



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-721 - TRAUMATISMO ESPLÉNICO GRAVE. ¿ES POSIBLE EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL BAZO?

Ortega Castán, María; Plata Pérez, Guillermo; Bregoli Rodríguez, Nicola; Hinojosa Arco, Luis Carlos; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: El bazo es el órgano sólido lesionado con mayor frecuencia en los traumatismos abdominales cerrados, con una prevalencia del 30%. El mecanismo lesional más frecuente en nuestro medio es el accidente de tráfico seguido de la precipitación. El creciente conocimiento de la función inmunológica del bazo y las complicaciones de la esplenectomía, como el temido síndrome de sepsis grave posesplenectomía, ha cambiado en las últimas décadas el manejo del traumatismo esplénico hacia un abordaje más conservador.

Casos clínicos: Se presentan dos casos clínicos de traumatismo esplénico grave con manejo conservador en nuestro centro hospitalario. En primer lugar, un varón de 35 años que tras un accidente de tráfico en motocicleta sufre una laceración esplénica grado III. Se mantiene estable hemodinámicamente pero se evidencian en la tomografía computarizada de abdomen con contraste bifásico signos de extravasación por lo que se realiza embolización esplénica distal urgente. En segundo lugar, un varón de 83 años que tras una caída en motocicleta sufre una laceración esplénica grado V. Pese a que en la prueba de imagen no se evidencian signos de sangrado activo, ante el tipo de lesión esplénica, la estabilidad hemodinámica y la anemia progresiva se decide embolización al sexto día del traumatismo. En ambos casos, la evolución tras la embolización es favorable, sin requerir intervención quirúrgica durante la hospitalización. No se evidencian complicaciones en las pruebas de imagen durante el seguimiento ambulatorio.

Discusión: El manejo conservador de la lesión esplénica comprende la observación clínica y radiológica, con o sin embolización. Es el tratamiento de elección en pacientes hemodinámicamente estables con ausencia de peritonismo o lesión abdominal concomitante que requiera cirugía, independientemente del grado de lesión esplénica. Tiene una tasa de éxito que ronda el 90%, demostrando ser una técnica segura. Las ventajas del manejo conservador son preservación de la función esplénica, menor número de laparotomías no terapéuticas, menor tasa de complicaciones intraabdominales y transfusión sanguínea, menor coste hospitalario, y en general, menor morbimortalidad. No obstante, la embolización puede fracasar. La mayoría de los casos ocurre en los primeros 4 días tras el traumatismo debido a resangrado esplénico. Existen una serie de factores predictores de fracaso del manejo conservador, los cuales no contraindican su indicación, que son: edad superior a los 55 años, lesiones esplénicas grado III-V según la clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST), hemoperitoneo en cuantía superior a 500 cc, lesión

de órgano sólido concomitante, anomalías vasculares (extravasación de contraste, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa) y transfusión de más de 5 bolsas de hemoderivados. Hoy en día, el avance en el campo de la radiología intervencionista mediante la embolización esplénica aumenta la tasa de éxito del manejo conservador, y desplaza a la esplenectomía a un segundo plano en pacientes estables hemodinámicamente.