

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ROTO COMO COMPLICACIÓN DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA.

Bohorquez Cotto Alberto^a Rodriguez Mendoza Romina^a
Betancourt Jimenez Freddy^{1,b} Betancourt Bohorquez Freddy^{2,c}

Recibido 6 de Marzo y Aceptado el 12 de Abril del 2013

¹ Hospital Luis Vernaza
² Universidad de Guayaquil -
Facultad de Medicina
^a Medico General
^b Cirujano Genral
^c Estudiante 7mo. año

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 25 años de edad, que acude por cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, tipo cólico, punzante, localizado en hipocondrio derecho, y malestar generalizado. Se procedió a realizar exámenes de laboratorio y eco de abdomen superior e inferior. Hallando vesícula de paredes finas con múltiples litos en su interior. Se procedió a realizar colecistectomía Laparoscópica. Paciente en las siguientes 4 horas, realiza hipotensión, taquicardia, diaforesis y elimina abundante sangre por dren de Blake aproximadamente 400cc colocado en la cirugía antes mencionada, por lo que se realizo Laparotomía Exploratoria, hallando hematoma subcapsular roto localizado en los segmentos hepáticos 4, 5, 6, 7 según clasificación de Couinaud. Realizamos drenaje de hemoperitoneo, control de la hemorragia mas empaquetamiento hepático y colocación de drenaje tubular, 24 horas después se evidencio estabilidad hemodinámica, retiramos compresas y cierre de cavidad en 48 horas se dio alta hospitalaria.

Palabras Clave: Hematoma Subcapsular Hepático, Couinaud, Blake, Litos,

INTRODUCCIÓN

La primera colecistectomía fue descrita por primera vez en 1882, por Karl August Langenbuch, el desarrollo tecnológico posterior, permitió incorporar la técnica laparoscópica, palabra que viene del griego, Lapara (raíz griega que significa abdomen), y Skopein (que significa examinar).^{1,3,5} En el tratamiento de las patologías quirúrgicas abdominales y en particular de la patología vesicular litiásica, lo que permitió la eliminación de varias objeciones que representaban los pacientes contra las colecistectomías a cielo abierto.

Es así como en 1985 Mühe realizó la primera colecistectomía laparoscópica en Alemania. En 1987 Phillipe Mouret practicó la primera colecistectomía por video-laparoscopia y en 1989 Dubois publicó la primera serie de pacientes operados con esta técnica.

SUMMARY

We report the case of a 25-year-old, attended by clinical picture characterized by abdominal pain, cramping, stabbing, located in the right upper quadrant, and malaise. We proceeded to carry out laboratory and echo upper and lower abdomen. Finding vesicle gallstones multiple thin walls in the interior. The patient underwent laparoscopic cholecystectomy. Patient in the next 4 hours, takes hypotension, tachycardia, diaphoresis and removes blood abundant approximately 400cc Blake drain placed in aforesaid surgery, so exploratory laparotomy was performed, finding broken subcapsular hematoma located in liver segments 4, 5, 6, 7 according to Couinaud classification. We hemoperitoneum drainage, hemorrhage control over hepatic packaging and placement of drainage tube, 24 hours after hemodynamic stability is evidenced, retired compresses and cavity closure occurred in 48 hours discharge.

Key words: hepatic subcapsular hematoma, Couinaud, Blake, gallstones.

Ecuador no estuvo ajeno a este desarrollo y en 1990 se reporto el primer caso de colecistectomía Laparoscópica por cirujanos ecuatorianos. Dada la alta incidencia de coleditis, la colecistectomía clásica es una técnica que se practica con alta frecuencia y con buenos resultados en la mayoría de los servicios de cirugía con bajos índices de morbilidad y mortalidad. Por este motivo el inicio de la cirugía laparoscópica vesicular, requirió desde el comienzo de una alta exigencia para lograr resultados que fuesen comparables a los obtenidos por la colecistectomía clásica.^{4,5}

Una complicación rara de la colecistectomía laparoscópica es el trauma hepático (hematoma subcapsular roto).^{7,12,14}

El Hematoma subcapsular o parénquima rotos con sangrado activo, corresponde al grado III de la esca-

Dr. Bohórquez Cotto A, y Cols Hematoma subcapsular hepático roto como Complicación de colecistectomía laparoscópica.

la de lesión orgánica de lesión hepática, desarrollado por la Asociación Americana para la cirugía del trauma (American Association for the Surgery of trauma ASST-OIS).⁷

Las lesiones grado III subcapsular mayor al 50% del área de superficie o ampliándose. Este tipo de lesiones producen hemorragia que se asocia con hipotensión y una tasa de mortalidad aproximada del 45%.^{7,8}

Otras de las complicaciones serias de la colecistectomía por vía laparoscópica se presentan en menos del 2% de los casos. Las lesiones intestinales, la resección de adherencias o la disección de la vesícula biliar para liberarla del duodeno.

Durante los primeros tiempos de la colecistectomía laparoscópica, la lesión del colédoco se producía con mayor frecuencia durante la colecistectomía por vía laparoscópica que en la colecistectomía a cielo abierto. Con frecuencia la razón de esta lesión era una confusión de la anatomía.

| CLASIFICACIÓN ESCALA DE LESIONES ORGÁNICAS DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE CIRUGÍA Y TRAUMA. | |
|--|---|
| Grado | Lesion |
| I | HEMATOMA Subcapsular < 10% del área de superficie DESGARRO Desgarro capsular <1cm de profundidad Parenquimatoso. |
| II | HEMATOMA Subcapsular 10-50% del área de superficie Intraparenquimatoso <10cm de diámetro. DESGARRO Profundidad Intraparenquimatoso de 1-3cm < 10cm de longitud. |
| III | HEMATOMA Subcapsular > 50% del área de superficie o Ampliándose; hematoma subcapsular o Parénquima roto. DESGARRO Hematoma Intraparenquimatoso > 10cm o Ampliándose. >3cm de profundidad Parenquimatoso. |
| IV | DESGARRO Rotura del parénquima que abarca 25-75% Del lóbulo hepático. |
| V | DESGARRO Rotura parenquimatoso >75% del lóbulo hepático. Lesiones vasculares venosas retrohepáticas o Suprahepáticas. |
| VI | VASCULARES Arrancamiento Hepático. |

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 25 años de edad, con antecedentes patológicos personales de meningitis, apendicitis y tumor cerebral, antecedentes quirúrgicos, apendicectomía, más colocación de válvula ventrículo peritoneal, y resección de tumor cerebral. Es evaluado por presentar dolor abdominal agudo.

Paciente refiere cuadro clínico de dos meses de evolución, con dolor abdominal tipo cólico, punzante, localizado en hipocondrio derecho, que cedía con la administración de analgésicos, y el cual se exacerbaba presentándose de gran intensidad.

Al examen físico se presenta con presión arterial de 110/80, frecuencia cardíaca 80 por minuto. Consciente, orientado en tiempo y espacio. Corazón: rítmico, no soplos. Pulmones: ventilados normales. Abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, signo de Murphy Positivo.

Los exámenes de laboratorio al ingreso revelaron, hematócrito 4.030; Hemoglobina (HB) 12.4; Hematocrito (HTO) 40.0; Leucocitos 6.800; tiempos de coagulación normales, Plaquetas 199.000.

Se realiza Eco de abdomen superior e inferior, donde se observa vesícula de paredes finas con múltiples litos en su interior que mide aproximadamente 58mm. (Figura 1).



Figura 1. Imagen de Varios Litos. Colelitiasis.

Con el cuadro clínico y exámenes de laboratorio, se llegó al diagnóstico de colecistitis Calculosa, por lo que se procedió a realizar colecistectomía Laparoscópica, encontrando vesícula de paredes finas con múltiples cálculos en su interior. (Figura 2).

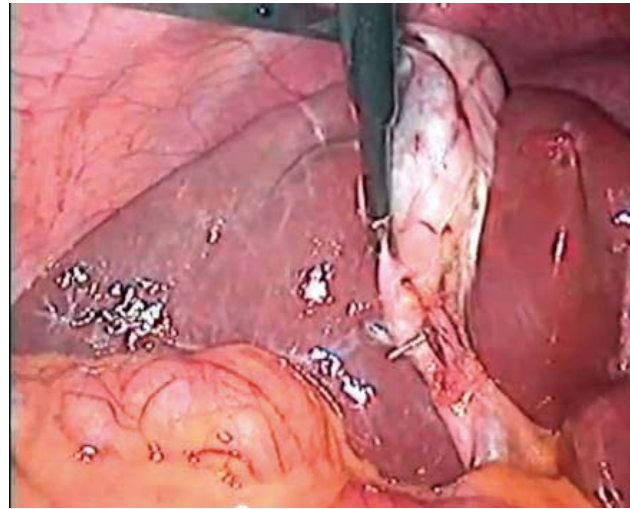


Figura 2. Vesícula de paredes finas, con cálculos en su interior

Durante la cirugía se aprecia hematoma de aproximadamente 2cm en segmento 5, sin evidencia de expansión, se deja dren de Blake #19.

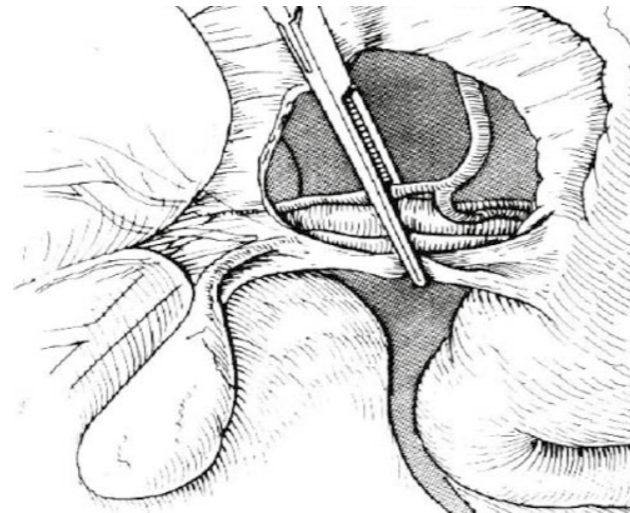
Paciente posterior a intervención quirúrgica, aproximadamente 4 horas, presenta palidez generalizada, síntomas de hipotensión; taquicárdico, por dren de Blake elimina aproximadamente 400cc de contenido hemático, por tal motivo se prescriben tres unidades de glóbulos rojos concentrados, y se solicito exámenes de laboratorio de control, los cuales revelaron, GR 2420, HB 7.5, HTO 24.0, Leucocitos 20.900, Neutrófilos 89%, tiempo de protrombina 21, tiempo de tromboplastina 32, Plaquetas 30.000.

Se Realiza Laparotomía Exploratoria de emergencia, mediante incisión supra e infra umbilical, encontrando hematoma subcapsular roto hepático, que abarca los segmentos 4,5,6,7, y parte del 8, se realiza aspiración del contenido hemático, (Hemoperitoneo 1600cc), (Figura 3).



Figura 3. Hemoperitoneo aproximadamente 1600cc

Se realiza maniobra de Pringle por espacio de 30 minutos (clampea Hilio Hepático (arteria hepática, vena porta, vía biliar), para disminuir la hemorragia, y lograr la estabilización hemodinámica del paciente.



Se libera la capsula de Glisson en las zonas afectas y se realiza empaquetamiento hepático. Sobre la zona desnuda se coloca colgajo de epiplón mayor cubriendo toda la zona sin capsula, posteriormente se coloca compresa extendida sobre todo el lecho hepático afecto.

Se colocan aproximadamente 4 compresas que realizan compresión del hígado desde la pared costal hacia la línea media (figura 4). Una vez liberado el clampeo del Hilio hepático después de 30 minutos no se evidencia sangrado activo.

Se procede al lavado de la cavidad con suero fisiológico tibio, instalando drenaje tubular a nivel suprahepático y otro subhepático, cerramos piel con PROLENE 0, dejando abierto el plano aponeurótico.



Figura 4. Colocación de compresas a nivel de hematoma subcapsular hepático.

Paciente en las siguientes 24 horas, hemodinámicamente estable, se reexplora, retirando compresas y revisando hemostasia controlada, se realiza cierre completo de la pared manteniendo los drenes, visualizando por dren de Blake liquido hemático de aproximadamente 135ml.

Continua evolucionando favorablemente, persiste su estabilidad hemodinámica a las 48 horas, afebril, se realizan exámenes de laboratorio de control, GR 3.800; HB 8,5; HTO 30,3; leucocitos 10.000; Neutrófilos 85%; plaquetas 173.000.

DISCUSIÓN.

El hematoma subcapsular roto espontaneo, como complicación de colecistectomía laparoscópica es una entidad patológica poco frecuente, la literatura hace énfasis en la alta mortalidad en este tipo de trauma hepático cuando el manejo quirúrgico no es oportuno y agresivo.^{7,8,12}

Las lesiones hepáticas complejas que se encuentran sangrantes activamente suelen presentarse con inestabilidad hemodinámica, y con frecuencia producen tasas de mortalidad significativas, que pueden exceder 50%.⁹

El empaquetamiento, evitando interferir con el retorno venoso a través de la cava inferior; puede ser una medida salvadora en ciertas circunstancias, como cuando hay coagulopatía, hipotermia o cuando el daño del parénquima es masivo e impide la hemostasia. La finalidad colocación del colgajo de epiplón mayor en la zona hepática sin capsula es que el mismo se adhiera firmemente a la superficie y así evitar en el momento del retiro de las compresas colocadas sobre el epiplón no produjera nuevo sangrado posterior al retiro de las mismas.

Un requisito absoluto para el éxito en los resultados de cualquier intervención operatoria de lesiones traumáticas graves, es tener a la mano grandes cantidades de sangre de tipo específica, sin pruebas de compatibilidad sanguínea, así como sangre O RH- , debe tenerse disponible en todo momento cantidades abundantes de plasma fresco congelado, crioprecipitado y plaquetas.

BIBLIOGRAFÍA

1. P Parrilla Paricio, J.I. Landa Garcia. Cirugía A.E.C. Manual De La Asociación Española De Cirujanos. 2ª Edición, Editorial Médica Panamericana 2001.
2. Robertj. Baker, Md, Josef E. Fischer, Md, El Dominio De La Cirugía, 4ª Edición Volumen Ii, Buenos Aires, Medica Panamericana 2004.
3. Daniel H. Cooper, Andrew J. Krainik, Samj, Lubner, Hylary E. L.Reno, Manual Washington De Terapeutica Médica 32ª Edicion, Wolters Kluwer Health España.S.A 2007
4. Ricardo Ferrada D, Aurelio Rodriguez, Trauma, Sociedad Ecuatoriana De Trauma, 2ª Edición, Distribuna Editorial, Colombia.2005
5. Sham Es Bd, Fernández La, Sollinger Hw, Ch En Lt, D'alessandro Am, Knechtle S J, Mr Lucey, Haf Ez R, Musat Ai, Kala M.Yoglu Hígado T Ransplantation Para El Síndrome Hellp. Hígado Transpl. 2005; 11: 224-8
6. Stephen J.McPhee, Maxine A. Papadakis, Lange, Diagnostico Clínico Y Tratamiento, 46ª Edición, Editor Mcgraw-Hill Interamericana Mexico 2007.
7. Tinkoff G,Tj Eposito, J Reed, P Kilgo, J Filodes, Et Al. Asociación Americana Para La Cirugía De Trauma O Lesión De Órganos Escala I: Bazo, Hígado Y Riñón, La Validación Basada En El Nacional Datos Trauma Banco. J Am Coll Surg 2008; 207 (5): 646 - 655.
8. Piper Gl, Peitzman Ab. La Gestión Actual De La Función Hepática Trauma. Surg Clin N Am 2010; 90: 775-785
9. Casanova D, Figueras J, Pardo F. Traumatismo Hepático. En: Casanova D, Figueras J, Pardo F. Guías Clínicas De La Asociación Española De Cirujanos. Cirugía Hepática. Madrid: Aran Ediciones; 2004
10. Pilco P, L McCormack, Pérez D, Clavien Pa. Hematoma Subcapsular Hepático Roto Asociado Con El Síndrome Hellp. Rev Gastroenterol Perú. 2006; 26 (2): 207-10
11. Naraynsingh V, Maharaj D, Ramdass Mj. Gasas Reoperación Andplanned De Trauma Esplénico En La Presencia De Coagulopatía. La Revista Internet De Cirugía 2001; 2 (2).
12. Priego P, Rodríguez G, Mena A, Losa N, Aguilera A, Ramiro C, Et Al. Hematoma Hepático Post Ercp. Rev Esp Enferm Dig 2007;99:53-4
13. Beckingham Ij, Krige Jej. Abc Of Disease Of Liver, Pancreas, And Biliary System: Liver And Pancreatic Trauma. Bmj British Medical Journal 2001; 783-8.
14. Rev. Esp. Enferm. Dig. Vol.97 No.9 Madrid Sept. 2005

Correspondencia

Dr. Alberto Bohorquez Cotto
Correo: albertobohorquezcotto@hotmail.com
Teléfono: 0980934953
Guayaquil - Ecuador