



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-421 - TRATAMIENTO CONSERVADOR EN ROTURA ESPLÉNICA TRAS COLOCACIÓN DE DRENAJE TORÁCICO EN POSTOPERATORIO COMPLICADO DE CIRUGIA DE LA OBESIDAD

*Jiménez Ballester, Miguel Ángel<sup>1</sup>; Martínez Fernández, Josefa<sup>1</sup>; Guillen Paredes, Pilar<sup>1</sup>; Flores Funes, Diego<sup>1</sup>; Morales González, Álvaro<sup>1</sup>; Palomares Avilés, Clara<sup>1</sup>; Pérez Guarinos, Carmen<sup>2</sup>; Pardo García, José Luis<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz; <sup>2</sup>Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca.*

### Resumen

**Objetivos:** La colocación de un tubo torácico es uno de los procedimientos más importantes para tratar las complicaciones pleurales. Este procedimiento puede tener un importante número de complicaciones críticas, y puede llegar a ser fatal si se produce una lesión cardíaca, o de los vasos pulmonares o de órganos intraabdominales, como puede ser el bazo. En el caso de rotura esplénica, la esplenectomía es la técnica terapéutica de primera elección, aunque en pacientes estables otras opciones validas son la embolización angiográfica, o métodos puramente conservadores. Presentamos el caso de una paciente que en el postoperatorio de una cirugía de la obesidad laparoscópica presentó una lesión esplénica penetrante iatrogénica causada por la colocación de un tubo torácico que se trató con éxito de manera conservadora.

**Caso clínico:** Mujer de 54 años que se interviene de manera electiva de cirugía de la obesidad mediante bypass gástrico laparoscópico. Al segundo día postoperatorio presenta perforación inadvertida del pie de asa que se resuelve mediante cirugía laparoscópica. Secundaria a la peritonitis localizada en hipocondrio izquierdo, presenta derrame pleural izquierdo asociado a insuficiencia respiratoria. Tras varios intentos de colocación de tubos torácicos en diferentes localizaciones sin resolución del derrame pleural, se decide colocar el tubo tras marcaje con ecografía en región costal posterior, en 8<sup>o</sup> espacio intercostal. El procedimiento ocurre inicialmente sin incidencias, sin salida de contenido hemático, a pesar de lavar con 200 cc de suero fisiológico. La paciente se mantiene estable sin dolor abdominal. Dado que en la radiografía de tórax no se resuelve el derrame, se decide lavar con uroquinasa por sospecha de que pudiese estar multibacado. Al segundo día de colocar este último tubo, en TC de control se aprecia claramente que el tubo de drenaje atraviesa el bazo, sin fracturarlo, estado el extremo distal del tubo en cavidad abdominal. Dada la estabilidad de la paciente y la ausencia de signos de sangrado activo, se decide tratar el trauma esplénico de manera conservadora. Tras retirar la uroquinasa, se retira el tubo de drenaje al sexto día de la colocación, sin incidencias. La paciente es alta a la 2 semana de la retira del tubo, tras solucionarse los problemas respiratorios.

**Discusión:** La lesión esplénica es una de las complicaciones más críticas de la inserción del tubo torácico, a menudo llegando a producir un sangrado grave y shock, por lo que requiere un manejo

de emergencia invasivo. Sin embargo, el tratamiento no invasivo o conservador, como la retirada tardía del tubo, puede considerarse una opción válida para un paciente estable sin eventos adversos graves. En conclusión, las lesiones esplénicas que se producen durante los procedimientos de cirugía torácica pueden tratarse de forma segura y conservadora en presencia de estabilidad hemodinámica. Es probable que estas lesiones transdiafragmáticas en el bazo sean únicas y localizadas y, por lo tanto, fáciles de controlar con una embolización arterial. La esplenectomía debe ser la última opción viable cuando el tratamiento conservador falla o en caso de inestabilidad hemodinámica repentina.