



## P-663 - MANEJO CONSERVADOR EN TRAUMATISMO ESPLÉNICO IATROGÉNICO POR INSERCIÓN DE TUBO DE TÓRAX

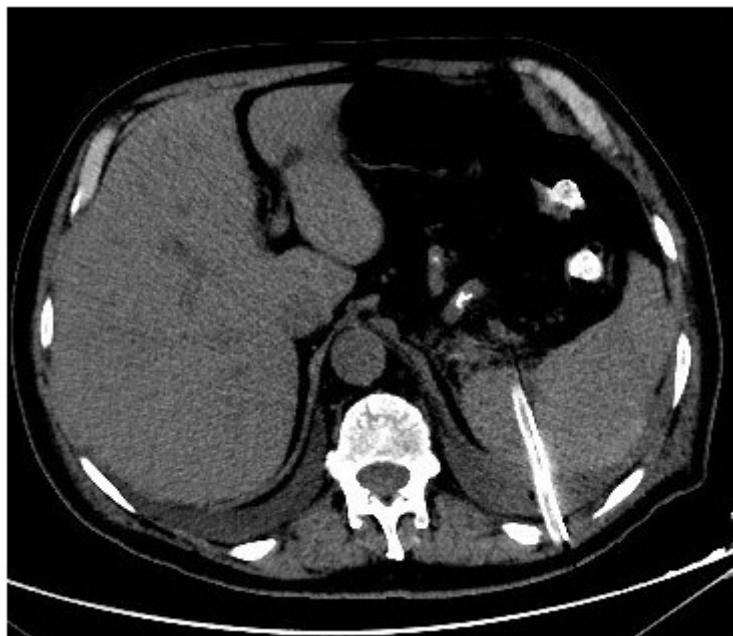
Gutiérrez Corral, Natalia<sup>1</sup>; García Gutiérrez, Carmen<sup>2</sup>; González Sanmartino, Susana<sup>2</sup>; García Bear, Isabel<sup>1</sup>; Aguado Suárez, Nuria<sup>1</sup>; Fernández Arias, Sebastián<sup>2</sup>; García Flórez, Luis Joaquín<sup>2</sup>; Pire Abaitua, Gerardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Agustín, Avilés; <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

### Resumen

**Introducción:** El riesgo de sepsis postesplenectomía y las potenciales complicaciones de una laparotomía en pacientes complejos hacen que cada vez se abogue más por un manejo conservador del trauma esplénico. Es por ello, que nuestro objetivo es dar a conocer una indicación poco habitual de este manejo y la técnica empleada en su resolución.

**Caso clínico:** Paciente varón de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial y úlcera duodenal diagnosticado hace 3 meses de adenocarcinoma de colon sigmoides estadio IV con masa metastática pulmonar izquierda a tratamiento con quimioterapia oral que ingresa por fiebre. Los estudios revelan un empiema pulmonar izquierdo y se decide tras toracocentesis positiva colocar tubo de tórax. Ante la ausencia de débito por el tubo se realiza TAC toracoabdominal hallándose un mal posicionamiento del drenaje con tubo torácico atravesando el polo superior del bazo llegando su extremo distal al hilio esplénico, sin signos de sangrado intraesplénico ni intraabdominal. Dado que el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, sin dolor abdominal y sin descenso en el nivel de hemoglobina se decide realizar arteriografía esplénica observando un pseudoaneurisma intraesplénico en el trayecto del tubo de tórax, cateterizando supraselectivamente la rama de la que depende y embolizando con ónix de forma segmentaria. Se deja colocado el catéter en esta rama y se cateteriza el tubo de tórax con un catéter 4 F que se lleva hasta la punta del tubo y en retirada se administra Glubran® diluido 2/1 con lipiodol. Posteriormente se realiza nuevo control angiográfico donde ya no se demuestra pseudoaneurisma ni sangrado activo. Se colocan nuevamente 2 tubos torácicos para drenaje del empiema. La evolución posterior es satisfactoria manteniéndose asintomática desde el punto de vista abdominal, estable hemodinámicamente y sin anemización. Al quinto día se realiza TAC toracobdominal de control en el que se objetivan cambios secundarios a embolización segmentaria de tercio medio del bazo y pequeño infarto segmentario adyacente al área de embolización. Tras completar tratamiento antibiótico de su proceso neumónico el paciente es dado de alta para seguimiento ambulatorio.



**Discusión:** La inserción de un tubo torácico no está exenta de complicaciones potencialmente graves, entre ellas se encuentra el traumatismo esplénico, que requiere de cirugía urgente generalmente por *shock* hipovolémico. En el caso de estabilidad hemodinámica puede plantearse según la situación y las características del paciente un manejo conservador que prevenga una futura sepsis postesplenectomía u otras posibles complicaciones de la cirugía exérética. La arteriografía con embolización supraselectiva y el relleno del trayecto con cola quirúrgica sintética en la retirada del tubo es una técnica factible que puede ser empleada a tal efecto.