrasonido abdominal que informa ausencia de líquido libre en cavidad. Se da de alta al paciente después de 5 días de observación, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Existen numerosos trabajos que informan sobre los beneficios de la realización de videolaparoscopia, ya sea con fines diagnósticos y/o terapéuticos en pacientes traumatizados, siempre y cuando su estabilidad hemodinámica así lo permita. (10) Cuando el cirujano al frente del equipo de asistencia decide tomar una actitud conservadora debe tener en cuenta los siguientes aspectos: que se trate de pacientes preferentemente jóvenes; lúcidos; con estabilidad hemodinámica (requerimiento no mayor de 2 unidades de sangre); internados en unidades de cuidados intensivos o intermedios, con monitorización constante del estado hemodinámico del paciente; evaluados y seguidos por equipo quirúrgico de experiencia; con diagnóstico imagenológico (ultrasonido y tomografía computarizada); disponibilidad inmediata de quirófano, anestesia y todo lo necesario para intervención de urgencia en caso de que se requiera. Esta conducta debe interrumpirse si el paciente requiere transfusión de más de dos unidades de sangre; el hematocrito desciende por debajo de 0,25 ó 25 %; aparecen signos de inestabilidad hemodinámica o evidencias de peritonitis; si existe sangramiento activo confirmado por Tomografía Axial Computarizada; existencia de hemoperitoneo de 1500 mL o la existencia de alguna lesión concomitante que requiera laparotomía urgente.(8-10)

IMÁGENES



Fig. 1 Orificio de entrada del proyectil



Fig.2 Radiografía de abdomen simple



Fig.3 Vista lateral donde se observa el proyectil alojado en el hígado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aragón Palmero FJ, Candelario López RH, Hernández Hernández JM. Comportamiento del traumatismo hepático en el Hospital Provincial General Docente «Doctor Antonio Luaces Iraola. Rev Cubana Cir. 2001;40(3): p.184-9.
2. Cruce MA, Fabián TC. AAST organ injury scale: correlation of CT-grade liver injuries and operative findings. J Trauma. 1997;42:806-12.

3. Hecheverría Vaillant E, Sánchez VM. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía. La Habana: Pueblo y Educación; 2005
4. Méndez Catasús R. Traumatismo de abdomen y pelvis. Rev Cubana Cir. 2006;45: (3-4)
5. Marr JD, Krige JE, Terblanche J. Análisis of 153 gunshot wounds of the liver. Br J Surg. 2000;87:1030-4
6. Saadia R, Degiannis E. Non-operative of abdominal gunshot injuries. Br J Surg. 2000;87:393-7
7. Renz BM, Feliciano DV. Unnecessary laparotomies for trauma: a prospective study of morbidity. J Trauma. 1995;38:350-6.
8. Ortega Deballon P, Delgado Millan MA, Jover Navalón JA. Manejo diagnóstico en el tratamiento conservador del traumatismo abdominal. Cir Esp. 2003;73(4):233-43
9. Fernández Santiesteban Llipsis, Silvera García JR, Díaz Calderín JM. Cirugía videolaparoscópica en urgencias. Rev Cubana Cir. 2003;42(1)
10. Ramírez Librada A, Castell Avello R, Vilaplan Santaló C, Capote Betancourt A. Trauma hepático en un cuatrienio. Rev Archivo Méd Camagüey. 2005; 9(6)

SUMMARY

We present a case of abdominal penetrant trauma by fire arm, harming liver, in which a conservative attitude was maintained thanks to the employment of videolaparoscopic diagnostic techniques. We expose the patient's clinical data, the trauma management, being important to say there was not necessity of surgical intervention, and also the posterior evolution. We reviewed the main elements taken into account when the surgeon decides to follow a conservative behaviour.

MeSH

ABDOMINAL INJURIES/diagnosis
LIVER/injuries
WOUNDS, GUNSHOT/diagnosis
ULTRASONOGRAPHY/methods
TOMOGRAPHY/methods
LAPAROSCOPY/methods
HUMAN
ADULT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Castillo Lamas L, Peñate Rodríguez Y, Gallozo Cuello G, Jordán Alonso A, Cabrera Reyes J. Manejo conservador de lesión hepática por arma de fuego. Presentación de un caso. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2007; 29(5). Disponible en URL: [http://www.cpiimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema 11.htm](http://www.cpiimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema%2011.htm) [consulta: fecha de acceso].