



12°
CONGRESO

DE LA
ASOCIACIÓN MEXICANA HEPATO PANCREATO BILIAR

INTRODUCCIÓN

El hígado a pesar de su parcial cubrimiento por las costillas inferiores resulta comúnmente lesionado en trauma abdominal cerrado, representado cerca de dos tercios de todas las lesiones viscerales. La incidencia del trauma hepático en pacientes con traumatismo abdominal es de hasta 8% y hasta de 45% en pacientes con trauma abdominal severo. La mortalidad puede alcanzar hasta el 15% dependiendo de la severidad del daño y las complicaciones. La clasificación de lesión hepática proporcionada por La Asociación Americana de Cirugía de Trauma ("AAST" por sus siglas en inglés) clasifica la lesión en seis grados. En el pasado, el manejo quirúrgico era la estrategia terapéutica más común para órganos parenquimatosos en el trauma abdominal cerrado. No obstante, el manejo no operatorio es la estrategia de elección en pacientes hemodinámicamente estables con lesión hepática grado I y II. En cuanto a la terapéutica quirúrgica, el objetivo primario debe ser controlar la hemorragia y la fuga biliar, iniciando control de líquidos.

RESULTADOS DE 5 AÑOS EN EL MANEJO DE LESIÓN HEPÁTICA POR TRAUMA ABDOMINAL

Isaac Jasso-García – Darlene Citlalli Pérez-Gómez, Alejandro Ruben Villaseñor-Rodríguez

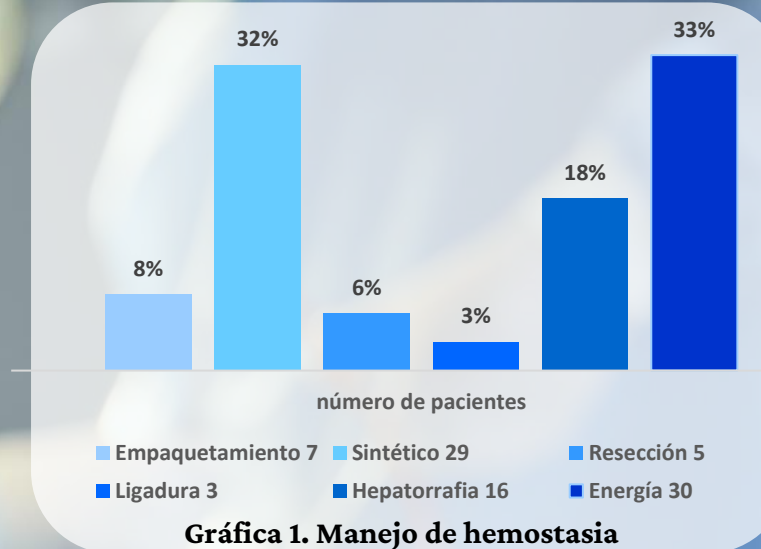
Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESULTADOS/CASO CLÍNICO

De un total de 81 pacientes 64 (79%) fueron hombres y 17 (21%) mujeres. La media para la edad fue de 29.8 años (DE 11.3). De acuerdo a la clasificación de la AAST, fueron clasificados 53 pacientes (65%) como grado I, 17 (21%) como grado II, 4 (5%) como grado III, 4 (5%) como grado IV, 3 (4%) como grado V y ninguno como grado VI.

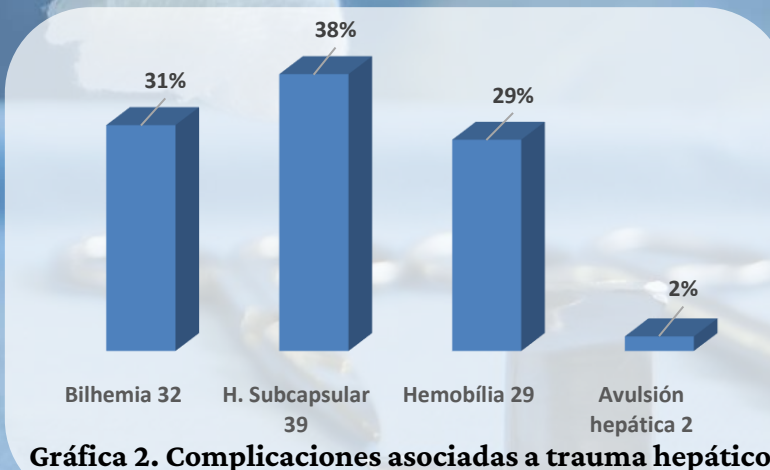
50 Pacientes (61.7%) recibieron un manejo conservador y 31 (38.3%) cirugía. De los elementos considerados para la hemostasia se utilizó electrocauterio, hemostáticos sintéticos, hepatorrafia, empaquetamiento, resección y ligadura. (Gráfica 1) Las complicaciones secundarias al trauma hepático fueron hematoma subcapsular, bilhemia, hemobilia, avulsión hepática. (Gráfica 2).

Otras complicaciones documentadas fueron choque hipovolémico en 3 pacientes (3.7%) trauma en otros sitios 11 (13.6%) e infección en 6 (7.4%). Se encontró una relación significativa entre la mortalidad y la intervención quirúrgica ($p=0.003$, OR 7.46, IC 1.86-29.92). La mortalidad global fue de 13 pacientes de los cuales, se reportó choque hipovolémico en 3, trauma en otros sitios en 11 e infección en 6.



MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y analítico de pacientes diagnosticados con lesión hepática por trauma abdominal tratados por cirugía general en el Centro Médico Nacional de Occidente, de 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2015. Registro de aprobación: R-2016-1301-181.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La lesión hepática por trauma abdominal es predominante en hombres, y las lesiones de grado I representan la mayoría de los casos. La mortalidad está significativamente asociada con el grado de la lesión, el tipo de manejo terapéutico y las complicaciones secundarias. En este estudio, los pacientes sometidos a intervención quirúrgica mostraron un riesgo de mortalidad significativamente mayor que aquellos manejados de manera conservadora (OR=7.46, IC 95%: 2.1-26.5, $p=0.003$). Por tanto, se recomienda priorizar el manejo conservador en pacientes hemodinámicamente estables y reservar la cirugía para lesiones graves o con complicaciones asociadas.

REFERENCIAS

- Richardson, J. D. (2005). Changes in the management of injuries to the liver and spleen. *Journal of the American College of Surgeons*, 200(5), 648-659. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2005.02.013>
- Carrillo, E. H., & Richardson, J. D. (2001). The current management of hepatic trauma. *Advances in Surgery*, 35, 39-59.
- Tilton, B. J. (1905). Considerations regarding wounds of the liver. *Annals of Surgery*, 61(1), 20-40. <https://doi.org/10.1097/00000658-190501000-00003>
- Poletti, P. A., Mirvis, S. E., & Shanmuganathan, K. (2000). CT criteria for management of blunt liver trauma: Correlation with angiographic and surgical findings. *Radiology*, 216(2), 418-427. <https://doi.org/10.1148/radiology.216.2.r00au40418>
- Carrillo, E. H., Platz, A., & Richardson, J. D. (1997). Nonoperative management of blunt hepatic trauma. *British Journal of Surgery*, 85(4), 461-468. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2168.1997.02524.x>
- Croce, M. A., Fabian, T. C., & Menke, P. G. (1995). Nonoperative management of blunt hepatic trauma is the treatment of choice for hemodynamically stable patients. *Annals of Surgery*, 221(6), 744-753. <https://doi.org/10.1097/00000658-199506000-00003>