Manejo terapéutico del hematoma postraumático a tensión con sufrimiento cutáneo potencial

ENRIQUE SALMERÓN-GONZÁLEZ*, ELENA GARCÍA-VILARIÑO, ALBERTO SÁNCHEZ-GARCÍA, ALBERTO RUIZ-CASES, JOSÉ GARCÍA-SÁNCHEZ, ABEL LLINÁS-PORTE

RESIDENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y QUEMADOS – HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE – VALENCIA

*Autor para correspondencia: EnrikeS900@gmail.com

Recibido: 16 de Diciembre de 2017 – Aceptado: 25 de Enero de 2018

Resumen

En este artículo realizamos una revisión bibliográfica sobre el manejo terapéutico del hematoma a tensión postraumático. Además, se exponen dos casos representativos del manejo de este tipo de lesiones de forma precoz, y de forma conservadora; destacando el papel que una buena atención proporcionada durante la cura inicial por enfermeros o médicos, puede tener en el pronóstico de estos casos.

Palabras clave: Hematoma subcutáneo – Hematoma a tensión – Injerto de piel – Drenaje de hematoma.

Abstract

Therapeutic management of traumatic subcutaneous hematoma under tension with potential skin necrosis

In this article, we perform a bibliographical review of the therapeutic management of traumatic subcutaneous hematomas under tension. Furthermore, two cases are exposed, showing examples of the conservative management of this type of lesions against an aggressive and early treatment; highlighting the repercussion that attention provided during the first evaluation may have on the prognosis of this condition.

Keywords: Subcutaneous hematoma – Tension hematoma – Skin graft – Hematoma drainage.

INTRODUCCIÓN

Los hematomas subcutáneos postraumáticos suponen una lesión muy frecuente tras cualquier tipo de traumatismo(1). En la mayoría de ocasiones, se trata de colecciones o infiltrados hemáticos sin repercusión alguna sobre la viabilidad de la piel suprayacente (1). No obstante, cuando se produce daño de un vaso de cierta envergadura, o existen alteraciones de la hemostasia, sin herida a nivel de la piel que permita su drenaje, se produce una importante acumulación de sangre a nivel subcutáneo (2). Cuando la presión ejercida por ésta supera la presión de perfusión de los capilares dérmicos y subdérmicos, la isquemia tisular resultante puede desencadenar en necrosis de extensas superficies de piel si el hematoma no es drenado (2).

La necrosis cutánea secundaria a hematomas postraumáticos, es una entidad frecuentemente tratada en los servicios de Cirugía Plástica, que persiste como consecuencia de un tratamiento inadecuado de estos hematomas a tensión (3). En ocasiones, esta situación tiene lugar por desconocimiento del profesional que proporciona la primera atención, o por el retraso por parte de los pacientes en la solicitud de atención sanitaria. En cualquier caso, se trata de una patología fácilmente evitable con la aplicación de un tratamiento precoz adecuado, que puede ser realizado tanto por personal de enfermería como médico (3).

En este artículo, expondremos a modo ilustrativo dos casos de hematomas postraumáticos a tensión; uno en el que se realizó drenaje del hematoma desde la primera valoración, y otro en el que se demoró su drenaje, produciéndose como consecuencia una extensa necrosis cutánea que precisó de injertos cutáneos para su cierre definitivo. En la sección de discusión se explica el manejo terapéutico de estos casos, según dicta la evidencia científica existente, y en base a nuestra propia experiencia.

CASO CLÍNICO 1

Se expone el caso de un paciente varón de 72 años que acude a urgencias de traumatología 10 horas después de

sufrir una caída en su domicilio, golpeándose la pierna contra un mueble. En el momento inicial, la contusión no llamó la atención del paciente, por lo que no acudieron a urgencias, pero progresivamente, la zona contusionada comenzó a hincharse hasta formarse un hematoma de unos 8x10 cm de extensión, sobreelevado y con la piel a tensión. El paciente presentaba como antecedentes médicos una fibrilación auricular crónica en tratamiento con síntoma®, dos episodios de íctus en los últimos 10 años, una diabetes mellitus tipo II tratada con antidiabéticos orales, e hipertensión arterial en tratamiento con enalapril y labetalol. En el momento de su valoración en urgencias no presentaba ninguna alteración analítica relevante.

Se realizó un drenaje inicial del hematoma por parte de otro servicio, vaciando el coágulo ya conformado a través de una incisión aplicada en la piel suprayacente, extrayendo el equivalente a unos 400 cc de sangre coagulada. Tras realizar lavado de la cavidad que ocupaba el hematoma con suero fisiológico, se cerró la herida con agrafes y se aplicó un vendaje compresivo (figura 1A). Posteriormente, el paciente fue derivado a Consultas Externas de Cirugía Plástica, donde se realizaron curas seriadas para evaluar el tratamiento a aplicar para las áreas de necrosis cutánea que pudieran delimitarse, derivadas del periodo de isquemia al que fue sometida la piel suprayacente al hematoma (figura 1B). Durante su evolución, se delimitó una zona de necrosis cutánea de unos 2x2 cm, que fue tratada mediante curas seriadas con apósitos de espuma de poliuretano con plata iónica renovados cada 3 días, logrando un cierre por segunda intención completo, sin precisar de cirugía (figura 2), a los 24 días. El paciente no fue sometido en ningún momento a reposo relativo o encamamiento.

Figura 1A. Aspecto del hematoma inmediatamente tras realizar el drenaje y cierre. **1B.** Aspecto 3 días tras el drenaje, con pequeño parche de necrosis ya delimitado.

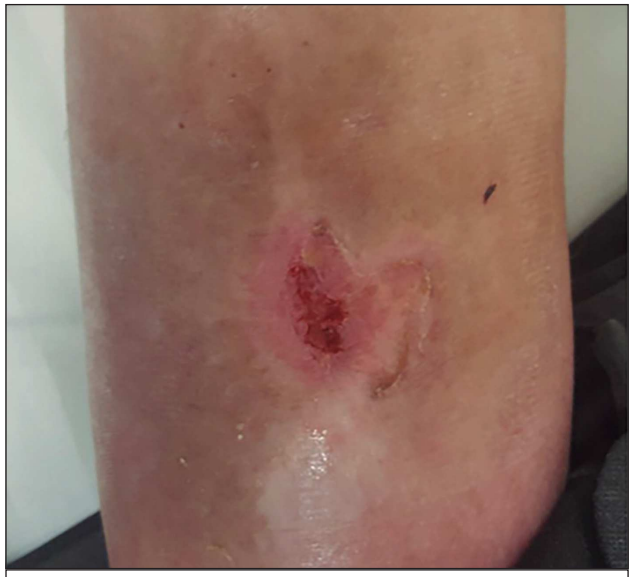

Figura 2. Aspecto de la lesión tras 24 días de evolución, con un mínimo parche cruento en vías de epitelización.

CASO CLÍNICO 2

Presentamos el caso de una paciente mujer de 77 años que es valorada en urgencias tras sufrir una caída en vía pública, sufriendo contusiones varias, y golpeándose la pierna derecha con el bordillo de una acera. En el momento de la valoración inicial, presenta un gran hematoma disecante en cara lateral de la pierna. La paciente presentaba como antecedentes médicos un infarto agudo de miocardio acaecido 6 años antes, una fibrilación auricular anticoagulada con sintrom®, insuficiencia renal crónica grado 5 en diálisis, una diabetes mellitus tipo II tratada con antidiabéticos orales, e hipertensión arterial en tratamiento con tres antihipertensivos. En el momento de su valoración en urgencias presentaba una hemoglobina de 10,7 g/dl.

Con el fin de contener la hemorragia, y justificando la decisión por la dificultad para el control del sangrado que podría tener lugar tras drenar el hematoma, se realizó un vendaje compresivo incluyendo toda la pierna. El tratamiento anticoagulante se modificó, estableciendo una pauta de 20 mg de enoxaparina diarios. La paciente ingresó en su centro de referencia, y las curas fueron realizadas de forma seriada cada dos días, sin observarse mejoría de la lesión. A los 17 días, la paciente fue derivada al Servicio de Cirugía Plástica de nuestro hospital. En el momento de nuestra primera valoración, la paciente presentaba una extensa placa de necrosis de unos 8x15 cm en la cara lateral de la pierna (figuras 3A-B). Se procedió a tramitar su ingreso, y al día siguiente, la paciente fue intervenida de urgencias bajo anestesia general, realizándose un desbridamiento de todo el tejido necrosado y drenaje

Figura 3A. Aspecto del hematoma a tensión.
Figura 3B. Afectación cutánea con desprendimiento del epitelio.
Figura 3C. Aspecto 34 días tras la intervención quirúrgica de desbridamiento.

del hematoma conformado, quedando un extenso defecto con un lecho sucio y desvitalizado. Tras la realización de curas cada dos días con colagenasa durante cuatro días, se obtuvo un lecho limpio y subsidiario de ser injertado (figura 3C); por lo que se realizó la intervención para cobertura del defecto con injertos de piel parcial obtenidos del muslo derecho. La primera cura de injertos se realizó 4 días tras la intervención, y la segunda 4 días más tarde, tras lo cual la paciente fue dada de alta. A lo largo de su ingreso, la paciente fue sometida a hemodiálisis tres veces a la semana (manteniendo su pauta habitual), y no desarrolló ninguna complicación a nivel sistémico. No obstante, debió ser sometida a una anestesia general, 3 días de encamamiento y un total de 29 días de ingreso hospitalario.

DISCUSIÓN

Existe una cantidad muy escasa de bibliografía referente al manejo de este tipo de heridas en la literatura científica actual (3), más allá de algunos reportes aislados de casos clínicos, y descripciones de diversas técnicas para el drenaje de los hematomas (4).

No obstante, la literatura existente coincide con la actitud habitual aplicada en nuestro servicio a la hora de recomendar el drenaje urgente de los hematomas a tensión. La única excepción en este sentido tendría lugar en caso de pacientes que se encuentren hemodinámicamente inestables, especialmente si no se dispone de los medios necesarios para su estabilización o para realización de trasfusión de concentrados de hematíes.

La técnica empleada en nuestra unidad consiste en la realización del drenaje, bajo condiciones estériles, a través de una incisión en la piel suprayacente al hematoma, y aplicar compresión sobre la tumoración hasta vaciarla de sangre y coágulos conformados, pudiendo aproximar después o no los bordes de la herida con agrafes o suturas. Después, se aplica un vendaje compresivo para controlar la hemorragia. Otra técnica de drenaje mencionada en el trabajo de Francesco et al (5), implica realizarlo mediante punción del hematoma con aguja y aspiración, aunque en casos de coágulos ya conformados, esta estrategia resulta infructífera. Chami et al (1) y otros autores (6,7) describen otra técnica, con la que imitando los principios de la liposucción, se sirven de una cánula de aspiración para ir desestructurando y aspirando el hematoma conformado mediante pasadas repetidas a través de una incisión mínima.

Otro punto clave en el manejo de estos pacientes, aparece en los casos que presentan áreas de necrosis cutánea que precisan de desbridamiento y cobertura con injertos de piel. En este punto, existen autores que han defendido la realización del injerto de forma inmediata tras el desbridamiento, y quienes prefieren esperar a disponer de un lecho más limpio sobre el cual colocar los injertos(4). En nuestra experiencia de más de 30 pacientes de estas características tratados al año, la decisión de realizar la cobertura en el mismo tiempo que el desbridamiento dependerá de la limpieza del lecho tras el desbridamiento, ya que los hematomas no drenados pueden contaminarse y formar lechos poco aptos para la realización de una cobertura definitiva. También condiciona esta decisión la vitalidad del fondo de la herida una vez desbridada; un sangrado superficial abundante indica la existencia de una vascularización adecuada para que prendan los injertos de piel parcial.

A través de los casos presentados en este artículo, se puede observar los beneficios que un drenaje precoz

puede aportar a la evolución de este tipo de lesiones. Ante dos casos similares, vemos como el paciente al que se realizó un drenaje temprano no tuvo que someterse a ninguna intervención quirúrgica bajo anestesia general, ni precisó de días de ingreso o encamamiento, mientras que la paciente cuyo hematoma no se drenó, fue expuesta a los riesgos asociados al encamamiento prolongado de un paciente anciano y pluripatológico, y a dos intervenciones quirúrgicas. Por lo tanto, resulta imprescindible el establecimiento de protocolos de actuación que involucren a todos los servicios implicados en el tratamiento de este tipo de patología (atención primaria, urgencias, traumatología, cirugía general, cirugía plástica), para reducir las complicaciones y secuelas asociadas a este tipo de patología.

CONCLUSIÓN

Todo caso de hematoma a tensión, sea de origen postraumático o no, con posibilidad de ocasionar sufrimiento cutáneo, debería ser drenado lo más precozmente posible, siempre que el paciente se encuentre en condiciones de estabilidad hemodinámica, o se dispongan de medios para mantener ésta pese a una potencial pérdida hemática.

Todas las técnicas descritas para el drenaje de hematomas son válidas, mientras sean realizadas bajo condiciones asépticas, y logren disminuir la presión a la que es sometida la piel suprayacente al hematoma. Este ámbito precisa de nuevos estudios que definan cuál es el mejor momento para realizar la cobertura con autoinjertos de piel parcial en los casos en los que se precise de un desbridamiento extenso.

Bibliografía

[1] **CHAMI G, CHAMI B, HATLEY E, DABIS H.** Simple technique for evacuation of traumatic subcutaneous haematomas under tension. BMC Emerg Med. 2005 Dec 13;5:11.

[2] **MEGSON M.** Traumatic subcutaneous haematoma causing skin necrosis. BMJ Case Rep. 2011 Jul 20;2011.

[3] **WANG C, BARANCHUK N, HELLER M.** Subcutaneous hematoma under tension: a bedside intervention. Am J Emerg Med. 2014 Nov;32(11):1436.

[4] **KARTHIKEYAN GS, VADODARIA S, STANLEY PR.** Simple and safe treatment of pretibial haematoma in elderly patients. Emerg Med J. 2004 Jan;21(1):69-70.

[5] **LANDI F, BERNABEI R, TRECCA A, MARZI D, RUSSO A, CAROSELLA L, COCCHI A.** Physical restraint and subcutaneous hematoma in an anticoagulated patient. South Med J. 2001 Feb;94(2):254-255.

[6] **ASCARI-RACCAGNI A, BALDARI U.** Liposuction surgery for the treatment of large hematomas on the leg. Dermatol Surg. 2000 Mar;26(3):263-265.

[7] **DOWDEN RV, BERGFELD JA, LUCAS AR.** Aspiration of hematomas with liposuction apparatus. A technical note. J Bone Joint Surg Am. 1990 Dec;72(10):1534-1535.