

Tratamiento no operatorio de los traumatismos esplénicos

Non operative treatment of splenic traumatism

Dr. Raúl Koelig Padrón; Dr. Adalio Fragela Pacheco; Dr. José Acosta Varona; Dr. Rafael Pila Pérez.

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se revisaron las historias clínicas de 83 pacientes que fueron atendidos por traumatismos esplénicos en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech, desde enero de 1996 a septiembre de 2002. De esta cifra fueron seleccionados nueve pacientes, los restantes fueron eliminados por no reunir los requisitos previos para el tratamiento no operatorio de los casos. Los enfermos estaban entre la segunda y tercera décadas de vida, donde el 77, 8 % eran del sexo masculino. Dos pacientes presentaron lesiones de importancia, uno de ellos fracturas costales y el otro de tibia, se les 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, se logró el alta entre los 15 y 25 días.

DeCS: ARTERIA ESPLÉNICA/lesions.

ABSTRACT

The medical records of 83 patients who were assisted for splenic traumatism in our hospital from January 1996 to September 2002, were reviewed. Of these figures, nine patients were selected, because the other two were eliminated for not gathering precise requisites for non-operative treatment. One patient belonged to the third and fourth decade of life; 77, 8 % were masculine and the remaining feminine. Two patients presented important lesions, one of them costal fractures and other of tibia, they were practiced blood transfusions. Pain prevailed in the clinic of the sick, while abdominal echography confirmed the diagnosis of all cases. The evolution of the series was very favourable, discharge was achieved from 15 to 35 days.

DeCS: SPLENIC ARTERY/injuries

INTRODUCCIÓN

El tratamiento clásico de la ruptura esplénica se basaba exclusivamente en la esplenectomía, se realizaba con relativa sencillez y existía desconocimiento de las funciones esplénicas.¹

A partir del año 1952 con los trabajos de King y Shomaker² se empieza a relacionar la ausencia del bazo con la aparición de complicaciones sépticas inmediatas o tardías, primero en niños y después en adultos, lo que obligó a los cirujanos a mantener una actitud conservadora frente a la ruptura esplénica, con el objetivo de preservar la función inmunológica del mismo.³⁻⁵

La esplenectomía parcial, la esplenorrafia, el empleo de agentes hemostáticos (colágeno, fibrina) y la ligadura de la arteria esplénica constituyen las alternativas quirúrgicas usadas con más frecuencia.

Los cirujanos de Toronto (Canadá) fueron los primeros en proponer la observación sin operación, primero en niños⁶ y actualmente en adultos.⁷

El objetivo de esta investigación es exponer los resultados obtenidos en el estudio de los pacientes con traumatismos del bazo que acudieron al Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech, que no fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

MÉTODO

Desde enero de 1996 hasta septiembre de 2002 fueron atendidos un total de 83 pacientes con trauma esplénico en el Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. De esta cifra se seleccionaron, según sus características, 11 pacientes a los cuales se les practicó el tratamiento conservador.

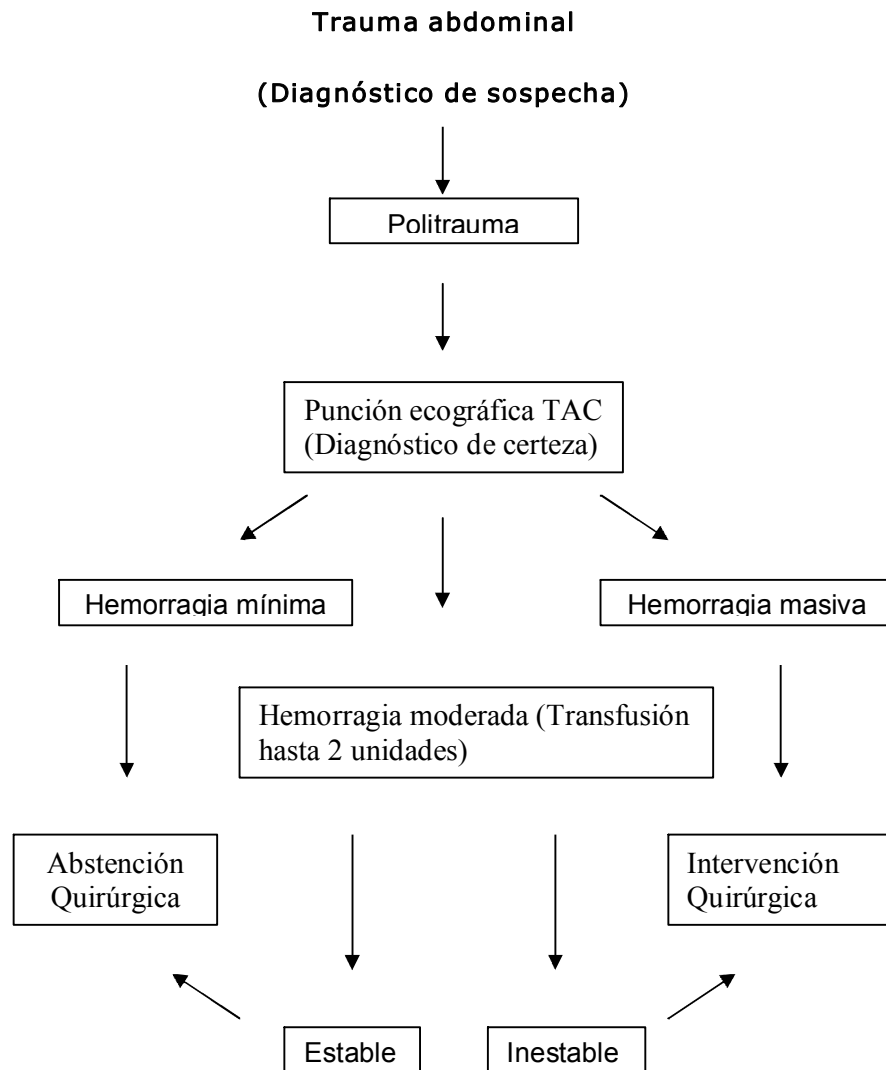
Posteriormente, dos pacientes fueron excluidos del estudio, uno de ellos no cumplió con los parámetros establecidos y el otro se consideró un fracaso en este tipo de tratamiento. Del total de pacientes, sólo nueve de ellos fueron tratados conservadoramente (10, 80 %).

Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, la clínica y además se tuvo en cuenta si los pacientes presentaron otras lesiones de importancia, si requirieron o no transfusiones de sangre, si la ecografía corroboró el diagnóstico y si la evolución fue favorable o no.

Los criterios de selección para incluir a los pacientes en el estudio fueron:

- a) Acuerdo entre GBT de cirugía y colectivo de politrauma.
- b) Trauma abdominal o abdominotorácico 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 enfermos seleccionados (Fig. 1).



RESULTADOS

Los enfermos se encontraban entre la segunda y tercera décadas de vida, predominaron los de 35 a 44 años en cuatro casos (44, 4 %), tres de ellos de 25-34 años (33, 3 %), dos pacientes, los más jóvenes, entre 15 y 24 años (22, 2 %). De estos, siete pertenecían al sexo masculino (77, 2 %). Sólo en dos ocasiones se encontraron asociadas lesiones de importancia (22, 2 %) que correspondieron a fracturas costales de la tibia.

La clínica fue dada fundamentalmente por el dolor en el 100 % de los pacientes. En dos ocasiones (22, 2 %) se utilizó reposición de sangre según las características del trauma. Además de la clínica de sospecha, el diagnóstico se fundamentó específicamente en la ecografía abdominal, la cual fue positiva en los nueve enfermos tratados.

Los nueve casos tratados mediante este método presentaron una evaluación favorable, se recuperaron satisfactoriamente, en tiempo y con escasas complicaciones (Tabla 1).

Tabla 1. Cuadro resumen de pacientes no intervenidos

No.	Edad	Sexo	Otras lesiones	Clínica	Transfusiones	Ecografía	Evolución
1	33	M	No	Dolor	No	Sí	Favorable
2	29	F	No	Dolor	No	Sí	Favorable
3	18	M	No	Dolor	No	Sí	Favorable
4	19	M	No	Dolor	No	Sí	Favorable
5	38	M	Frac. Costal	Dolor	Sí	Sí	Favorable
6	40	M	No	Dolor	No	Sí	Favorable
7	35	M	No	Dolor	No	Sí	Favorable
8	43	M	Frac. Tibia	Dolor	Sí	Sí	Favorable
9	25	F	No	Dolor	No	Sí	Favorable

DISCUSIÓN

La lesión esplénica de los pacientes seleccionados fue descubierta por antecedentes del trauma y la clínica, además se confirmó por el estudio ultrasonográfico que arrojó lesión esplénica con imágenes limitadas al cuadrante superior izquierdo del abdomen que consistieron en líquido periesplénico libre, imagen de ruptura esplénica del polo, no se seleccionó ningún caso con líquido libre en cavidad.

La tomografía computarizada (TC) se indica como alternativa indispensable para la selección; ⁸ se realizó en cuatro oportunidades y los resultados confirmaron lo encontrado en el estudio ultrasonográfico, que para otros investigadores ⁹ es el método de selección en el diagnóstico.

A tres pacientes se les realizó punción abdominal al ingreso y en todos fue negativa.

En todos los enfermos tratados la hemoglobina no descendió de 9g/l y sólo dos de ellos (22, 2 %) necesitaron de transfusión, lo que coincide con las lesiones asociadas a las fracturas costales en uno y fractura de tibia en otro. En los pacientes transfundidos no se utilizaron más de dos unidades y recuperaron la normalidad después de este proceder, lo cual está acorde con los resultados de Rodríguez Montes, et al.¹⁰

A todos los pacientes se les practicó un monitoreo clínico con evaluación inicial cada 4 h, se les suspendió la vía oral por 24–48 h y se prescribió hidratación parenteral como antibiótico profiláctico, lo cual es señalado por otros autores.¹¹

La dificultad respiratoria atribuida al traumatismo y la existencia de fractura costal, es señalada por otros autores;¹² en nuestro estudio se constató en dos pacientes, 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, lo que coincide con otros autores que señalan una estadía similar para los pacientes no operados.^{10, 13}

CONCLUSIONES

1. No es posible realizar el estudio si no se establece un convenio entre las unidades de atención al grave y el servicio de cirugía.
2. La mayoría de los pacientes fueron jóvenes del sexo masculino, entre la segunda y tercera décadas de vida.
3. El dolor fue el síntoma que predominó en los enfermos.
4. El ultrasonido abdominal es imprescindible como medio diagnóstico y de seguimiento en este tipo de estudio.
5. El riesgo de fracaso es mínimo, si se tienen en cuenta todas las medidas que requiere este seguimiento y coincide con los reportes internacionales.

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 performed. 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. S. 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 Padiatr 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 child hood. Z. Kinder Chir. 2001;36:130-8.
13. Cohen R. Blunt splenic trauma in surgery. Aust Paediatr. 2001;39:221-7.

Recibido: 23 de junio de 2003.

Aceptado: 30 de marzo de 2004.

Dr. Raúl Koelig Padrón. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.