

Notas clínicas

Embolización esplénica en el tratamiento de la lesión traumática del bazo.

The role of the splenic embolization in blunt spleen trauma.

M. Alcaide-Lucena, A.P. Martínez-Domínguez, C. González-Puga, B. Mirón-Pozo

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

RESUMEN

Objetivo: describir el caso de un varón que presenta traumatismo abdominal cerrado con lesión esplénica.

Material y métodos: paciente de 22 años estable hemodinámicamente tras traumatismo abdominal cerrado, con TAC compatible con lesión esplénica y hemoperitoneo moderado con sangrado activo, tratado mediante embolización arterial.

Resultado: evolución tras embolización favorable. Asintomático al año del evento.

Discusión: clásicamente se han tratado mediante esplenectomía los pacientes con traumatismo esplénico con sangrado activo y

hemoperitoneo. Describimos la utilización de esta técnica como método eficaz en pacientes hemodinámicamente estables.

Conclusión: la embolización arterial del bazo es una técnica segura y poco agresiva para el tratamiento de las lesiones traumáticas del bazo en pacientes hemodinámicamente estables con sangrado activo.

Palabras clave: bazo, embolización esplénica, hemoperitoneo, traumatismo abdominal cerrado.

ABSTRACT

Objective: describe a case report of a blunt abdominal trauma with splenic lesion.

Materials and Methods: a 22-year-old man with abdominal pain after blunt abdominal trauma with splenic lesion and hemoperitoneum and active bleeding. We decide treatment with arterial embolization.

CORRESPONDENCIA

Miriam Alcaide Lucena
Hospital Universitario San Cecilio
18016 Granada
miriam.alcaide.lucena@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Alcaide Lucena M, Martínez Domínguez AP, González Puga C, Mirón Pozo B. Embolización esplénica en el tratamiento de la lesión traumática del bazo. Cir Andal. 2019;30(3):415-18.

Result: favorable evolution after embolization. After 1 year, the patient is asymptomatic.

Discussion: we have treated splenic trauma with hemoperitoneum and active bleeding with splectomy until now. We Describe this safe technique in hemodynamically stable patients.

Conclusion: splenic arterial embolization is a safe technique for treatment of splenic trauma lesions.

Keywords: spleen, splenic embolization, hemoperitoneum, blunt spleen trauma.

INTRODUCCIÓN

El bazo es el órgano sólido más frecuentemente afectado en los traumatismos abdominales cerrados¹. El tratamiento de estos pacientes ha cambiado radicalmente en las últimas décadas. Desde el siglo XIX, la técnica de elección ha sido el tratamiento con esplenectomía, ya que se asociaba a un 90% de mortalidad en caso de no realizarse². Es a partir de la década de los 70, cuando recobra importancia la actividad inmunológica del bazo, y el cambio de actitud hacia la conservación del órgano. Actualmente el manejo de esta patología es preferentemente no quirúrgico, donde juega un papel importante la angioembolización que comenzó a utilizarse en los EE.UU. a partir de los años 90³.

Presentamos el caso de un varón con lesión esplénica grado II con sangrado activo y hemoperitoneo moderado manejado mediante técnicas de embolización en nuestro centro.

CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias de nuestro centro al sufrir traumatismo abdominal cerrado tras caída en la práctica de esquí. A su llegada el paciente se encuentra hemodinamicamente estable, y presenta dolor abdominal intenso sin otros hallazgos de interés. A la exploración presenta dolor abdominal a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda con signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca CPK 611, leucocitos 23.540, neutrofilia 84,2% y descenso de hemoglobina de 14,3 a 9,7.

Al encontrarse el paciente con las constantes mantenidas, consciente y orientado solicitamos TAC abdominal dinámico en fases arterial, portal y tardía, la cuál nos informa de lesión esplénica grado II descrita como área contusiva hipocaptante en el polo anteroinferior esplénico de aproximadamente 23 mm de diámetro mayor. Presenta además, marcada cuantía de líquido libre abdominal perihepático, gastrohepático, periesplénico, en ambas gotieras y en pelvis, que corresponde a hemoperitoneo (Figuras 1 y 2). A su vez, en la fase angiográfica de la prueba encontramos extravasación aguda de contraste correspondiente a sangrado activo.

Valoramos al paciente junto al equipo de Cuidados Intensivos, y decidimos contactar con Servicio de Radiología Intervencionista que realizan cateterismo selectivo de la arteria esplénica con embolización supraseductiva de la rama responsable del sagrado (rama dependiente del tronco inferior) con partículas de PVA sin incidencias (Figura 3).

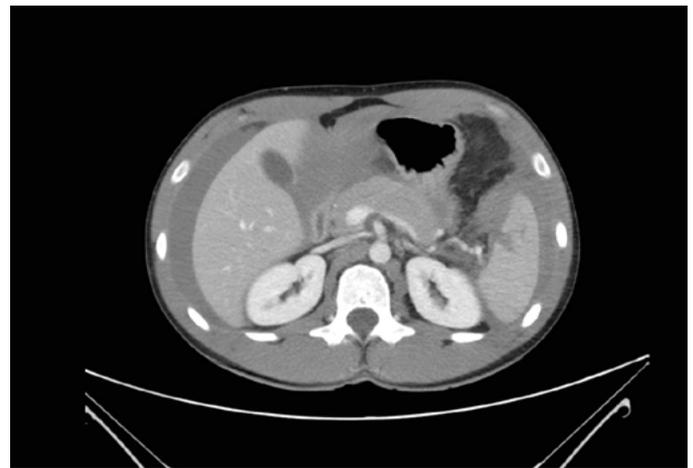


Figura 1

Corte axial de TAC abdominal urgente donde se observa líquido libre perihepático y periesplénico correspondiente a hemoperitoneo. Además, se observa lesión esplénica grado II en el polo anteroinferior.



Figura 2

Corte axial de TAC urgente con líquido libre en pelvis.



Figura 3

Caterización selectiva de arteria esplénica y embolización.

El paciente ingresa en UCI sin complicaciones inmediatas para monitorización y vigilancia tras tratamiento con una evolución favorable. Se traslada a sala de hospitalización de Cirugía general, y es dado de alta a los diez días tras control de dolor, normalización analítica y TC de control, el cuál informa de hemoperitoneo de localización periesplénica y en pelvis que ha disminuido muy significativamente con respecto al anterior y lesiones esplénicas subcapsulares sugestivas de infartos o contusiones en evolución (Figuras 4 y 5).



Figura 4

Corte axial de TAC de control con lesiones esplénicas sugerentes de infartos postembolización.



Figura 5

Corte coronal de TAC de control con lesiones esplénicas sugerentes de infartos postembolización.

Tras un año de seguimiento en Consulta, el paciente se encuentra asintomático, con resolución del cuadro a nivel de pruebas de imagen.

DISCUSIÓN

En los traumatismos abdominales cerrados, el bazo es el órgano sólido más frecuentemente afectado, siendo los accidentes de tráfico la causa principal¹. En la mayoría de las ocasiones, esta patología va asociada a una mortalidad alta, por lo que es esencial en el manejo de la atención del paciente politraumatizado, un abordaje integrado y multidisciplinar que garantice una respuesta coordinada, disminuyendo así la morbi-mortalidad de estos pacientes⁴. Por ello es fundamental tener un protocolo asistencial para el manejo del paciente politraumatizado siguiendo las recomendaciones del American College of Surgeons en su curso Advanced Trauma Life Support (ATLS) tratando como ya conocemos, en primer lugar las lesiones que amenazan la vida del paciente⁵.

El manejo se realizará en función de la estabilidad hemodinámica que presente. Así, para el diagnóstico de las lesiones intraabdominales utilizaremos una técnica u otra según las condiciones del paciente. La ecografía con técnica FAST se utiliza en pacientes inestables, y si encontramos líquido libre intraabdominal puede ser indicativo de hemorragia aguda e indicación de cirugía urgente. Mientras que en enfermos estables, utilizamos la TC como técnica de elección ya que nos aporta datos más precisos⁶.

En el TAC, el sangrado activo se define como un extravasado de contraste de bordes mal definidos que aumenta en fase tardía, y que se correlaciona directamente con la necesidad de intervención quirúrgica o tratamiento endovascular. Así mismo, el sangrado activo o lesión vascular (fístula arteriovenosa o pseudoaneurisma) aumentan la tasa de fracaso de tratamiento conservador, con el consiguiente riesgo de rotura esplénica diferida o progresión de las lesiones.

El tratamiento ha cambiado radicalmente durante las últimas décadas, siendo actualmente el manejo preferentemente no quirúrgico⁷. A este cambio, ha contribuido el avance tecnológico de la TC y el desarrollo de la Radiología Intervencionista. La cirugía ha quedado limitada a enfermos hemodinamicamente inestables o que presentan lesiones asociadas que requieren cirugía urgente, como son lesiones de víscera hueca, lesión diafragmática o pancreática. El tratamiento conservador, además, nos permite preservar la función inmune del bazo disminuyendo el riesgo de infección postoperatoria⁸. La arteriografía con embolización ha demostrado ser una terapia eficaz en el tratamiento de lesiones vasculares en enfermos estables⁹.

Fue en 1995 cuando Sclafani¹⁰ describió por primera vez el uso de la embolización en el tratamiento del traumatismo esplénico cerrado. Aunque han pasado más de dos décadas, aún continúa teniendo escasa presencia en España si la comparamos con la literatura mundial a pesar de su eficacia demostrada, siendo una de sus posibles causas que sólo se pueda realizar de urgencias si se encuentra en hospitales de referencia.

Describimos este caso por tratarse de un varón joven, con lesión esplénica grado II, sangrado activo e importante hemoperitoneo, que ante la estabilidad del paciente pudimos tratar mediante embolización. Nuestra duda en una primera evaluación fue acerca de si realizar o no tratamiento quirúrgico, ya que la presencia del hemoperitoneo significativo nos hizo dudar en un primer momento del abordaje vascular intervencionista. Una vez más, confirmamos en la literatura que la embolización es una técnica segura en caso de pacientes con sangrado activo y estabilidad hemodinámica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stuhlfaut J, Anderson S, Soto J. Blunt Abdominal Trauma: Current Imaging Techniques and CT Findings in Patients with Solid Organ, Bowel, and Mesenteric Injury. *Semin Ultrasound CT MR* 2007; 28:115-129.
2. Stockinger Z, Grabo D, Benov A, Tien H, Seery J, Humphries A. Blunt Abdominal Trauma, Splenectomy, and Post-Splenectomy Vaccination. *Mil Med*. 2018; 183:98-100
3. Rosenberg G , Weiser T , Maggio P, Browder T, Tennakoon L, Spain D et al. The association between angioembolization and splenic salvage for isolated splenic injuries. *J Surg Res* 2018;229:150-155.
4. Alonso M. Guía para la atención del trauma grave. Majadahonda (Madrid): Ergon. 2009.
5. American College of Surgeons. Committee on Trauma. Advanced trauma life support course of physicians. Chicago: American College of Surgeon. 2011.
6. Srivastava D. Comparative Study of CT and Ultrasonography in Blunt Abdominal Trauma. *J Med Clin Res*. 2018;6.
7. Requarth J, D'Agostino R, Miller P. Nonoperative Management of Adult Blunt Splenic Injury With and Without Splenic Artery Embolotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Vascular Surgery*. 2012; 55:886.
8. Crooker K, Howard J, Alvarado A, McDonald T, Berry S, Green J et al. Splenic Embolization After Trauma: An Opportunity to Improve Best Immunization Practices. *J Surg Res*. 2018;232:293-297.
9. Marmery H, Shanmuganathan K, Alexander M, Mirvis S. Optimization of Selection for Nonoperative Management of Blunt Splenic Injury: Comparison of MDCT Grading Systems. *Am J Roentgenol* . 2007;189:1421-1427.
10. Sclafani S, Shaftan G, Scalea T, Patterson L, Kohl L, Kantor A, et al. Nonoperative Salvage of Computed Tomography--Diagnosed Splenic Injuries. *J Trauma*. 1995; 39:818-827.