

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLÍNICO-QUIRÚRGICO
“MANUEL ASCUNCE DOMENECH”
CAMAGUEY**

**Tratamiento no operatorio de los traumatismos esplénicos.
Non operative treatment of splenic traumatism.**

Raúl Koelig Padrón (1), Fidel Rivero Truit (2), Fernando Trujillo Sánchez (3)

RESUMEN

Revisamos las historias clínicas de 83 pacientes que fueron atendidos por traumatismos esplénicos en nuestro hospital en el período comprendido entre enero de 1996 a septiembre del 2002, de esta cifra fueron seleccionados 9 pacientes, ya que otros 2 fueron eliminados por no reunir los requisitos previos para el tratamiento no operatorio de los casos. Nuestros enfermos se trataban pacientes entre la tercera y cuarta década de la vida; el 77,8% eran masculino y el resto femenino. Dos pacientes presentaron lesiones de importancia una fracturas costales y otro de tibia, siendo los mismos a los cuales se le practicó transfusiones sanguíneas. El dolor prevaleció en la clínica de los enfermos mientras que la ecografía abdominal, confirmó el diagnóstico de todos los casos. La evolución de la serie fue muy favorable, lográndose el alta entre los 15 y 25 días.

Palabras clave: TRAUMATISMO ESPLÉNICO/ terapia

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital “Manuel Ascunce Domenech”, Especialista de Segundo Grado en Cuidados Intensivos. Profesor Instructor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey.
2. Especialista de I Grado en M.G.I. Intensivista. Jefe de Servicio. U.C.I.M. Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos Adulto. Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” Ciego de Ávila.

INTRODUCCIÓN

Hasta fecha reciente el tratamiento clásico de la ruptura esplénica había sido exclusivamente la Esplenectomía. Se fundamentaba esta actitud en la relativa sencillez así como el desconocimiento de las funciones esplénicas (1).

Es a partir de 1952 con los trabajos de King y Shumaker(2) que se empieza a relacionar la ausencia de bazo con la aparición de complicaciones sépticas inmediatas o tardías primero en niños(3) y después en adultos(4). Ello obligó a los cirujanos a mantener una actitud conservadora frente a la ruptura esplénica con el objetivo de preservar la función inmunológica del mismo(5). Entre las alternativas quirúrgicas más frecuentes usadas están la esplenectomía parcial, la esplenorrafia, el empleo de agentes hemostáticos (colágeno, fibrina), y ligadura de la arteria esplénica. Entre otros métodos fueron los cirujanos de Toronto (Canadá) los primeros en proponer la observación sin operación primero en niños(6) y actualmente generalizada en adultos (7).

El objetivo de este trabajo es exponer nuestros resultados en los pacientes con traumatismos del bazo en nuestro hospital y los cuales no fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

MÉTODO

Desde enero de 1996 hasta septiembre del 2002 fueron atendidos un total de 83 pacientes con trauma esplénico en nuestro hospital. De esta cifra fueron seleccionados, según sus características, 11 pacientes a los cuales se les practicó tratamiento conservador. Uno de estos pacientes fue posteriormente excluido del estudio por considerar que no cumplía con los parámetros establecidos y otro paciente se consideró un fracaso de este tipo de tratamiento. Del total de pacientes 83, solo 9 de ellos fueron tratados conservadoramente (10,80%). De estos pacientes hemos estudiado las siguientes variables: edad, sexo, si el paciente presentó otras lesiones de importancia, la clínica, si el enfermo requirió o no transfusiones de sangre, si la ecografía corroboró el diagnóstico, y si la evolución fue o no favorable. Por la selección de dichos pacientes se creó un protocolo donde se establecieron los criterios de selección para ser incluidos en este estudio y que fueron:

- a) Acuerdo entre GBT de Cirugía y colectivo de Politrauma.
- b) Trauma abdominal o abdomino torácico cerrado.
- c) No sospecha de otra lesión intrabdominal.
- d) Ausencia de inestabilidad hemodinámica.
- e) Diagnóstico de la lesión esplénica aislada confirmada por ecografía.

Además se creó un esquema de tratamiento para ser uniforme en la conducta a seguir con los casos seleccionados. (ver anexo).

RESULTADOS

Nuestros pacientes se encontraban entre la segunda y tercera década de la vida siendo más frecuentes entre 35 – 44 años en 4 casos (44,4%), 3 de ellos tenían 25 – 34 años (33,3%) y el resto, 2 eran los más jóvenes es decir edades entre 15 – 24 años (22,2%), de todos esos enfermos 7 eran del sexo masculino (77,2%) y 2 del sexo femenino para un (22,2%); sólo en dos ocasiones se encontraban asociadas lesiones de importancia lo que representó (22.2%) y correspondieron a fracturas costales y tibial.

La clínica fue dada fundamentalmente por el dolor en el 100% de los casos como es de suponer debido a la injuria recibida por los pacientes; sólo en dos ocasiones (22,2%) se utilizó reposición de sangre dada las características del trauma. Es de señalar que aparte de la clínica de sospecha el diagnóstico se fundamentó Específicamente en la ecografía abdominal la cual fue positiva en los 9 pacientes tratados. Debemos señalar que con excepción de los dos pacientes retirados de esta investigación los 9 casos tratados por este método presentaron una evaluación favorable recuperándose en tiempo satisfactorio y con muy escasas complicaciones (Tabla 1).

DISCUSIÓN

La lesión esplénica de los pacientes seleccionados fue sospechada por antecedentes del trauma, y la clínica y fue confirmado por el estudio ultrasonográfico; la cual demostró lesión esplénica con imágenes limitados al cuadrante superior izquierdo del abdomen y los cuales consistieron en líquido periesplénico libre, imagen de ruptura esplénica del polo, pero nunca se seleccionó algún caso que presentaba líquido libre en cavidad.

Aunque la mayoría de los autores (8) indican a la tomografía axial computarizada (TAC) como indispensable para la selección, nosotros solo la realizamos en 4 oportunidades y los resultados confirmaron lo encontrado en el estudio ultrasonográfico, que siendo para otros investigadores (9) el método de selección en el diagnóstico.

En tres pacientes se realizó punción abdominal al ingreso siendo en todos los casos negativa. La hemoglobina no descendió de 9g/l en ninguno de los pacientes y solo 2 de ellos (22,2%) necesitaron de transfusión coincidiendo esto con lesiones asociadas del tipo de fracturas

costales en uno y fractura de tibia en otro. En los pacientes transfundidos no se utilizaron más de dos unidades recuperando la normalidad después de este proceder, lo cual está acorde a los resultados de Rodríguez Montes y Cols (10). A todos los pacientes se les practicó un monitoreo clínico con evaluación inicial cada 4 horas se les suspendió la vía oral por 24 – 48 horas y se prescribió hidratación parenteral como antibiótico profiláctico, lo cual es señalado en estos pacientes por otros autores. (11).

La dificultad respiratoria atribuida al traumatismo y la existencia de fractura costal, la cual es señalada por otros trabajos (12), nosotros los verificamos en 2 ocasiones los cuales cedieron con aerosol terapia y analgésicos. Verificada la normalidad por la clínica, ecografía abdominal y radiografía de tórax y partes óseas fueron dados de alta entre 10 y 20 días, coincidiendo con otros trabajos que señalan una estadía similar para los pacientes no operados (10,13).

CONCLUSIONES

- El estudio no es posible realizarlo si no se establece un convenio entre las unidades de atención al grave y el servicio de cirugía.
- La mayoría de los pacientes fueron jóvenes, (tercera y cuarta década de la vida) y del sexo masculino.
- El dolor fue el síntoma que más se presentó entre nuestros enfermos.
- El ultrasonido abdominal es imprescindible como medio diagnóstico y de seguimiento en este tipo de estudio.
- El riesgo de fracaso es mínimo si se toman en cuenta todas las medidas que requiere este seguimiento y coincide con los reportes internacionales.

ABSTRACT

Clinical records of 83 patients who were treated by splenic traumatism in our hospital in the period within January 1999 to September 2002, of the figure 9 patients were selected 2 were eliminated because they didn't accomplish previous requisites for non operative treatment of cases. Our patients were among the third and four decade of life; 77,8% were male and the rest were female. Two patients presented important injuries, one presented rib fracture an other tibial fracture they were also transfused. Pain prevailed in patients while abdominal echogram confirmed the diagnosis, in all cases the evolution of the serie was favorable being discharged among 15 and 25 days.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Farcía Q. Rate in conservative treatment of the traumatic splenic lesions. Rev Asoc Med Argent 1995; 108 (3):8-13.
2. King H, Shomaker H. Susceptibility to infection after splenectomy performant. Ann Surg 1952;136:239–42.
3. Espinosa González R. Won surgical treatment of liver and spleen trauma: Clinical experience. Rev Med Chile 1998;126(6):677–82.
4. Hebler R, Ward R, Miller P, Benmenachen Y. The management of splenic injury. J Trauma 2001;43:492–8.
5. Oakes D. Splenic trauma. Curr Prob Surg 2001;40:342–9.
6. Douglas G, Simpson J. The conservative management of splenic trauma. J Pediatr Surg 1991;27:565–8.
7. Wilkinson A. Rupture of the spleen: a report of 90 cases. Afr J Surg 2001;31:149–54.
8. Klinkert P, Kluit A. Role of ultrasound in diagnosis treatment and monitoring. Eur J Surg 1991;165(7):712–6.

9. Karp M, Cuoney D, Berger P, Jun J, Jewett T. The role of computer tomography in the evaluation of blunt abdominal trauma in children. *J Pediatr Surg* 2001;40: 1117–21.
10. Rodríguez Montes J, Lorenzo M, Hernández E, De Lis S, García Sancho L. Tratamiento no operatorio de los traumatismos del bazo. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987; 71(6):509–14.
11. Fasching M, Cooner D. Reimmunization and splenic autotransplantation: a long-term study of immunologic response and survival following pneumococcal challenge. *J Surg Res* 2001; 51:449–55.
12. Holschneider A, Kriez-Klimecil H, Strasser B. Complications of splenectomy in childhood. *Z Kinder Chir* 2001;36:130–8.
13. Cohen R. Blunt splenic trauma in surgery. *Aust Paediatr* 2001; 39:221–7.
14. Garber BG, Mmath BP, Fairfull-Smith RJ, Yelle JD. Management of adults splenic injuries in Ontario: a population -based study. *Can J Surg* 2000; 43 (4):283-288.