

# TRAUMATISMOS HEPATICOS GRAVES. MANEJO EN UN HOSPITAL COMARCAL

**Peiró Monzó F., Ponce Villar U., Bañuls Matoses A., Planells Roig MV., Lloret Martí MT., Krystek Galdós-Tanguis N., Martínez Ballester ML., Caro Pérez F.**  
**Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Francesc de Borja de Gandía. Valencia.**

## INTRODUCCIÓN:

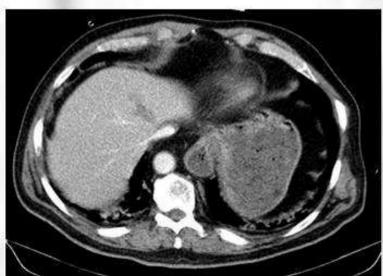
El hígado es una de las vísceras abdominales más frecuentemente lesionadas, después del bazo en el traumatismo abdominal cerrado. El manejo del traumatismo hepático ha evolucionado en las últimas décadas. El tratamiento conservador representa un alto porcentaje de éxito. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia y revisar el manejo del traumatismo hepático grave.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de los politraumatismos graves con afectación hepática atendidos en nuestro hospital comarcal en los últimos 8 años. Se recogen diferentes datos, tipo de lesiones, estabilidad hemodinámica, tipo de tratamiento realizado, evolución y complicaciones.

Grado	Descripción	ó Tipo de lesión
I	Hematoma Laceración	Subcapsular <10% superficie no expansivo Desgarro de la cápsula sin sangrado < 1cm profundidad
II	Hematoma Laceración	Subcapsular 10-50% superficie no expansivo Desgarro escapular con sangrado activo 1-3 cm profundidad
III	Hematoma Laceración	Subcapsular > 50 % de la superficie > 3 cm profundidad
IV	Hematoma Laceración	Ruptura hematoma parenquimatoso Disrupción parenquimatosa 25 - 75% 1 Lóbulo hepático o 1 - 3 segmento Coiñaud
V	Laceración Vascular	Disrupción parenquimatosa > 75% de un lóbulo hepático o > 1 - 3 segm. Coiñaud. Lesiones venosas yuxtahepáticas (V.C. retrohepática / venas hepáticas)
VI	Vascular	Avulsión hepática

Clasificación de la American Association for Surgery of Trauma modificada de Moore 1994

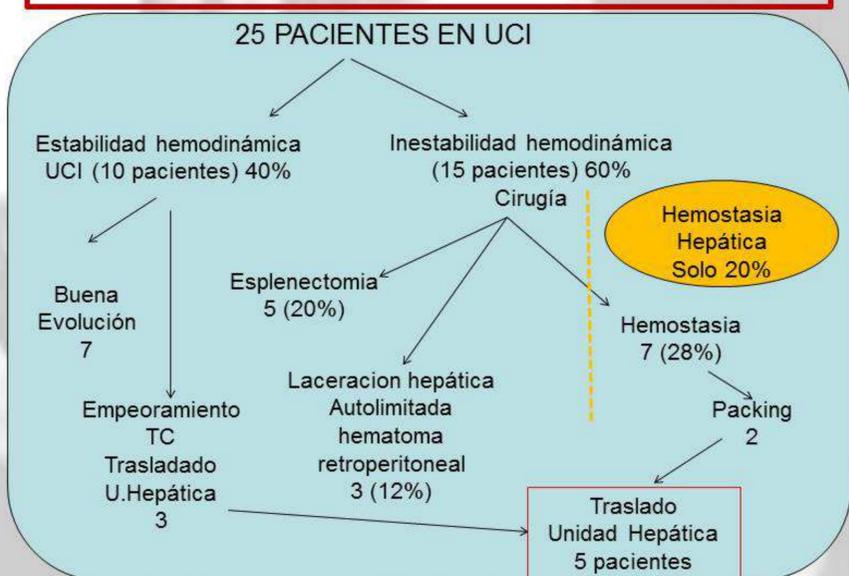


## RESULTADOS:

Durante el periodo recogido, se han atendido 25 pacientes politraumatizados graves que han requerido ingreso en UCI con traumatismo hepático acompañante. El 88 % de los pacientes presentaban lesiones asociadas, de las cuales el bazo fue el órgano más implicado, seguido de fracturas costales y pélvicas.



La edad media ha sido de 47 años (19-87), con una distribución similar en ambos sexos. Presentaron estabilidad hemodinámica 10 pacientes (40 %), permitiendo tratamiento conservador con estancia en UCI y evolución favorable de todos ellos. En 15 pacientes (60%) presentaron inestabilidad hemodinámica que requirió cirugía. Se realizó hemostasia del sangrado en 7 pacientes (28%) de los cuales 2 precisaron de un packing. En 5 casos (20%) se evidenció rotura esplénica asociada realizando esplenectomía. En 3 casos (12%) había laceración hepática que no precisó hemostasia siendo el motivo del sangrado el hematoma retroperitoneal. Se trasladaron a una unidad hepática de referencia 5 pacientes (20%), dos tras realizar packing y otros tres que se trataron de forma conservadora. La estancia media fue de 20 días (rango 4-70). La mortalidad global 20 % (5 pacientes), entre los 40 y 70 días por fracaso multiorgánico.



## CONCLUSIONES:

La evolución natural de muchos traumatismos hepáticos es la hemostasia espontánea sin necesidad de cirugía, por lo que se pueden manejar con actitud conservadora en una UCI. Nuestra serie refleja la tendencia actual en el manejo conservador de estas lesiones. Solo el 28 % precisaron cirugía hepática hemostática, aunque la coexistencia de inestabilidad hemodinámica secundaria a otras causas extrahepáticas se presentó en el 66,6 %. El 50-86% de todas las lesiones hepáticas por trauma no presentan hemorragia activa en el momento de la laparotomía. En pacientes con necesidad de transfusiones múltiples, inestabilidad hemodinámica y signos peritoneales estaría indicada la cirugía con el intento de realizar el control hemorrágico mediante el *packing*, permitiendo estabilizar y derivar al paciente a un hospital con experiencia en cirugía hepática.