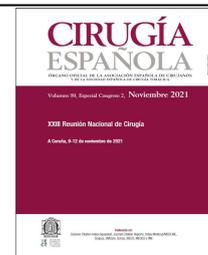




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-658 - PSEUDOANEURISMA INTRAESPLÉNICO POSTRAUMÁTICO

Cabañó Muñoz, Daniel; Teruel Lillo, Irene; Torres Fernández, Rocio; Vargas Fernández, Miguel; Reina Duarte, Ángel

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: El bazo es uno de los órganos más frecuentemente afectados en los traumatismos abdominales cerrados, hasta en un 60% de los casos. El manejo no operatorio del traumatismo esplénico está más extendido gracias al uso de la TC con fase arterial y venosa.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 17 años que tras sufrir un accidente de moto es derivado a nuestro hospital. A su llegada, el paciente se mantiene con buena mecánica respiratoria y estabilidad hemodinámica. Presenta traumatismo costal izquierdo. Se realiza extracción sanguínea con hemoglobina de 14 g/dL y se realiza body-TC en el que se encuentran los siguientes hallazgos: fractura de noveno arco costal izquierdo con pequeño hematoma perirrenal en polo superior de riñón izquierdo y laceración esplénica de más de 3 cm asociado a pequeña cantidad de hemoperitoneo. Se diagnostica de traumatismo esplénico grado III de la AAST o traumatismo moderado por la WSES. Dada la estabilidad hemodinámica del paciente se decide manejo no operatorio e ingreso para vigilancia. A los 7 días del ingreso se realiza TC de control donde se evidencia pseudoaneurisma intraesplénico (fig. 1). Se procede a la realización de arteriografía (fig. 2) con canalización supraseductiva de arteria polar inferior y se emboliza con coils obteniendo buen resultado en control posterior (fig. 3). A los 5 días se repite TC con resultado favorable y el paciente es dado de alta a domicilio. Presenta buena evolución con control radiológico a los 6 meses.



Discusión: El grado de lesión esplénica se puede clasificar por la American Association for the Surgery of Trauma (AAST) en grados del I al V y por la World Society of Emergency Surgery (WSES) en traumatismo leve, moderado y severo. El factor determinante para la decisión en el manejo de este tipo de pacientes es la estabilidad hemodinámica. El manejo no operatorio se podría indicar incluso en traumatismos grado V o grave con estabilidad hemodinámica, aunque el fracaso del mismo se estima entre un 54% y un 87%. En pacientes con evidencia de sangrado activo y estabilidad hemodinámica se recomienda arteriografía-embolización como primera línea de tratamiento independientemente del grado de la lesión. Se recomienda la repetición de la TC durante el ingreso en los pacientes con traumatismo moderado y severo. La TC tiene una sensibilidad del 90% para la identificación de pseudoaneurisma. En presencia de anomalías vasculares tras el traumatismo, como la formación de pseudoaneurismas, está indicada la arteriografía-embolización. La literatura no es concluyente con el lugar de la embolización (proximal o distal). La utilización de *coils* es preferible a los agentes embolizantes líquidos. El manejo no operatorio del traumatismo esplénico requiere una selección adecuada de los pacientes y siempre una vigilancia estrecha bajo supervisión en un centro hospitalario que cumpla los requisitos.