



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-044 - TRAUMATISMO ESPLÉNICO EN LA ERA DEL INTERVENCIONISMO

Bonet Peris, Idoia; Medrano Caviedes, Rodrigo; Murazzo Vásquez, Piero Gianfranco; Rofin Serra, Silvia; Caballero Mestres, Ferran; Moral Duarte, Antonio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: El traumatismo abdominal representa entre el 20-30% de los pacientes con politraumatismo, siendo las lesiones esplénicas el 31-35%. El tratamiento actual lo determina la situación hemodinámica, grado de lesión y la presencia de sangrado. El paciente inestable hemodinámicamente es candidato a esplenectomía mientras que en normalidad hemodinámica se favorece el tratamiento conservador. La incorporación de radiología intervencionista con posibilidad de embolización arterial urgente ha ampliado las indicaciones para el tratamiento conservador. Estudio observacional retrospectivo en el traumatismo esplénico y sus opciones terapéuticas.

Métodos: Entre los años 2014 al 2016 se atendieron en nuestro centro 1.439 pacientes politraumáticos, 326 graves, de estos 33 presentaban una lesión esplénica (4 grado V, 12 grado IV, 6 grado III, 5 grado II y 6 grado I. A su llegada al hospital 23 presentaban estabilidad hemodinámica y 10 se encontraban inestables. Se indicó cirugía urgente en 8 de los 23 pacientes (24,4%). 5 por inestabilidad hemodinámica a su llegada sin respuesta a reposición de volumen (media de ISS de 33 pts) en 4 con lesión grado IV, 1 grado V además de otras lesiones viscerales asociadas) y 3 pacientes estables por hemoperitoneo masivo (dos grados III y un grado V), media de ISS de 22. En 6 pacientes hemodinámicamente estables (ISS 12,66) y con lesiones de alto grado (4 grado IV AAST con sangrado, uno grado III y 1 grado V)- se decidió embolización arterial como rescate para tratamiento conservador. En 4 pacientes hemodinámicamente inestables (ISS de 27,5) (dos lesiones grado IV y dos con grados I y II respectivamente con sangrado) se decidió embolización urgente tras soporte hemodinámico. Ninguno fue exitus. El resto de pacientes se decidió tratamiento conservador (45,45%) ISS de 18,93. 3 pacientes fueron *exitus* (9,09%): todos (1 grado IV ISS de 59, 1 grado V ISS de 41). 1 grado II como consecuencia de múltiples lesiones asociadas, ISS 43. Los pacientes embolizados presentaron ISS de 18,6 y 14,3 días de ingreso, mientras los esplenectomizados: ISS de 29,44 y 32,7 días de ingreso.

Conclusiones: La indicación quirúrgica siempre fue en pacientes hemodinámicamente inestables que no respondieron a tratamiento con volumen, a excepción de 3 pacientes en los que se decidió por lesión de alto grado de la AAST y presencia de lesiones asociadas. Del total de los pacientes en los que se decidió embolización, esta se pudo completar en todos los casos, incluso en pacientes inestables a su llegada tras respuesta al volumen. En 5 pacientes con lesiones de alto grado y estabilidad hemodinámica se decidió embolización por el alto riesgo de sangrado en dos tiempos (rescate para tratamiento conservador). Ningún paciente presentó sangrado en segundo tiempo ni

fracaso del tratamiento intervencionista. El 9,09% de la mortalidad recayó siempre en los pacientes intervenidos con ISS más elevados. El tratamiento de elección en pacientes inestables siempre será quirúrgico, sin embargo, en pacientes respondedores a volumen o en pacientes con lesiones de alto grado la embolización arterial ofrece una opción menos agresiva con excelentes resultados.