

UN MAL DÍA PARA EL ESQUÍ: LACERACIÓN HEPÁTICA GRADO V DE LA AAST.

A bad day to ski: AAST grade V liver laceration.

Cano Pina MB, Jurado Prieto FJ, García Martínez MÁ, Lendínez Romero I, González Puga C, Mirón Pozo B

HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

Se presenta un paciente con traumatismo abdominal contuso con lesión hepática grave (grado V de la AAST). Ante la situación de inestabilidad hemodinámica se realiza cirugía de control de daños dejando packing sobre la superficie hepática y second-look a las 48 horas.

Palabras clave: politraumatismo, laceración, hígado, cirugía urgente.

Abstract

A blunt abdominal trauma patient having a severe liver injury (AAST grade V). Given the situation of hemodynamic instability, damage control surgery was performed, leaving packing on the hepatic surface and second-look at 48 hours.

Keywords: polytrauma, laceration, liver, emergency surgery.

Introducción

El hígado es el órgano más comúnmente lesionado en los traumatismos abdominales cerrados (5% de los ingresos por politraumatismo)¹. El estado clínico del paciente, así como la severidad de la lesión (clasificación de la AAST), determinan la estrategia terapéutica más adecuada, siendo esta siempre multidisciplinar².

CORRESPONDENCIA

María Belén Cano Pina / belcanpin@gmail.com

Hospital San Cecilio - 18016. Granada

Fecha de envío: 15/03/2022 - Fecha de aceptación: 23/05/2022

Caso clínico

Varón de 26 años que sufre politraumatismo grave esquiando. A su llegada: GCS 15 e inestabilidad hemodinámica (TA 80/50 mmHg, FC 130 lpm) a pesar de suero terapia intensa. Abdomen en tabla. El BodyTC (Figuras 1-3) informa de laceración hepática con extenso hematoma intraparenquimatoso que afecta a la práctica totalidad del LHD (lesión grado V de la AAST), con varios focos de sangrado activo arterial y severo hemoperitoneo, así como colapso de vena cava inferior que sugiere hipovolemia grave.



FIGURA 1
TC ABDOMINAL CORTE CORONARIO DONDE SE EVIDENCIA LACERACIÓN DE LA PRÁCTICA TOTALIDAD DEL LÓBULO HEPÁTICO DERECHO (GRADO V DE LA AAST).

Se interviene de urgencia realizándose laparotomía media supraumbilical, evidenciando hemoperitoneo abundante y confirmando hallazgos radiológicos. Se consigue controlar el sangrado realizando sutura de ramas venosas dependientes de vena suprahepática derecha así como aplicando hemostático en superficie hepática. Se realiza packing a nivel hepático y se cierra provisionalmente el abdomen con second-look en 48 horas tras mejoría hemodinámica en Unidad de Cuidados Intensivos.

Discusión

El mecanismo lesional principal tras un traumatismo hepático cerrado es la desaceleración, ya que el hígado sigue moviéndose tras el impacto; esto ocasiona desgarros a nivel de los puntos de fijación de éste al diafragma y la pared abdominal³.

La clasificación más utilizada en los traumatismos hepáticos es la de la AAST, que distingue entre 6 grados según la gravedad de la lesión, siendo el grado V la disrupción superior al 75% del parénquima y/o lesión de grandes vasos. La



FIGURA 2
TC ABDOMINAL CORTE SAGITAL DONDE SE EVIDENCIA HEMOPERITONEO SEVERO.

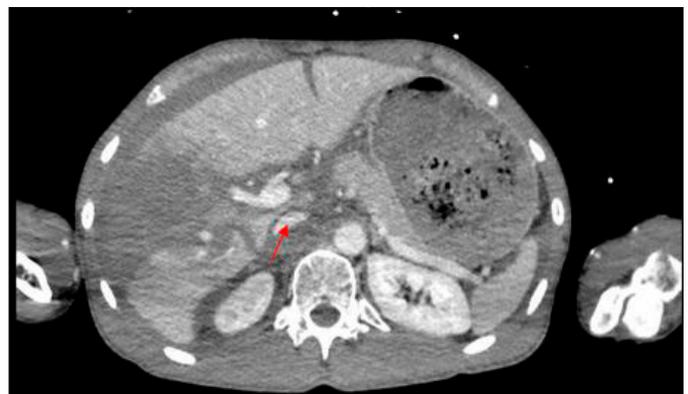


FIGURA 3
TC ABDOMINAL CORTE AXIAL DONDE SE EVIDENCIA COLAPSO DE V. CAVA INFERIOR DEBIDO A SITUACIÓN DE HIPOVOLEMIA SEVERA.

clasificación del WSES clasifica en trauma menor, moderado y severo teniendo en cuenta también el estado hemodinámico del paciente².

El 80-95% de los casos puede tratarse de forma conservadora, existiendo una tasa de fracaso del 20% en lesiones de alto grado. Una vez establecida la indicación quirúrgica existe una mortalidad superior al 50%¹. El objetivo principal es minimizar el daño metabólico (hipotermia, coagulopatía y acidosis) sin preocuparse de inmediato por la restauración de la integridad anatómica³.

El packing está indicado en la cirugía de control de daños para conseguir detener el sangrado y mejorar así el estado hemodinámico del paciente, no obstante, debemos tener en cuenta los posibles efectos deletéreos del mismo debidos al aumento de la presión intrabdominal sobre la ventilación, el gasto cardíaco, la función renal, la circulación mesentérica y la presión intracraneal⁴.

Conclusión

El grado de lesión hepática no determina en sí mismo la indicación quirúrgica, esta depende principalmente del estado hemodinámico del paciente. Actualmente se tiende al manejo conservador con una alta tasa de éxito, no obstante, en situación de inestabilidad hemodinámica el tratamiento de elección consiste en el abordaje quirúrgico urgente.

Bibliografía

1. *Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos, Cirugía del paciente politraumatizado. 2ª edición.*
2. Cocolini, F., Coimbra, R., Ordonez, C. et al. *Liver trauma: WSES 2020 guidelines. World J Emerg Surg 15, 24 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00302-7>*
3. Badger, S.A., Barclay, R., Campbell, P. et al. *Management of Liver Trauma. World J Surg 33, 2522–2537 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00268-009-0215-z>.*
4. Oneto, A. and Caffarone, D. *Packing hepático: Alternativa ante un traumatismo abdominal severo. Rev. de Cir. Infantil 13 (1), 2003. <https://acacip.org.ar/revista-cirugia-infantil/indice-13/docs/130110.pdf>.*