

Lesión hepática asociado a hemoperitoneo masivo secundario a trauma, reporte de caso

Liver injury associated with massive hemoperitoneum secondary to trauma, case report

Rodrigo Alejandro Mutis Chaves ^a, Sebastian Rodríguez Hernández ^b.

a. Médico. Miembro de Steward Colombia, Clínica Los Nevados. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2582-3342>

b. Médico. Especialista en Epidemiología. Miembro de Steward Colombia, Clínica Los Nevados. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1315-9694>

DOI: [10.22517/25395203.25498](https://doi.org/10.22517/25395203.25498)

Resumen:

Descripción del caso: Paciente de 23 años con hemorragia abdominal de origen no claro, que posteriormente presenta inestabilidad hemodinámica, requiriendo manejo quirúrgico en tres ocasiones con evolución satisfactoria.

Hallazgos clínicos: Presentó sangrado cuantificado de 5500 cc en cavidad abdominal (grado IV - clasificación ATLS) con lesiones hepáticas en los segmentos I, IV y VIII, sin hallazgos sugestivos de trauma al examen físico, ni otros hallazgos traumáticos internos.

Tratamiento y resultados: Se llevó a cabo una intervención quirúrgica precoz mediante laparotomía exploratoria con hallazgos ya descritos, además de dos tiempos quirúrgicos adicionales que llevaron al control del sangrado, con evolución satisfactoria.

Relevancia clínica: El sangrado abdominal y laceración de víscera sólida secundario a trauma cerrado de abdomen es una etiología común en pacientes jóvenes masculinos, siendo contrario a esta afirmación el sangrado de origen hepático sin trauma es una etiología poco común. El presente caso resulta ser una dificultad diagnóstica en cuanto a la etiología, ya que lo evidenciado en la exploración quirúrgica no concuerda con el examen físico externo, sin una historia clínica clara al ingreso se deja la interrogante de la causa.

Palabras clave: hemoperitoneo, laparotomía, hígado, choque hemorrágico, informe de caso (DeCS).

Summary:

Case description: 23-year-old patient with abdominal hemorrhage of unclear origin, who subsequently presented hemodynamic instability, requiring surgical management on three occasions with satisfactory evolution.

Clinical findings: she presented quantified bleeding of 5500 cc in the abdominal cavity (grade IV-ATLS classification) with liver lesions in segments I, IV and VIII, without findings suggestive of trauma on physical examination, or other internal traumatic findings.

Treatment and results: An early surgical intervention was carried out through exploratory laparotomy with findings already described, in addition to two additional surgical procedures that led to control of bleeding, with satisfactory evolution.

Clinical relevance: Abdominal bleeding and solid viscus laceration secondary to blunt abdominal trauma is a common etiology in young male patients, contrary to this statement, bleeding of hepatic origin without trauma is a rare etiology. The present case turns out to be a diagnostic difficulty in terms of etiology, since what was evidenced in the surgical exploration does not agree with the external physical examination, without a clear clinical history at admission, the question of the cause is left.

Keywords: Hemoperitoneum, Laparotomy, Liver, Hemorrhagic Shock, Case report. (MeSH)

Introducción

El sangrado hepático secundario a trauma cerrado de abdomen sigue siendo un desafío para los cirujanos. En la literatura al respecto reportan mayor prevalencia en la población masculina, estando asociado a trauma de tórax y esplénico (1), además de ser más prevalente el trauma abierto que el trauma cerrado de abdomen (2), en otros estudios se reporta un porcentaje de 5% de todas las consultas por urgencias (3). Dentro de la caracterización de estas lesiones, se usa la herramienta de clasificación AAST (American Association for the Surgery of Trauma) (4), la cual brinda un factor pronóstico y de enfoque terapéutico a las lesiones hepáticas.

La ruptura hepática espontánea es una etiología poco frecuente, la cual está asociada a diferentes etiologías como pseudoaneurismas, trastornos de coagulación y tumores (5,6). Por otro lado, el sangrado hepático asociado a trauma, un diagnóstico precoz y su intervención oportuna juegan un pa-

pel importante en la supervivencia de los pacientes. En casos en donde se ponga en duda la etiología la tomografía computarizada de abdomen es la ayuda diagnóstica fundamental, así como el barrido ecográfico inicial. Una embolización selectiva será el manejo de primera línea en estos casos (7,8).

Consideraciones éticas

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar al paciente y que se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de este informe de caso y las imágenes que lo acompañan. Además de solicitar permisos a la institución la cual prestó el servicio de salud (Clínica Los Nevados, Pereira).

Descripción del caso

Paciente de 23 años con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas (2CB - 4-bromo-2,5-dimetoxifeniletamina), ingresa por aparente accidente de tránsito en motocicleta comentado por acompañantes, pero negado posteriormente por el paciente, al examen físico sin lesiones superficiales, ni alteraciones en la piel, ni signos directos de trauma, al ingreso presenta Glasgow 5/15, midriasis arreactiva bilateral, abdomen blando a la palpación, levemente distendido, pulsos periféricos presentes de baja amplitudes, con frecuencia cardíaca de 170 latidos por minuto, evidenciando en el electrocardiograma una taquicardia supraventricular con requerimiento de cardioversión eléctrica en dos ocasiones sin recuperar ritmo sinusal, adicionalmente con hipotensión arterial que no responde a terapia hídrica por lo que requirió soporte vasopresor tipo norepinefrina a bajas dosis.

Posteriormente, en estancia de unidad de cuidados intensivos, con evolución tórpida, con vasopresor dual (norepinefrina-vasopresina), en ritmo de taquicardia sinusal multifactorial, dependiente de soporte ventilatorio, bajo los efectos de la sedo-analgésia, Rass 0 a -1(9), abdomen levemente doloroso a la palpación, levemente distendido, peristalsis positiva. Se realiza estudio ecográfico tipo POCUS (10), con evidencia de líquido libre en cavidad, por lo que es llevado a tomografía abdominal con evidencia de lesión severa hepática secundaria a trauma y gran cantidad de líquido libre en cavidad.

Ante los hallazgos, el paciente es llevado a laparotomía exploratoria de forma inmediata, encontrando hemoperitoneo aproximado de 3000 cc, adicionalmente lesión hepática grado III (clasificación AAST) (4), del segmento I con extensión a IV y VIII, sangrado abundante en lecho hepático de difícil control con requerimiento de realización de maniobra de Pringle por 7 minutos (11), colocación de puntos sobre lesión con control parcial, se

cuantifica pérdidas sanguíneas totales estimadas de 5500 cc., además de requerimiento intraoperatorio de transfusión masiva de hemocomponentes, antifibrinolítico y requerimiento vasopresor dual a dosis tope. Debido al control parcial de sangrado se decidió dejar empaquetado con 5 compresas y bolsa viaflex fijada a piel.

Posteriormente, el paciente es trasladado a la unidad de cuidados intensivos, con mejoría de estado hemodinámico, sin signos de hipovolemia, hemoglobina y coagulograma posteriores a intervención quirúrgica en metas.

En segundo tiempo quirúrgico, en laparotomía exploratoria y extracción de compresas, se encontró hemoperitoneo de 600cc, con persistencia de sangrado en segmento 1 del hígado por lo que se empaqueta nuevamente con 3 compresas y 1 suprahepática, se deja abdomen en laparotomía, bolsa viaflex subfascial y cierre de piel. Se traslada nuevamente a unidad de cuidado intensivo para ser llevado nuevamente a revisión en 48 horas.

Finalmente, el paciente es llevado a un tercer tiempo quirúrgico. En laparotomía exploratoria y extracción de compresas, no se evidenció más sangrados ni fugas biliares o gastrointestinales. Por lo anterior, se realizó último lavado y cierre definitivo.

Discusión

Durante el reporte del caso clínico, no hubo claridad de la etiología en relación con los hallazgos intraoperatorios encontrados con los datos aportados tanto por el paciente y los acompañantes como con los descubrimientos al examen físico. La literatura expuesta demuestra que por epidemiología los traumas en pacientes jóvenes de sexo masculino son más comunes (1), pero ante los hallazgos encontrados en el examen físico y la pobre calidad de la información aportada, la teoría de trauma puede entrar en duda ya que existen otras patologías que pueden causar estos eventos (5,6), razón por la cual es importante la exposición del presente caso.

En cuanto al manejo inicial, el paciente presenta signos claros de inestabilidad hemodinámica asociada a signos de difícil determinación de irritación peritoneal debido al nivel de sedación del paciente. Por lo anterior, se indica el abordaje con ecografía exploratoria, obteniendo un resultado positivo se confirma diagnóstico con imágenes en tomografía (12-15).

El manejo quirúrgico exploratorio es necesario con un objetivo diagnóstico y de control de daños, el cual fue el implementado en el caso con una evolución satisfactoria (12). Pero confrontando lo buscado en la literatura, se evidencian nuevas estrategias terapéuticas no quirúrgicas como lo son

la embolización selectiva (8), lo que podría estar limitado en este caso por falta de recurso en el momento, además de las características de la lesión expuesta la cual no se podría intervenir de dicha manera.

Conclusión

El trauma cerrado de abdomen sigue siendo una patología común en población joven de sexo masculino. Un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz es determinante en el desenlace de los pacientes, en los casos como el expuesto en donde se tiene poca información acerca del mecanismo del trauma y los hallazgos al examen físico ponen en duda dicha etiología, la experticia del personal de salud juega un papel importante, así como la disponibilidad de imágenes diagnósticas como la ultrasonografía focalizada en situaciones de emergencia o la tomografía de abdomen los cuales ayudan a esclarecer el caso y tomar conductas al respecto, estos métodos diagnósticos son de fácil acceso cada vez más en los centros asistenciales de alta y mediana complejidad o en centros de trauma especializados, pero de los que aún se carece en el medio rural y lejano de las urbes principales. a pesar de que son una gran ayuda al esclarecimiento del caso, ante signos claros de inestabilidad hemodinámica y la sospecha de trauma de abdomen la laparotomía exploratoria sigue siendo el método diagnóstico y terapéutico más común utilizado en nuestro medio, a pesar de las nuevas estrategias terapéuticas menos invasivas como la embolización selectiva en donde se evidencian resultados satisfactorios, pero debido a la falta de recurso, limita el abanico de posibilidades de manejo.

Agradecimientos

Los autores declaran agradecimiento a la Clínica Los Nevados de la ciudad de Pereira y a la familia Steward por el espacio de investigación.

Conflictos de intereses: ninguno.

Financiación: ninguna.

Correspondencia electrónica: sebas_rodriguez_h@hotmail.com

Referencias

1. Zumba JEN, Penafiel LSL, Pomaquiza JRC, Verdezoto MAM, Salazar PGZ. Traumatismo hepático cerrado: Closed liver trauma. LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades. 2023;4(2):1502-14.
2. Guzmán MM, Dávila AV, Luque GB, Sáenz CR, Hurtado DR. Factores relacionados a mortalidad en el trauma hepático en un hospital general. Cirujano. 2022;19(2):21-7.
3. Lopes RRA, Filho ACDN, Maia PR, Guimarães GSL, Souza MHPS, Prates SA, et al. Diagnóstico e tratamento do trauma hepático: revisão de literatura : Diagnostic and treatment of hepatic trauma: a systematic review of literature. Braz J Health Rev. 2022;5(4):16833-40.

4. The American Association for the Surgery of Trauma [Internet] 2009 [citado 26 de noviembre de 2023]. Injury Scoring Scale. Disponible en: <https://www.aast.org/resources-detail/injury-scoring-scale>
5. Maoz D, Sharon E, Chen Y, Grief F. Spontaneous hepatic rupture: 13-year experience of a single center. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2010;22(8):997.
6. Martin NM, Abu Dayyeh BK, Chung RT. Anabolic steroid abuse causing recurrent hepatic adenomas and hemorrhage. *World J Gastroenterol*. 2008;14(28):4573-5.
7. Marcacuzco Quinto AA, Manrique Municio A, Loinaz Segurola C, Jiménez Romero LC. Rotura hepática espontánea secundaria al uso de esteroides anabolizantes. *Cir Esp*. 2014;92(8):570-2.
8. Hill GP, Hashmi D, Sacks D, Dhurairaj S, Mathew S, Moshkovsky F, et al. Recurrent Bleeding From a Hepatic Artery Pseudoaneurysm After Successful Transarterial Embolization. *Am Surg*. 2022;88(6):1334-5.
9. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation–Sedation Scale. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166(10):1338-44.
10. Calvo Cebrián A, López García-Franco A, Short Apellaniz J. Modelo Point-of-Care Ultrasound en Atención Primaria: ¿herramienta de alta resolución? *Aten Primaria*. 2018;50(8):500-8.
11. Maniobra de Pringle. [Internet] Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/maniobra-pringle>
12. Vera PB, Revelo PC. Manejo integral del trauma abdominal cerrado en el servicio de emergencias de acuerdo con la guía ATLS (apoyo vital avanzado en trauma) en el Hospital General Manta durante el periodo marzo 2020 - marzo 2021. *Dilemas Contemp Educ Política Valores* [Internet]2023 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://dilemas-contemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3571>
13. Calderón Calderón RA. Traumatismo hepático: manejo, mortalidad y factores relacionados en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el Período 2010-2020. [Internet] 2022 [citado 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14414/18508>
14. Felipe Catán G, Diva Villao M, Cristián Astudillo D. Ecografía fast en la evaluación de pacientes traumatizados. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(5):633-9.
15. Kumar S, Bansal VK, Muduly DK, Sharma P, Misra MC, Chumber S, et al. Accuracy of Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST) in Blunt Trauma Abdomen-A Prospective Study. *Indian J Surg*. 2015;77(Suppl 2):393-7.