

POLITRAUMATIZADOS Y CUIDADOS INTENSIVOS

COMUNICACIONES ORALES

O-088. DESARROLLO DE UN PLAN INTEGRAL DE ASISTENCIA AL TRAUMA GRAVE EN UN HOSPITAL COMARCAL

J.F. Pérez Martínez, G. Cardozo Cabrera, J. Fierro Rosón, M.A. García Espona, J. Quero Pastor, B. Narbona Calvo y J.E. Guirau Navarro

Hospital de Poniente, El Ejido.

Objetivos: Siguiendo las directrices del plan integral de asistencia al trauma grave y debido a la demanda creciente en nuestro medio, decidimos conformar un grupo multidisciplinar para su asistencia en nuestro hospital.

Material y métodos: Una vez identificado el problema desarrollamos un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por Facultativos de Cirugía, Urgencias, Radiología, UCI y Enfermería del área de Urgencias para identificar el problema, establecer las deficiencias en la atención al trauma grave, exponer las posibles soluciones y elaborar los protocolos de actuación. Para ello actualizamos el proceso asistencial al trauma grave editado por la Junta de Andalucía, modificando y actualizando las directrices que en él se recomiendan aplicándolas a nuestra situación particular de hospital de tercer nivel.

Resultados: Fruto de dichas reuniones hemos creado un grupo de trabajo multidisciplinar que contempla el desarrollo de un plan de actuación específico para la atención al trauma, mediante la creación de un flujograma de actuación corregido para nuestro medio, creación de hojas de recogidas de datos, optimización de los recursos, procedimientos de consenso con medicina extrahospitalaria y actualización del proceso de arquitectura nivel IV en nuestro medio hospitalario, evolucionando a la creación de proceso de atención integral mediante la confección de un programa de cirugía de control de daños para el trauma grave.

Conclusiones: Consideramos necesaria la actualización del proceso asistencial mediante la colaboración de todo el personal implicado en la asistencia de dichos eventos. Exponemos nuestra experiencia y ofertamos la posibilidad de adaptar nuestro trabajo a otros centros hospitalarios de similares características asistenciales.

O-089. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS DEL TRAUMA GRAVE

J.F. Pérez Martínez, E. Pintor Amat, J. Peinado Gómez, C. Rodríguez Rodríguez, M.A. Rodríguez Osuna e I. Urrea Gilabert,

Hospital de Poniente, El Ejido.

Introducción: La problemática del trauma grave, su asistencia y el intento de mejora de resultados nos motivó a desarrollar un programa de asistencia al trauma grave desde un programa de cirugía de control de daños desarrollado por un grupo multidisciplinar de nuestro hospital.

Material y métodos: Identificada la problemática y mediante reunión de consenso previa, se estableció el desarrollo de protocolos de actuación para la atención al trauma grave. Se han de-

sarrollado guías de actuación elaboradas por nuestro grupo incluyendo el manejo del paciente desde el puntos de vista quirúrgico, anestésico y de cuidados intensivos. Para ello contamos con la colaboración de anesthesiólogos, cirujanos, traumatólogos, intensivistas, urólogos y enfermería del bloque quirúrgico y cuidados intensivos. Dichas pautas de actuación fueron implementadas previamente mediante el desarrollo de un curso semipresencial acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y dirigido a facultativos especialistas hospitalarios y enfermería médico-quirúrgica y de cuidados intensivos. Se elaboraron los temas a desarrollar en profundidad y se expusieron en formato presencial y en formato web para su consulta y actualización mediante la creación de una herramienta informática para tal fin.

Resultados: La creación del grupo, el desarrollo de la problemática específica y sus soluciones desde un punto de vista multidisciplinar, la creación de protocolos específicos de actuación y su implementación han supuesto una mejora sustancial en los parámetros de morbimortalidad de nuestros pacientes tratados con diagnóstico de trauma grave (ISS > 15).

Conclusiones: Creemos necesario establecer unas guías de actuación en conjunto para el tratamiento de pacientes complejos traumáticos, guía que implicaría la participación de todo el personal susceptible de actuar en dicha atención y que permita a su vez utilizar un lenguaje eficaz a la hora de tratarlos. Exponemos nuestros resultados y disponibilidad de acceder a dicha guía.

O-090. ¿QUÉ PREDICTOR DE MORTALIDAD DEBE EMPLEARSE EN CIRUGÍA DE COLON DE URGENCIAS? ESTUDIO COMPARATIVO CON ESCALA PHYSIOLOGIC AND OPERATIVE SEVERITY SCORE FOR THE ENUMERATION OF MORTALITY AND MORBIDITY (POSSUM) Y SUS VARIANTES PORTSMOUTH (P-POSSUM) Y COLORECTAL (CR-POSSUM)

J.M. Aranda Narváez, R. Becerra Ortiz, Y. Pulido Roa, I. Fernández Burgos, C. Montiel Casado, A.J. González Sánchez y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La cirugía inmediata o de urgencia diferida por patología colónica urgente asocia una significativa tasa de morbimortalidad. El predictor de mortalidad más aceptado es la escala POSSUM y su variante P-POSSUM, aunque su generalización a circunstancias e intervenciones de toda índole ha originado sugerencias en torno a defectos en su capacidad predictiva global, y paralelamente al diseño de modelos predictivos específicos. Pocas aportaciones existen en torno a la aplicabilidad de estos modelos en la cirugía urgente de colon. Presentamos un estudio analizando la capacidad predictiva, calibración

y discriminación de tres modelos predictivos (POSSUM, P-POSSUM y CR-POSSUM) sobre la mortalidad postoperatoria tras cirugía de colon con carácter urgente o de urgencia diferida.

Material y métodos: Estudio observacional analítico, elaborado sobre la cohorte de pacientes que precisaron cirugía inmediata o de urgencia diferida por patología colónica urgente durante un periodo de 24 meses (enero 2009-diciembre 2010), intervenidos por la Unidad de Urgencias de Cirugía del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. Variable predictora: escalas POSSUM de mortalidad, P-POSSUM y CR-POSSUM. Variable resultado: mortalidad postoperatoria, definida como la producida en los primeros 30 días del postoperatorio. Análisis estadístico: software SPSS y Epidat 3.1. 1) Regresión logística binaria con cada una de las escalas como predictor; 2) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow (buena calibración si test ns); 3) Discriminación mediante curva Receiver Operating Characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC); 4) Comparación de curvas ROC y AUC mediante χ^2 de homogeneidad de áreas. Se aceptaron como de relevancia estadística niveles de significación $p < 0,05$ y para todos los parámetros se definió su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Muestra compuesta por 64 pacientes, con edad mediana de 60 años (r: 18-90), 29 hombres (45%) y 35 mujeres (55%). Mayoritaria etiología neoplásica con componente obstructivo o perforativo (57,8%). Los procedimientos más frecuentemente empleados fueron la hemicolectomía derecha (29,7%) e izquierda con washed-out y anastomosis primaria (20,3%), teniendo que asociar algún gesto quirúrgico adicional en el 50% de los pacientes. Mortalidad: 6 pacientes (9,4%). Los resultados principales del estudio se resumen en la figura a pie de página.

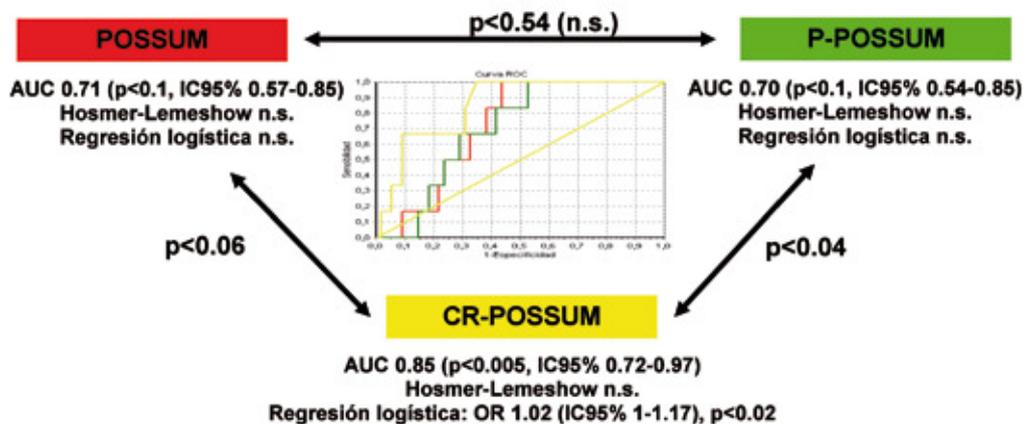
Conclusiones: Las escalas POSSUM y P-POSSUM, aunque bien calibradas, tienen una lábil capacidad discriminativa. El modelo CR-POSSUM, específicamente diseñado para cirugía colorrectal, consigue una mayor capacidad predictiva en parámetros de calibración y discriminación, ajustándose mejor a la mortalidad postoperatoria tras cirugía de colon urgente o de urgencia diferida.

O-091. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD DE LA GANGRENA DE FOURNIER. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 50 CASOS

A. García Marín¹, F. Turégano Fuentes¹, M.D. Pérez Díaz¹, M. Sanz Sánchez¹, J. Martín Gil¹, T. Sánchez Rodríguez¹, A.I. Fábregues Olea¹, I. Ortega Vázquez², C. Jiménez Ceinos², J. Lago Oliver¹ y J. de Tomás Palacios¹

¹Hospital Gregorio Marañón, Madrid; ²Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.

Objetivos: Análisis de los factores predictores de mortalidad de la gangrena de Fournier (GF).



Material y métodos: Estudio analítico retrospectivo de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en un período de doce años (1998-2010). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS empleando la prueba de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y la chi-cuadrado para las cualitativas en el análisis univariante y la regresión logística binaria en el multivariante.

Resultados: La serie incluye 50 pacientes, 45 varones (90%) y 5 mujeres (10%) con una mediana de edad de 65 años (50; 73). La resolución fue de 37 supervivientes (S) (74%) y 13 exitus (E) (26%) con una mediana de tiempo de 25 días (13; 53). La mediana de edad fue de 65 en S y 71 en E ($p = 0,215$). Dentro de los antecedentes personales destacaron la diabetes (S: 13/24 [Sí/No], E: 6/7 [Sí/No]; $p = 0,481$), cardiopatía (S: 7/30, E: 7/6; $p = 0,016$), inmunodepresión (S: 7/30, E: 5/8; $p = 0,256$), neumopatía (S: 5/32, E: 3/10; $p = 0,413$), nefropatía y hepatopatía (ambos S: 3/34, E: 4/9; $p = 0,065$) e índice de Charlson (S: 1, E: 4; $p = 0,003$). Dentro de la analítica, se valoraron la hemoglobina (S: 13, E: 11,1; $p = 0,042$), hematocrito (S: 37, E: 32; $p = 0,034$), leucocitos (S: 16.500, E: 21.900; $p = 0,043$), plaquetas (S: 207.000, E: 190.000; $p = 0,825$), INR (S: 1,2, E: 1,5; $p = 0,084$), urea (S: 49, E: 90; $p < 0,001$), creatinina (S: 1,1, E: 1,5; $p = 0,034$), sodio (S: 133, E: 135; $p = 0,991$), potasio (S: 3,7, E: 4,3; $p = 0,015$), fosfatasa alcalina (S: 87, E: 133; $p = 0,021$), GGT (S: 60, E: 54; $p = 0,341$), proteínas (S: 7, E: 6,6; $p = 0,115$), calcio (S: 8,9, E: 8,5; $p = 0,371$). Dentro de los criterios de gravedad, se analizaron la sepsis grave (S: 13/24, E: 11/2; $p = 0,003$), índice de severidad de GF (S: 4, E: 7; $p = 0,008$), score fisiológico del POSSUM (S: 22, E: 27; $p = 0,008$) y superficie corporal afecta (S: 4, E: 4,5, $p = 0,466$). El desbridamiento quirúrgico fue complementado con una cistostomía en 3 casos (2 S y 1 E, $p = 0,551$) y colostomía en 9 casos (7 S y 2 E, $p = 1,000$). El análisis multivariante mostró que los factores independientes y la fórmula predictora de mortalidad fue $1 / (1 + e^{-a})$, donde $a = -8,125 + 1,946$ (cardiopatía) $+ 2,746$ (sepsis grave) $+ 0,017$ (urea) $+ 0,001$ (leucocitos) cuya área bajo la curva fue de 0,902 (0,818-0,987), $p < 0,001$, superior a la de otros modelos como el índice de severidad de la GF (0,748, $p = 0,008$), POSSUM (0,763, $p = 0,005$) y P-POSSUM (0,751, $p = 0,008$).

Conclusiones: La GF es una patología con baja incidencia y alta tasa de mortalidad. Los factores predictivos de mortalidad fueron la cardiopatía, sepsis grave, urea y leucocitos.

O-092. EVALUACIÓN Y APLICABILIDAD DE LOS SCORES DE PROBABILIDAD DE SUPERVIVENCIA DEL POLITRAUMATIZADO GRAVE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: INJURY SEVERITY SCALE (ISS), REVISED TRAUMA SCORE (RTS) Y TRAUMA AND INJURY SEVERITY SCORE (TRISS)

Y. Pulido Roa, J.M. Aranda Narváez, R. Becerra Ortiz, I. Fernández Burgos, T. Prieto-Puga Arjona, B. García Albiach y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Se han elaborado varios scores predictores de supervivencia en base a grandes registros de trauma. La principal utilidad de estos modelos es la estratificación del riesgo de mortalidad de los pacientes politraumatizados, permitiendo la comparación intercentros y la revisión por comités de trauma de pacientes con elevada probabilidad de supervivencia que fallecen como consecuencia del traumatismo. En Andalucía, donde la atención al politraumatizado debe basarse en el denominado Proceso Asistencial Integrado "Atención al Trauma Grave" (disponible en: <http://www-csalud.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/procesos/documentos.asp?idp=110>), el score propuesto para este fin es el TRISS, que incluye las escalas ISS y RTS junto a la edad, considerando además una probabilidad de supervivencia

distinta en base al carácter cerrado o penetrante del traumatismo. Aunque validado en grandes poblaciones de politraumatizados, resulta conveniente evaluar la aplicabilidad del modelo en cada centro (y en concreto en el grupo de pacientes con componente abdominal grave) como paso inicial previo a su implantación como indicador. Presentamos un estudio para evaluar la capacidad predictiva de los scores en trauma (ISS, RTS y TRISS) en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional analítico, desarrollado sobre el grupo de pacientes intervenidos por traumatismo abdominal en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, en un periodo de dos años (enero 2009-diciembre 2010). Variable resultado: mortalidad. Variables predictoras: ISS, RTS y TRISS, calculados a partir de sus componentes mediante el empleo de calculadoras específicas disponibles en la web (<http://www.trauma.org/archive/scores/index.html>). Análisis estadístico: software SPSS. 1) Estadísticos descriptivos muestrales expresados como $\mu \pm \sigma$ en variables cuantitativas y como porcentajes en cualitativas; 2) Test de la U de Mann Whitney para la diferencia de scores entre pacientes con/sin mortalidad; 3) Análisis de la calibración y capacidad discriminativa de los scores mediante test de Hosmer-Lemeshow y curva receiver operating characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC) respectivamente. Se aceptaron como significativos niveles de $p < 0,05$, y para los distintos parámetros se definió el intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Muestra final constituida por 21 pacientes, con mediana de edad de 35 ± 15 años, con tan solo 3 mujeres en la serie. 17 traumatismos cerrados y 4 abiertos. Exploración abdominal realizada en 82 ± 48 minutos, con solo dos abordajes laparoscópicos en dos pacientes con lesión penetrante. Aunque la mayoría de los pacientes presentaban más de una lesión intraabdominal, la esplenectomía fue el gesto técnico más frecuente al ser el bazo el órgano más frecuentemente afectado. Mortalidad: 5 pacientes (23,8%), siempre con carácter intra o perioperatorio, y con valores mayores de ISS (49 vs 30, $p < 0,01$) y menores de RTS (2,4 vs 6,2, $p < 0,003$) y TRISS (7 vs 74, $p < 0,001$) que los pacientes que sobrevivieron al trauma. Todos los pacientes fallecidos debían ser considerados muertes inevitables (TRISS $< 25\%$). Los tres modelos mostraron una buena calibración (Hosmer-Lemeshow ns) y una elevada capacidad discriminativa, aunque el índice TRISS destacó por encima de la ISS y el RTS (AUC score TRISS 0,98, IC95% 0,94-1, $p < 0,001$).

Conclusiones: La principal limitación del estudio reside en que constituye tan solo una aproximación inicial, y por tanto parte de un tamaño muestral bajo y no incluye pacientes con tratamiento no operatorio. A pesar de ello puede considerarse que el índice TRISS constituye un modelo válido para la estratificación del riesgo de mortalidad en el paciente politraumatizado.

O-093. FASCITIS NECROTIZANTE TRAS TRAUMATISMO ABDOMINOPÉLVICO CONTUSO SIN FRACTURA ÓSEA ASOCIADA

C. Gonçalves Tinoco, J.C. Rueda Chimeno, F. Feliu Villaró, A. Caro Tarragó, A. Jiménez Salido, E. Duque Guilera, F. Moreno Fernández, J. Escuder Pérez, J. Vadillo Bargalló, F. Gris Yrayzoz y V. Vicente Guillén

Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente que tras ser atrapado por un tubo metálico en un accidente laboral presentó un traumatismo abdomino-pélvico contuso sin lesiones penetrantes ni fracturas pélvicas, que derivó en una extensa fascitis necrotizante abdomino-pélvica, glútea, inguino-crural y del muslo derechos como consecuencia de la progresión y contaminación de las lesiones perirectales producidas.

Caso clínico: Varón de 23 años, alérgico a la penicilina y sin antecedentes patológicos de interés, que ingresa en urgencias tras sufrir accidente laboral al ser atrapado por una tubería de 7 toneladas. Inicialmente destacaban estabilidad hemodinámica y estado neurológico, respiratorio y abdominal normales. A la exploración presentaba erosiones y hematomas en región pélvica y muslo derecho, erosiones y tumefacción en extremidad superior derecha y un desgarro perineal. Hemograma y función renal normales. Serie radiológica ósea sin fracturas pélvicas. TAC toraco-abdomino-pélvico normal. Se indicó revisión quirúrgica perineal evidenciando lesión completa esfinteriana posterior y desgarros presacro y prerrectal, precisando de taponamiento hemostático y colostomía en asa. En el postoperatorio presentó shock séptico con fracaso multiorgánico, progresión de las lesiones eritematosas abdomino-pélvicas y en muslo derechos, con TAC que sugería fascitis necrotizante. Se indicó cirugía que confirmó el diagnóstico y se procedió a la exéresis de todo el tejido necrótico, desde zona subcostal hasta rodilla derechas y desde zona glútea derecha hasta región inguino-escrotal. Se inició antibioterapia empírica con clindamicina y tigeciclina. La evolución ulterior fue positiva presentando progresiva mejoría hemodinámica. Las lesiones necrotizantes no progresaron y se realizaron curas de las heridas quirúrgicas cada 72h con terapia de presión negativa. Al 40º día de ingreso el paciente permanecía hemodinámicamente estable, con buena función renal, normalización metabólica y con buen tejido de granulación en las heridas, por lo que fue trasladado a nuestro centro hospitalario de referencia para cirugía plástica y reconstructiva.

Discusión: Las lesiones rectales por traumatismos cerrados contusos no penetrantes son muy infrecuentes pero presentan mal pronóstico, posiblemente por su retraso diagnóstico. La fascitis necrotizante abdomino-pélvica está descrita como consecuencia de lesiones neoplásicas de colon y tras traumatismos penetrantes con fractura pélvica. Presentamos una extensa fascitis necrotizante abdominal, pélvica, glútea, inguino-escrotal y del muslo derecho en un paciente que había sufrido un traumatismo contuso abdominal, pélvico y perineal por atrapamiento. El mecanismo lesional fue la progresión y contaminación del tejido subcutáneo y fascial desde las lesiones traumáticas rectales, con rápido deterioro metabólico y renal evolucionando a shock séptico. La rápida intervención quirúrgica, la agresividad de la misma, junto a intensa resucitación metabólica y antibioterapia de amplio espectro permitieron la estabilización y supervivencia del paciente. El régimen de curas de las heridas con terapia por presión negativa fueron cruciales para su mejoría, pudiéndose derivar finalmente para su definitiva reparación. Todo traumatismo rectal, aun no siendo penetrante ni asociarse a lesiones óseas, es capaz de producir lesiones necrotizantes perineales e incluso abdomino-pélvicas por progresión y contaminación del tejido subcutáneo. Debemos adoptar todas las medidas a nuestro alcance para su diagnóstico precoz y la misma agresividad quirúrgica que en el caso de lesiones penetrantes.

O-094. CIRUGÍA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Paterna López, G. González Sanz, C. Gracia Roche, M.L. Gutiérrez, M.N. Sánchez Fuentes, V. Rodrigo Vinué, J.J. Cabrero Lafuente, M. Cabrero Lafuente, M.P. Cebollero Benito, L.A. Ligorred Padilla y J.M. Esarte Muniaín

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Analizar las intervenciones quirúrgicas realizadas de urgencia durante un año en un hospital de tercer nivel y comprobar si existen diferencias significativas de morbimortalidad y

de manejo del paciente según los distintos turnos horarios que se establecen durante la atención continuada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde enero de 2010 hasta diciembre del mismo año de todos los pacientes intervenidos de urgencia en nuestro hospital. Los datos se han obtenido del registro informático empleado en nuestro bloque quirúrgico.

Resultados: En el período de un año se han realizado con carácter urgente un total de 946 intervenciones por parte del Servicio de Cirugía General y Patología Digestiva de nuestro hospital, el 21,65% durante el turno de mañana, 45,62% en turno de tarde y 32,72% en el de noche. Respecto a las características de los pacientes, el 59,4% son hombres y el 40,6% mujeres, de 58.3 años de edad media (14-98), presentando comorbilidades en el 68% de los casos. El 67% de los pacientes suponen urgencias externas, añadiendo un 4% de traslados de otros centros, siendo el restante 29% urgencias internas que engloban el 13% perteneciente a nuestro propio servicio, así como otros pacientes procedentes de especialidades médicas o quirúrgicas ajenas a nosotros. La patología predominante de este tipo de asistencia de forma global es la apendicular (22%) seguida por la infección perianal (15%) y la perforación u obstrucción del colon (15%), pero hemos podido comprobar que esta distribución varía según el turno del día, influyendo en los resultados de morbimortalidad postoperatoria. La técnica quirúrgica más empleada es la apendicectomía (22%), el drenaje (21%), la resección intestinal incluyendo colon (21%) seguidas de otras con porcentajes inferiores al 10% como las hernioplastias, colecistectomías o laparotomías exploradoras. El facultativo que realiza la intervención es en el 56% de los casos un residente, dato que permanece constante en los distintos turnos salvando ciertas patologías de complejidad mayor. El 19% de los pacientes pasan su postoperatorio inmediato en UCI, el 4% en REA y el resto en planta, con una estancia media global de 10 días. El 39% va a presentar complicaciones postoperatorias, médicas en un 28% y quirúrgicas en un 20%, precisando ser reintervenidos al menos en una ocasión el 10,6% de los pacientes fundamentalmente por sangrado. La mortalidad supone un 20%, siendo la principal causa el shock séptico de múltiples orígenes.

Conclusiones: El mayor volumen de urgencias quirúrgicas se halla comprendido entre las 15:00 y las 08:00 horas del día, más allá del horario laboral habitual. Las urgencias internas predominan en turno de tarde y noche pese a lo que podría esperarse, lo que pone de manifiesto una falta importante de comunicación interespecialidades. Medios a nuestra disposición como la REA están siendo mal empleados sobrecargando la UCI con pacientes que no cumplen criterios. La representación de la laparoscópica en nuestra cirugía de urgencias es escasa motivada fundamentalmente por el elevado riesgo ASA de nuestros pacientes.

O-095. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. PRESENTACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

Y. Mohamed Al-Lal, C. Camarero Mulas, F. Turégano Fuentes, T. Sánchez Rodríguez, M.D. Pérez Díaz, L. Álvarez Llano y A. Fábregues Olea

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: El objetivo es presentar nuestra experiencia con la cirugía laparoscópica en el paciente politraumatizado y analizar tasa de reconversión, estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo observacional durante un período de 14 años (marzo 1997 hasta mayo 2011) en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Se han inclui-

do 36 pacientes de un total de 1888 de la base de trauma grave. Se ha analizado incidencia, características demográficas, mecanismo de lesión, presentación clínica, escalas de gravedad, tiempo de traslado y lesiones asociadas.

Resultados: Se incluyeron 32 varones y 4 mujeres, con edad comprendida entre 16 y 81 años (media de 34 años). El mecanismo de lesión fue penetrante por herida de arma blanca (HAB) en 23 casos (63.9%) y cerrado por accidente de tráfico en 13 (36.1%). 21 pacientes mostraban lesiones a nivel abdominal, 4 tórax, 8 toracoabdominal, y uno múltiple. Todos los pacientes excepto uno tuvieron estabilidad hemodinámica al ingreso (TAS > 90 mmHg). Presentaron un ISS medio de 11,4 (\pm 8) y un NISS medio de 13,6 (\pm 10,5). La mediana del tiempo de llegada al hospital fue de 48 minutos (rango 13-1.560). Las lesiones más frecuentes fueron las intraabdominales, seguidas de las torácicas. Se realizó cirugía laparoscópica digestiva en 18 pacientes (15 intestinal, 1 gástrica, 1 esplénica y 1 hepática) y urológica en 4 (rotura vesical). Además se hizo cirugía traumatológica en 3 y maxilofacial en 3. En 7 pacientes se obtuvo una laparoscopia en blanco y en 11 la laparoscopia no fue terapéutica. Las lesiones asociadas más frecuentes fueron las pleuropulmonares y las esqueléticas. Hubo reconversión a cirugía abierta en 2 casos y reintervención en 1 paciente por lesión no objetivada durante la laparoscopia. La estancia media hospitalaria fue de 10 días (rango 1-46 días). Los pacientes que requirieron tratamiento y manejo por otras especialidades, tuvieron las estancias más largas. Como complicaciones hubo dos neumonías y la mortalidad fue nula.

Conclusiones: En nuestra experiencia podemos concluir que la cirugía laparoscópica ha resultado ser factible y segura. Se han diagnosticado correctamente las lesiones excepto un caso que requirió reintervención. Se pudo realizar un tratamiento adecuado en la gran mayoría de los enfermos, sin ninguna mortalidad asociada. La morbilidad fue baja y la estancia hospitalaria corta, sobre todo en aquellos pacientes con traumatismo penetrante.

PÓSTERS

P-338. ABORDAJE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DEL TRAUMATISMO PANCREÁTICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

A. Rodríguez Sánchez, E. Martín-Pérez, I. García Sanz, E. Bermejo Marcos, M.M. Naranjo Loano, R. García Martínez, M. Posada González, S. Salido Fernández, G. Fernández Díaz, L. Sánchez-Urdazpal González y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

Introducción: Los traumatismos pancreáticos (TP) son infrecuentes debido a la posición retroperitoneal del órgano y suponen entre el 1 y el 4% de todos los traumatismos abdominales. En la mayoría de los pacientes se asocian a lesiones toraco-abdominales, que aumentan la morbimortalidad. Por este motivo el diagnóstico y tratamiento precoz es importante. En este trabajo mostramos la experiencia en nuestro centro.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados en nuestro Hospital, en los 10 últimos años, de lesiones pancreáticas secundarias a traumatismos. Se analizaron datos demográficos, mecanismo lesional, método diagnóstico, tipo de lesión, tratamiento realizado, complicaciones y estancia hospitalaria.

Resultados: Entre los años 1998 y 2009 6 pacientes fueron diagnosticados de TP, de ellos 4 (77%) fueron varones y 2 (33%) mujeres, con una edad media de 42,60 + 9,55 años. El mecanismo lesional fue un traumatismo cerrado secundario a accidente de tráfico en 2 pacientes (33%), mientras que en los 4 (77%) restantes fue un traumatismo abierto. Como hallazgo clínico presentaron todos los casos dolor abdominal especialmente epigástrico. El diagnóstico se realizó mediante prueba de imagen en 2 pacientes (33%), en otros 3 pacientes (50%) se realizó laparotomía exploradora directamente debido a la inestabilidad hemodinámica que presentaban. En una paciente se sospechó la lesión pancreática 48 horas después del traumatismo por persistencia del dolor abdominal y elevación de las cifras de amilase y amilasa, lo que se confirmó mediante la realización de tomografía computarizada. El 83% de los pacientes presentaban lesiones asociadas. Se optó por tratamiento conservador en un paciente que presentaba una contusión pancreática asociada a fractura compleja de pelvis, sacro y vértebras lumbares, con buena evolución clínica. Los otros 5 pacientes (83%) fueron intervenidos de forma urgente. Se hallaron dos secciones pancreáticas que precisaron de pancreatocetomía corpocaudal. En los otros tres casos la lesión pancreática consistía en una contusión realizándose lavado, drenaje y tratamiento de las lesiones asociadas. Se complicaron el 33% de los pacientes (2), ambos presentaron una fístula pancreática que se resolvió con tratamiento conservador. No hubo ninguna mortalidad. La estancia media fue de 31, 60 + 15,74 días.

Conclusiones: El TP continúa siendo un reto diagnóstico-terapéutico. Primero por la falta de signos o síntomas específicos, lo que conlleva en ocasiones a un retraso diagnóstico. Dada la frecuente asociación con lesiones viscerales el diagnóstico se realiza en muchas ocasiones durante una laparotomía exploradora. Si el paciente está estable, la tomografía computarizada puede delinear el daño o la sección pancreática. En segundo lugar por el tratamiento, que variará ampliamente dependiendo del tipo de lesión pancreática que presenten según el Organ Scale Injury, desde el drenaje externo en pacientes con contusiones pancreáticas hasta la necesidad de duodenopancreatocetomías cefálicas en lesiones tipo V. La mayoría de los pacientes tienen una evolución satisfactoria y salvo que presenten lesiones asociadas, la mortalidad es rara.

P-339. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRAUMATISMO HEPÁTICO GRAVE

T. Sánchez Rodríguez, A. Vaquero, C. Camarero, Y. M.al-Lal, R. Franco, M. Cuadrado, L. Bernardos, M.D. Pérez Díaz, J.M. Monturiol, J. de Tomás y F. Turégano

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: El traumatismo hepático grave (grado IV-V) es poco frecuente, se asocia con una elevada mortalidad y su tratamiento continúa siendo un desafío para el cirujano. El objetivo de nuestro estudio es analizar el manejo de los pacientes con traumatismo hepático grave en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo observacional realizado en un periodo de 17 años (julio 1993-julio 2010). Se han analizado las características demográficas, mecanismo de lesión, lesiones asociadas, complicaciones, gravedad según ISS y NISS y mortalidad.

Resultados: Se registraron 235 pacientes (12,8%) con traumatismo hepático, 33 (14,04%) con traumatismo hepático grave (grado IV-V), de un total de 1.825 pacientes. El 69% fueron varones, con una edad media de 33 años (\pm 14). Predominó el traumatismo cerrado (63,6%) frente al traumatismo penetrante (36,4%). Las escalas de gravedad fueron un ISS medio de 31,06 (\pm 19,9) y un NISS medio de 33,03 (\pm 19,2) El 52% de los pacien-

tes llegaron al servicio de urgencias en estado de shock. Como pruebas complementarias se realizaron 14 tomografías computarizadas y 7 ecografías abdominales. La lesión asociada más frecuente fue el traumatismo torácico 22, seguido por el traumatismo esquelético 11 y la lesión vascular 7. Todos los pacientes fueron operados, realizándose: 7 packing, 3 packing con reparación de lesión hepática, 2 hepatectomías, 10 reparaciones mediante sutura hepática y 10 control de lesiones hepáticas mediante hemostasia, un trasplante hepático. El 24% de los pacientes tuvo complicaciones postoperatorias, las más frecuentes fueron el sangrado 3, necrosis hepática 2 y fístula biliar 2. Se reintervinieron 6 pacientes. La mortalidad fue del 48,5% (16 pacientes) falleciendo el 21,2% (7 pacientes) de ellos a la llegada, siendo el mismo porcentaje (21,2%) los que fallecieron en quirófano, por lo que hasta un 42,4% fallecieron durante las primeras 24 horas. No obstante, se registró una supervivencia del 51% de los pacientes.

Conclusiones: El traumatismo hepático grave (grado IV-V) es poco frecuente en nuestro medio y se asocia a una elevada tasa de mortalidad. Además de la angioembolización, el tratamiento quirúrgico urgente es necesario en un porcentaje de pacientes, incluyendo la realización de packing y reparación primaria de las lesiones hepáticas. La tasa de supervivencia registrada en nuestro centro es del 50% de los pacientes.

P-340. PSEUDOANEURISMAS ESPLÉNICOS. COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

K. Cuiñas León, M. Pérez-Seoane, L. de Gregorio Muñoz, A. García Pavía, B. Laiz Diez, M. Jiménez Garrido, M.D. Chaparro Cabezas, L. Giménez Alvira, F. Martínez Arrieta y V. Sánchez Turrión

Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con pseudoaneurismas esplénicos postraumáticos y su manejo no quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 60 años remitido a urgencias tras accidente de tráfico a alta velocidad, sufriendo caída sobre su hemicuerpo izquierdo. A su llegada presentaba cifras tensionales de 120/70 con una frecuencia cardíaca de 90 lpm, saturación de oxígeno de 95% y un GCS 15/15. En exploración física destaca importante dolor abdominal a nivel de hipocondrio izquierdo con defensa y peritonismo. Dada su estabilidad hemodinámica, se decide realizar una TC toraco-abdomino-pélvico donde se evidencia fractura del cuerpo esplénico con alteración parcheada de la densidad de todo el parénquima en relación con laceraciones y contusiones, así como hematoma periesplénico y hemoperitoneo asociados. El paciente permanece ingresado en UCI para seguimiento clínico, analítico y radiológico, donde se mantiene hemodinámicamente estable y con cifras de hemoglobina en torno a 10 g/dL. En la ecografía esplénica de control se evidencia una imagen sugestiva de fístula arteriovenosa, y tras la realización de angioTC y arteriografía se confirma la existencia de varios pseudoaneurismas traumáticos, siendo el de mayor tamaño a nivel del hilio esplénico. Se realiza embolización de éste con hidrocoils metálicos, apreciándose la exclusión de los mismos y ausencia de perfusión en aproximadamente 50% del bazo. El paciente es dado de alta asintomático tras 28 días de ingreso, para continuar el seguimiento de forma ambulatoria. A los 19 días acude a urgencias por fiebre y disnea de 2 días de evolución, sin dolor abdominal ni alteraciones analíticas destacables. Se le realiza una TC abdominal que es informado de "abscesificación de una región de infarto esplénico postembolización", por lo que se inicia antibioterapia empírica y drenaje percutáneo de la colección, siendo su evolución favorable hasta el momento.

Discusión: El bazo es el órgano intraabdominal más frecuentemente lesionado tras un traumatismo abdominal cerrado. Sin embargo los pseudoaneurismas postraumáticos son complicaciones poco frecuentes. La angiografía esplénica seguida de embolización arterial es una alternativa segura y efectiva para su tratamiento en el 85% de los pacientes con respecto a la cirugía, pero no queda exenta de riesgos, como el desarrollo de abscesos esplénicos. En el pasado la antibioterapia y la esplenectomía eran los únicos tratamientos disponibles para los abscesos esplénicos, con una alta tasa de mortalidad (14%). Actualmente el drenaje percutáneo de los mismos se considera como primera línea de tratamiento en pacientes seleccionados, con una tasa de éxito del 51-72%. En este caso demostramos la importancia del seguimiento radiológico de las lesiones esplénicas, para iniciar el tratamiento adecuado de manera precoz. Con el desarrollo de las técnicas diagnóstico-terapéuticas de la radiología intervencionista se puede tratar las lesiones esplénicas en pacientes hemodinámicamente estables evitando la morbilidad asociada a la esplenectomía, como déficits inmunológicos y riesgo de sepsis bacteriana.

P-341. ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN HERIDAS PENETRANTES DE CUELLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Etxebarria Beitia, P. Gómez García, I. Vilar Achabal, V. Atín del Campo, C. González Serrano, I. Iturburu Belmonte, B. Uriarte Bergara, M.I. Cruz González, S. Ruiz Carballo, M. García Carrillo y A. Gómez Palacios

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: Las heridas penetrantes de cuello (HPC) son poco frecuentes, pero al encontrarse en la zona estructuras vitales, pueden poner en riesgo la vida del paciente de forma inmediata, por lo que su correcto manejo un desafío hasta para los cirujanos más expertos.

Caso clínico: Varón de 21 años acude al servicio de urgencias por herida en hemicuello anterior izquierdo tras haber recibido un disparo de escopeta de aire comprimido (proyectil). Atendido por el bloque-traumato-quirúrgico que informa de: lesión en cuello anterior izquierdo de 5 mm, con proyectil visible en radiografía simple e imposibilidad de extraerlo mediante maniobras directas con pinza de Kocher. Transcurridas unas horas el paciente es valorado por el servicio de cirugía, quien solicita TC cervical, informándolo de proyectil entre yugular interna y carótida con apoyo sobre la misma. Con la colaboración del servicio de cirugía cardiovascular se procede a exploración quirúrgica bajo anestesia general, control vascular carotideo y se extrae el cuerpo extraño sin incidentes.

Discusión: El 93% de las HPC corresponden a heridas de arma blanca (37%) o de fuego (56%). El 90% aparecen en varones adolescentes. La mortalidad oscila del 0-11%, siendo el 50% de las muertes prevenibles. Según la clasificación de Room-Christensen el cuello se divide anatómicamente en 3 zonas, siendo la zona II la más frecuentemente comprometida (67%) y menos nociva, frente al 13 y 20% de las zonas I y III respectivamente. Dado el riesgo de lesiones vasculares ocultas en pacientes asintomáticos en regiones I y III, es imprescindible realizar arteriografía diagnóstica y/o terapéutica; mientras que en las de la zona II, bastará con examen físico y/o TC cervical helicoidal trifásico, si sospechásemos lesión vascular. La conducta a seguir la determina el estado del paciente (ABC) y la región del cuello lesionada. Existe unanimidad en la necesidad de IQ urgente en pacientes inestables, existiendo controversia (exploración quirúrgica sistemática vs selectiva o actitud expectante) en esta-

bles. El manejo selectivo del trauma penetrante del cuello, apoyándose en la exploración física y estudios complementarios, puede disminuir el porcentaje de exploraciones negativas (30 al 89%). Sus detractores argumentan que esto puede ser peligroso debido a que el examen físico es poco preciso para la detección de lesiones que potencialmente pueden poner en riesgo la vida, el incremento del costo en el manejo, en contraposición con la baja morbilidad que tiene la exploración cervical. No obstante, está absolutamente contraindicada toda maniobra inicial "a ciegas" dirigida exclusivamente a la búsqueda y extracción del proyectil.

P-342. MANEJO CONSERVADOR DEL TRAUMATISMO ESPLÉNICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN UN AÑO

L. de Gregorio Muñoz, A. García Pavia, K. Cuiñas León, N. Farhangmehr Setayeshi, M. Pérez-Seoane de Zunzunegui, A. Sánchez Ramos, B. Laiz Díez, J.G. García Schiever, M. Cea Soriano, J.L. Lucena de la Poza y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: La evolución en el manejo del traumatismo esplénico hacia la conservación esplénica ha sido motivo de controversia. Realizamos un análisis retrospectivo de la incidencia y resultados de las lesiones esplénicas en nuestro centro a lo largo de 1 año, con el fin de examinar el efecto de esta política conservadora en los pacientes y sus implicaciones.

Material y métodos: Se recogieron retrospectivamente los datos demográficos, tipo de lesión esplénica, graduación según TC, necesidad de transfusión, hallazgos operatorios y seguimiento de los pacientes atendidos con traumatismo esplénico desde enero de 2010 a enero de 2011.

Resultados: Durante el periodo comprendido entre enero de 2010 y enero de 2011, se ingresaron 11 pacientes con diagnóstico de traumatismo esplénico. Dos de ellos fueron intervenidos de forma urgente, otros 9 se manejaron de forma conservadora. Siguiendo la clasificación de TC según Buntain, la mayoría de los pacientes manejados de forma conservadora presentaban un grado I-II. De los pacientes intervenidos, uno presentaba un grado III y otro un grado II. El uso de hemoderivados fue necesario en ambos pacientes intervenidos. En términos generales, los pacientes manejados de forma conservadora no requirieron hemotransfusión, a excepción de un paciente, bajo tratamiento con anticoagulantes orales, que presentaba una rotura esplénica diferida junto con otras lesiones traumáticas, y que requirió 4 concentrados de hemafís espaciados a lo largo de su ingreso. Los 9 pacientes manejados de forma conservadora tuvieron una estancia hospitalaria más larga (media de 14,8 días). El seguimiento al alta del grupo no intervenido se hizo en 6 de los 9 casos por medio de TC. Tan sólo 3 de ellos fueron controlados mediante ecografía.

Conclusiones: Hasta hace unos años, el tratamiento aceptado para el traumatismo esplénico, incluso con lesiones menores, era la esplenectomía. Tras el reconocimiento del papel inmuno-

lógico del bazo y la conciencia sobre la sepsis postesplenectomía, existe una tendencia creciente hacia el manejo conservador del bazo. El manejo conservador del traumatismo esplénico en adultos es factible con unos resultados aceptables. Aunque el TC se considera como "gold standard" en la detección y evaluación inicial del traumatismo esplénico, la ecografía puede jugar un papel protagonista en el seguimiento por imagen evitando la exposición a radiación ionizante.

P-343. ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA POR HEMANGIOMA DE CÉLULAS LITORALES

A.J. Pérez Alonso, C. del Olmo Rivas, I. Machado Romero, M. Corominas Cishek, C. Garde Lecumberri, R. Molina Barea, V.M. Ruiz García y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La asociación entre angioma de células litorales y hematopoyesis extramedular es poco conocida. Nunca se ha descrito a ambas en asociación con rotura esplénica espontánea como presentación del cuadro clínico. Su etiología y fisiopatología es aún desconocida.

Material y métodos: Presentamos una paciente de 54 años de edad que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal súbito y decaimiento tras estornudo espontáneo. No presentaba antecedentes personales ni familiares conocidos. A su llegada se objetiva niveles de tensión arteriales bajos (80/50) con aumento de la frecuencia cardíaca (120). Presentaba dolor abdominal generalizado. Ante los hallazgos se decide realizar TAC abdominopélvico con contraste, que informo de abundante líquido intraabdominal (sangre) y presencia de estallido esplénico. Se realiza Laparotomía urgente confirmando los hallazgos del TAC, con hemoperitoneo de 3 litros y estallido esplénico con múltiples fracturas en su superficie. Por tanto se realiza esplenectomía total.

Resultados: EL postoperatorio transcurre sin incidencias, siendo dada de alta la paciente a los tres días postoperatorios. La causa etiológica del estallido se estableció a la llegada del informe de Anatomía Patológica, con diagnóstico de angioma de células litorales con hematopoyesis extramedular. El seguimiento y evolución se realizó por parte del servicio de Medicina Interna para estudio de neoplasias y afecciones asociadas.

Conclusiones: La asociación de angioma de células litorales con hematopoyesis extramedular como hemos mencionado es muy infrecuente, solamente hay un caso descrito en la bibliografía. Cabe mencionar, que la presentación del cuadro a través de rotura esplénica espontánea tras un mínimo esfuerzo (estornudo) es raro, no habiendo sido descrito con anterioridad en la literatura. Teniendo en cuenta que esta forma de angioma esplénico a veces se da en asociación con trastornos hematológicos (anemia aplásica, sd., mielodisplásico), cirrosis hepática, y con otros procesos sistémicos de naturaleza infecciosa, neoplásica o autoinmune sería recomendable estudio clínico y hematológico del enfermo para descartarlos

Comparación entre el grupo intervenido y el grupo no intervenido.

	Manejo quirúrgico	Manejo conservador
Número de pacientes	2	9
Edad media (rango) [años]	45,5 (43-48)	50,2 (20-77)
Unidades de sangre requeridas	2	0,4
Estancia media hospitalaria (rango) [días]	12,5	14,8

P-344. FRACTURA DE PÁNCREAS CON LESIÓN DE WIRSIUNG TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO. MANEJO CONSERVADOR

B. Moreno Flores, A. Prat Calero, J.L. Rueda Martínez, A.S. Valero Liñán, M. Abad Martínez, J. Cifuentes Tebar, J.A. González Masiá, D. García Picazo, J.I. Miota de Llama, P. Capilla y M. Genovés Crespo

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción: Las fracturas traumáticas del páncreas son lesiones raras pero graves. La fractura aislada es poco frecuente. La exploración física y analítica son generalmente inespecíficas y el retraso en el diagnóstico puede ocasionar graves complicaciones. Exponemos el caso de un varón de 23 años con fractura traumática de tercio medio de páncreas que se complicó con la formación de un pseudoquistes, decidiendo tratamiento conservador.

Caso clínico: Varón de 23 años que acude a Urgencias tras sufrir accidente de coche sin cinturón. A la llegada estaba consciente y orientado. La TC toracoabdominal presenta contusión de polo inferior esplénico, hematoma adrenal izquierdo, hemoperitoneo en pequeña cantidad, laceración en zona pancreática, fracturas desplazadas de apófisis transversas derechas desde L1-L4 y fractura de 9° arco costal izquierdo. El paciente ingresa en Cirugía para observación permaneciendo hemodinámicamente estable durante su estancia. A los tres días de ingreso se realiza colangiograma que confirma sección completa del Wirsung en la unión tercio medio-distal con un gap de 10 mm. En TC de control a los 15 días se objetiva colección intrapancreática de 1,8 x 1 cm. Durante el ingreso evoluciona favorablemente permaneciendo asintomático por lo que se decide alta hospitalaria. El paciente es seguido en Consultas Externas de Cirugía General donde se realiza nueva colangiograma y TC de control a los 2 meses que informan la persistencia de una colección en unión cuerpo-cola pancreática y con la aparición de un nuevo pseudoquistes en cola pancreática de 6 x 4 cm. Ante estos hallazgos y dada la estabilidad hemodinámica del paciente se decide tratamiento conservador. El paciente continúa en seguimiento en Consultas Externas y hasta el momento permanece asintomático.

Discusión: Las lesiones aisladas de páncreas son infrecuentes, ocurriendo sólo en el 2% de los traumatismos abdominales. La muerte ocurre hasta en un 75% en las primeras 48 horas, generalmente por lesiones asociadas. Alrededor del 75% de las lesiones pancreáticas son simples: hematoma, lesión de la cápsula o lesiones del parénquima, sin la participación del conducto principal. La integridad del conducto pancreático principal es uno de los factores más importantes para determinar el resultado de pacientes con lesiones pancreáticas, aumentando la incidencia de complicaciones, especialmente las fístulas pancreáticas y pseudoquistes. El diagnóstico y el tratamiento de lesiones de páncreas después de un traumatismo abdominal cerrado es muy difícil por la falta de signos físicos, su ubicación retroperitoneal y la falta de fiabilidad de las pruebas diagnósticas. La amilasa no es específica (E) ni sensible (S) para el diagnóstico de páncreas lesiones. Cifras elevadas no se correlacionan con la gravedad del cuadro. El papel de una TC tras traumatismos cerrados está bien establecido, con una sensibilidad del 91%. La colangiograma es capaz de evaluar lesiones pancreáticas con una alta S y E, especialmente en aquellos casos con sospecha de afectación ductal. Esta técnica evita los riesgos de pancreatitis, hemorragia gastrointestinal y perforación asociados con la CPRE. El tratamiento quirúrgico del trauma pancreático sigue siendo discutible. En pacientes estables sin indicación de laparotomía, la inhibición de las secreciones exocrinas de forma aguda, puede reducir la inflamación peripancreática y la necrosis.

P-345. TRAUMATISMO ESPLÉNICO GRADO IV RESUELTO MEDIANTE ABORDAJE ENDOVASCULAR

M.L. Ruiz Juliá, C. Martín Jiménez, F. de Abajo Miranda, J. Moreno Machuca, P. Sevilla Molina, E. Cáceres Fábrega y A. Galindo Galindo

Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme, Sevilla.

Introducción: Tras traumatismo abdominal cerrado, el bazo es uno de los órganos más frecuentemente lesionados. El diagnóstico y la premura en el manejo de una hemorragia que suponga riesgo potencial para la vida es el principal objetivo, siendo la preservación de la función esplénica un aspecto secundario. Presentamos un paciente con traumatismo esplénico grado IV, cuyo manejo conservador mediante embolización angiográfica fue llevado a cabo con éxito.

Caso clínico: Varón de 29 años que acude a Urgencias por politraumatismo toraco-abdominal por accidente de tráfico. Como antecedentes personales médico-quirúrgicos destacar consumidor ocasional de hachís e intervenido de hernioplastia inguinal bilateral. A la exploración aceptable estado general, consciente, orientado y colaborador. Escala de Glasgow de 15. Afebril. Gran hematoma en el párpado superior y mejilla derecha, así como restos de sangre en fosas nasales. Estable hemodinámicamente. En la auscultación cardiorrespiratoria, disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. El abdomen blando, depresible, ligeramente distendido, no doloroso a la palpación y sin signos de irritación peritoneal; sin palpase masas ni megalias. Analíticamente hemoglobina 14,1 g/dl, leucocitos 15.400 K/ μ L, neutrófilos 13,19 K/ μ L (83,1%). Glucosa 125 mg/dl, urea 25 mg/dl, creatinina 0,87 mg/dl, sodio 142 mEq/L, potasio 3,7 mEq/L, creatinina total de 2.321 U/L y LDH 380 U/L. Test de tóxicos en orina positivo para cocaína, tetrahidrocannabinol y benzodiazepinas. En la exploración radiológica fracturas de escápula izquierda, de cuarto a sexto arcos costales izquierdos y arco posterior de primera costilla, de las apófisis transversas lumbares izquierdas de L1 a L5, y signos de contusión pulmonar bilateral. En TAC toracoabdominal se confirmaron las fracturas mencionadas; objetivándose neumotórax izquierdo y neumatoceles en relación con quistes postraumáticos bilaterales; en el bazo se apreciaban múltiples trayectos de fracturas, que respetaban el hilio y mínima cantidad de sangre periesplénica, no poniéndose de manifiesto hematoma subcapsular; hematoma retroperitoneal. Ante la estabilidad hemodinámica, se decidió su ingreso en UCI con la decisión de actitud expectante. En TAC de control se evidenció pseudoaneurisma intraesplénico de 5 cm de diámetro en polo inferior, cuyo borde medial contactaba ampliamente con la cápsula esplénica. Valorado por Cirugía Vasculosa se decide realizar arteriografía terapéutica con embolización selectiva del pseudoaneurisma por vía femoral, sin incidencias, y con TAC post-embolización sin imágenes de fuga de contraste, con imagen hipodensa puntiforme compatible con burbuja de gas en su interior, secundaria al procedimiento intervencionista realizado. Su evolución fue favorable con estabilidad clínica y hemodinámica, con alta hospitalaria a los 21 días del ingreso. En último TAC habían desaparecido los hallazgos de laceraciones y hematoma esplénico.

Discusión: El grado de lesión y la cantidad de hemoperitoneo se relaciona con el éxito del manejo conservador. Los pacientes hemodinámicamente estables con bajo grado (I-III) de lesiones sin ninguna evidencia de otra lesión intraabdominal o extravasación activa de contraste, pueden ser inicialmente observados de manera segura, lesiones mayores se asocian significativamente a fallo del manejo conservador. La embolización esplénica es considerada una medida protectora para reducir el fallo del manejo no operatorio.

P-346. TRAUMA ABDOMINAL CERRADO CON LESIÓN DE VARIOS ÓRGANOS SÓLIDOS. ¿ES POSIBLE EL TRATAMIENTO NO OPERATORIO?

M. Gutiérrez Andreu, P. Yuste García, A. Beteta Gorriti, A. Pérez Zapata, I. Osorio Silla, C. Miñambres Cabañés y F. de la Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Las indicaciones del manejo no operatorio en el trauma cerrado están aumentando en los últimos años fundamentalmente basadas en la estabilidad hemodinámica del paciente y no en el grado de lesión de los órganos afectados. Los avances en las unidades de cuidados intensivos, la utilización de la arteriografía con embolización así como el manejo multidisciplinar y el seguimiento de protocolos hacen posible el manejo conservador de las lesiones de órganos sólidos. Presentamos un caso de trauma cerrado con lesión de alto grado hepático, esplénico y renal en el que se realizó tratamiento no operatorio.

Caso clínico: Hombre de 38 años de edad que ingresa en nuestro centro tras sufrir un atropello. En la asistencia inicial se objetiva TA: 90/60 mmHg, FR 14 rpm, GCS 14. En el hospital presenta inestabilidad hemodinámica que responde a la administración de volumen y hemoderivados. Se realiza eco FAST que demuestra moderada cantidad de líquido libre. Ante la buena respuesta hemodinámica se realiza TC toracoabdominal que se informa como estallido esplénico con hematoma periesplénico sin lesión vascular, laceración y contusión hepática en seg. VI de 7,5 cm con imagen sugerente de hemorragia activa. Laceración de tercio medio de riñón derecho sin signos de lesión de vía excretora, hematoma perirrenal y lesión de 3 cm en suprarrenal derecha. Seguidamente se realiza arteriografía donde se objetiva fístula arteriovenosa hepática, realizando embolización. Ante la estabilidad hemodinámica del paciente se decide manejo no operatorio. Durante su evolución en UVI (5 días) el paciente permanece hemodinámicamente estable y sin signos de irritación peritoneal. En planta presenta infección de catéter central que se retira, y trata con antibiótico. Resto de evolución sin incidencias. Se realiza TC de control a los 12 días tras ingreso, informado como importante mejoría, hematoma en resolución en seg. VI y VII hepáticos, contusiones y laceraciones esplénicas en resolución, hematoma adrenal derecho, hematoma de 10 × 8,5 × 12,5 cm en riñón derecho sin signos de sangrado. El paciente es dado de alta a los 20 días del ingreso afebril, con buen control analgésico, buena tolerancia oral y sin signos de anemización. A los 4 meses se realiza nuevo TC informado como resolución completa de la lesión hepática y esplénica y clara disminución del hematoma renal. Asintomático y realizando su actividad habitual.

Discusión: El grado de lesión del órgano sólido y/o la presencia de líquido libre intraabdominal no deben de ser criterios absolutos de cirugía urgente. El tratamiento no operatorio puede ser eficaz en pacientes hemodinámicamente estables con lesión de varios órganos sólidos en el trauma cerrado, siempre que el centro disponga de la experiencia y los medios necesarios (TC, UVI, arteriografía y cirugía) para el correcto tratamiento durante las 24h.