



P-619 - AUTOTRASPLANTE DE BAZO TRAS LA ESPLENECTOMÍA POSTRAUMÁTICA

Santamaría García, Claudia; Gómez Sanz, Ramón; Lavín Montoro, Lucía; Chitty, Madeleine; Trigueros Vázquez, Martín; Gómez Barrena, Alba; García Borda, Francisco Javier; Ferrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El bazo es el órgano sólido más frecuentemente lesionado en traumatismos abdominales cerrados. Su manejo terapéutico depende de la gravedad de la lesión y su repercusión hemodinámica. Se reserva la esplenectomía para aquellos pacientes con lesiones que condicionan inestabilidad hemodinámica. Debido al aumento en la susceptibilidad a infecciones potencialmente mortales posesplenectomía, se vacuna a los pacientes frente a gérmenes encapsulados. La esplenosis es la existencia de tejido esplénico funcionante, en localizaciones heterotópicas bien de forma congénita o por restos esplénicos tras rotura traumática. La viabilidad de estos implantes se demuestra por la disminución de la trombocitosis, los títulos de inmunoglobulinas o mediante técnicas de imagen con Tc-99m. En la idea de no dejar a los pacientes en asplenia, se puede llevar a cabo de manera intencional implantes autólogos de tejido esplénico tras la rotura traumática del bazo. Presentamos un caso en el que se realizaron implantes autólogos esplénicos y revisamos la literatura al respecto.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 39 años, sin antecedentes personales, que tras un accidente de tráfico de alta velocidad precisó estabilización hemodinámica urgente y colocación extrahospitalaria de un drenaje torácico izquierdo. Se realizó un TC toracoabdominopélvico en la que se apreció severa lesión esplénica, hepática, hemoperitoneo y tubo de drenaje endotorácico que atravesaba diafragma y polo superior del bazo. Los radiólogos clasificaron la lesión esplénica como de grado III y la lesión hepática de grado IV según la AAST. Ante la inestabilidad hemodinámica se decidió intervención quirúrgica urgente. A través de laparotomía media suprainfraumbilical se evacuó el hemoperitoneo (500 cc aproximadamente) y se realizó esplenectomía total, hemostasia hepática y sutura de la perforación diafragmática. Tras estos procedimientos se consigue estabilidad hemodinámica y dada la presencia de factores favorables como son el tipo de paciente, la ausencia de comorbilidades o afecciones esplénicas previas y la estabilidad hemodinámica intraoperatoria, se llevó a cabo la realización del autotrasplante de bazo mediante el implante de tres fragmentos esplénicos de 1 cm³, preservados en frío, mediante sutura en bolsas de tabaco en el epiplón mayor. Posoperatoriamente presentó un hematoma de pequeño tamaño en lecho de la esplenectomía que no precisó abordajes terapéuticos. A los 2 meses del alta, fue valorada en consulta constatándose normalización de las cifras de plaquetas desde > 1.000.000/μl a 400.000/μl y ausencia de TC de control de necrosis u otras complicaciones radiológicas de los injertos.

Discusión: La existencia de implantes viables de bazo mediante esta técnica puede proteger a estos pacientes de la susceptibilidad ante infecciones graves de gérmenes encapsulados y en este sentido complementar la inmunidad adquirida mediante la vacunación. Se trata de una técnica sencilla, con una baja tasa de

complicaciones, que puede llegar a reducir la morbimortalidad secundaria a la esplenectomía total.