



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-394 - EMBOLIZACIÓN ESPLÉNICA EN LESIONES TRAUMÁTICAS GRADO IV-V. ¿ES NECESARIA? EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO EN EL MANEJO DE LESIONES ESPLÉNICAS EN LOS ÚLTIMOS 14 AÑOS

Lucas Guerrero, Victoria; Lobato Gil, Raquel; González Costa, Anna; Badia Closa, Jesús; Montmany Vioque, Sandra; Rebas, Pere; Luna, Alexis; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El bazo es uno de los órganos más frecuentemente dañados tras traumatismos abdominales. Los pacientes con lesión esplénica hemodinámicamente inestables y aquellos que presenten signos de peritonismo o tengan lesiones asociadas quirúrgicas, requieren cirugía inmediata. En pacientes hemodinámicamente estables se debe optar por un tratamiento conservador. Para aumentar el éxito del tratamiento conservador se ha integrado la embolización esplénica. No hay dudas de la indicación de embolización esplénica ante lesiones esplénicas con signos de *blush*, pseudoaneurismas o fístulas arteriovenosas. La controversia aparece en lesiones grado IV y V sin extravasación de contraste. La hipótesis de nuestro estudio es que la embolización esplénica de las lesiones traumáticas grado IV y V sin signos de sangrado activo, pseudoaneurismas o imágenes de fístula arteriovenosa, disminuye el fracaso del tratamiento conservador.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una base prospectiva, que incluye todos los pacientes con lesiones esplénicas no penetrantes incluidos prospectivamente en nuestro registro de pacientes politraumáticos mayores de 16 años, que ingresan en el área de críticos, desde el año 2006. Multidisciplinariamente se acordó un protocolo donde la indicación de embolización en lesiones esplénicas entre 2006 y 2013 era: pacientes hemodinámicamente estables con cualquier lesión esplénica con evidencia en la TC abdominal de signos de sangrado activo en forma de extravasación de contraste, pseudoaneurismas o fístulas arteriovenosas. A partir del año 2013, se añadieron las lesiones esplénicas grado IV y V con o sin signos de sangrado activo.

**Resultados:** Desde 2006 hasta la actualidad se han registrado 2001 pacientes en nuestra base de datos, con un ISS medio de 19,4 y una mortalidad del 11,2%. Se han incluido en el estudio 170 pacientes con lesiones esplénicas no penetrantes (8,5%) con un ISS medio de 28,7 y una mortalidad de la serie del 17,6%. En el primer periodo (2006-2013) se han incluido 94 pacientes. Un 37,2% (35 casos) de los pacientes necesitó cirugía urgente y un 62,8% (59 casos) recibió tratamiento conservador. En los pacientes que se trataron de forma conservadora, se realizó embolización esplénica en 10 casos (17%). El fracaso global del tratamiento conservador fue del 16,9%: 10 casos sometidos a tratamiento médico (4 precisaron embolización y 6 cirugía) y ninguno de los embolizados. En el segundo periodo (2014-2020), cuando se incluyeron las lesiones esplénicas grado IV y V a las indicaciones de embolización, se han incluido 76 pacientes. El 38,2% (29 casos) de los pacientes precisó cirugía urgente y el 61,8% (47 casos) se trató de manera conservadora. Del grupo conservador, el 40,4% (19 casos) se embolizó de entrada y el resto (28 casos) se trató de forma médica.

Un caso (3,6%) de los tratados médicamente y otro caso (5,3%) de los embolizados fracasaron, por lo que el fracaso global del tratamiento conservador fue del 4,3%.

**Conclusiones:** La embolización de lesiones esplénicas grado IV YV disminuye el fracaso del tratamiento conservador del 16,9% al 4,3%.