



TRATAMIENTO DEL TRAUMA ESPLENICO, OPCIONES ACTUALES DE MANEJO

AUTORES: INTERNA. EILEEN MAC-ADOO KALWITZ

PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ

DEPTO DE CIRUGIA SUR

FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos son la causa más común de muerte en personas menores de 45 años, especialmente en hombres. El trauma abdominal cerrado representa la mayoría de las lesiones abdominales que se atienden en servicio de urgencias y es responsable de una morbilidad y mortalidad importante. (1) (2)

El bazo, junto con el hígado, es uno de los órganos más frecuentemente lesionado en los traumatismos abdominales cerrados. Existen lesiones esplénicas en hasta el 16% al 23,8% de los pacientes politraumatizados, con una tasa de mortalidad del 9,3%. En cuanto a los traumatismos penetrantes la incidencia alcanza del 7 al 9%, y en general se asocia a agresiones. También existen lesiones iatrogénicas, en relación a intervenciones como cirugías abdominales, principalmente de colon. (1) (2)

En cuando al manejo del trauma esplénico, han habido diferentes paradigmas que han ido cambiando a lo largo de los años. Anteriormente se postulaba un manejo quirúrgico más agresivo tendiente a preservar la hemodinamia, mientras que, otras corrientes más actuales han defendido el manejo conservador en pacientes estables, con el principal objetivo de preservación del órgano, considerando la importancia de su función inmunológica y reducción de morbilidad operatoria. Ha habido un incremento progresivo en el éxito del manejo conservador, con tasas de éxito de más del 90%, dependiendo de la población analizada y del acceso a los servicios radiológicos intervencionistas e imagenológicos avanzados. (3)

Cabe destacar que la mortalidad de una lesión esplénica se vuelve significativa cuando se retrasa el diagnóstico. Demostrando la necesidad de diagnosticar y estadificar de manera oportuna el nivel de compromiso esplénico para elegir su manejo óptimo, sea este quirúrgico o conservador. (2)

Dada la importancia que tiene definir un lineamiento de manejo adecuado en esta patología de alta morbilidad, altamente relevante en la esfera del trauma abdominal, el objetivo de esta revisión será: repasar evidencia reciente respecto a la línea conductual más aceptable en relación al trauma esplénico en sus diferentes escenarios clínicos.

MATERIAL y MÉTODO:

Esta revisión se llevó a cabo mediante búsqueda de la literatura actual en fuentes virtuales como PubMed, SciELO y UpToDate, y se tomó en cuenta el período de los últimos 15 años, con predominancia en los últimos 5, según los términos: trauma abdominal, trauma esplénico, ruptura esplénica y esplenectomía. La mayoría fueron obtenidos de la base PubMed.

Mediante la lectura y el análisis de la bibliografía que me pareció relevante y atingente para el conocimiento de un médico general, generé una síntesis de

este contenido, recolectando principalmente los datos que se repetían y concordaban entre las distintas fuentes.

RESULTADOS:

1) APROXIMACIÓN INICIAL:

Ante el contexto de trauma con posible compromiso abdominal o esplénico, es fundamental realizar reanimación inicial, evaluación diagnóstica y manejo del paciente traumatizado según los protocolos del (ATLS), poniendo especial atención a la búsqueda de otras potenciales lesiones. El trauma o daño esplénico es por sí mismo un indicador de severidad en el trauma abdominal. (1)

En cuanto al examen diagnóstico inicial, enfocado a decidir el manejo adecuado, el Eco-fast es el método de elección en pacientes hemodinámicamente inestables, en quienes podría detectar líquido libre intraabdominal con una alta sensibilidad (98%), determinando la necesidad de laparotomía exploradora precoz, en casos de sospecha de hemoperitoneo por posible lesión de órgano intra abdominal. (2) (4)

En pacientes con trauma cerrado hemodinámicamente estables, el examen de elección es la tomografía computarizada con contraste, pudiendo encontrarse signos de hemoperitoneo, hematomas, laceraciones o extravasación de contraste como signo de sangrado activo. Esto podría aportar a la decisión, en conjunto con la evaluación clínica, de un manejo conservador, con una reducción exitosa de laparotomías innecesarias en varios estudios. (2) (4)

En cuanto a la clasificación del trauma abdominal, tenemos la clasificación de la Asociación de Cirugía del Trauma (AAST), que divide al trauma en cinco grados en base a la extensión del hematoma y la profundidad de la laceración, basado en hallazgos tomográficos o intraoperatorios. (5)

Teniendo en cuenta estos factores, y los lineamientos generales que nos entrega la clasificación anteriormente descrita, es que podremos optar por un tipo de manejo.

2) MANEJO NO QUIRÚRGICO

En cuanto a la decisión del manejo, es importante recalcar que el tratamiento no operatorio, tiene variados beneficios para el paciente, como reducción en los costos, menos días de hospitalización, menor tasa de infecciones y reducción de la mortalidad y morbilidad global en el paciente. No obstante, si bien existe mayor riesgo de presentarse sepsis o complicaciones tras una esplenectomía o una laparotomía, muchas veces esta vía de manejo es requerida para preservar la hemodinamia o la vida del paciente. (4)

En las lesiones de bajo grado (AAST grados I-III), se considerará como mejor manejo el no quirúrgico. Inclusive, teniendo lesiones de alto grado, pero con hemodinamia estable, es posible optar al manejo conservador. (5)

La observación implica monitorización estricta, reposición de volúmenes, reposo, examen abdominal seriado y evaluación de hemoglobina seriada. Sobre el uso de antibióticos no hay una indicación absoluta por lo que debe ser visto caso a caso, considerando, por ejemplo, los parámetros inflamatorios, signos vitales, progresión clínica, entre otros. (2) (5)

Para pacientes hemodinámicamente estables con extravasación activa de contraste en la tomografía computarizada, se sugiere la embolización esplénica por sobre la observación, para detener el sangrado. El fracaso de la embolización indica la necesidad de cirugía. (2)

3) MANEJO QUIRÚRGICO

Se requiere manejo quirúrgico en aproximadamente 20-40% de los pacientes que sufren lesión esplénica. (6)

La cirugía está indicada en pacientes que no pueden ser observados adecuadamente, en quienes es poco probable que toleren un episodio significativo de hipotensión y en aquellos en los que falla el tratamiento no quirúrgico. (5) (6)

Las lesiones con inestabilidad hemodinámica y FAST (+), con sospecha de hemorragia en curso o con lesiones esplénicas con un efecto inadecuado de la reanimación, deben ser exploradas quirúrgicamente de manera inmediata. (5)

La laparotomía exploradora por traumatismo consiste en el control inicial de la hemorragia, seguido de la inspección sistemática de todas las estructuras intraperitoneales, con posterior exploración del retroperitoneo. (6)

Actualmente, existen distintos tipos de cirugía como es la esplenectomía laparoscópica, o el abordaje abierto mediante laparotomía. Las técnicas quirúrgicas abiertas son el estándar actualmente, aunque las técnicas laparoscópicas se han descrito en informes de casos y series pequeñas. (6) (7)

La laparoscopia tiene como ventaja ser un procedimiento menos invasivo, con una recuperación más rápida, menor costo, menor riesgo de infecciones y mejor resultado estético, sin embargo, no se ha demostrado que existan diferencias significativas en cuanto a mortalidad o morbilidad. Este abordaje, podría ser recomendable siempre y cuando sea preferible la esplenectomía parcial sobre la total, con el fin de reducir los riesgos de infección asociados a esta última. (7)

Las técnicas quirúrgicas abiertas para tratar la lesión esplénica incluyen la esplenectomía parcial o total o la esplenorrafia (reparación esplénica). La

elección de la técnica depende de la extensión de la lesión esplénica, la presencia de lesiones asociadas, las comorbilidades, la experiencia del cirujano y la estabilidad hemodinámica del paciente. (5) (6)

Se debe realizar profilaxis antibiótica en todo paciente intervenido quirúrgicamente, siendo una buena alternativa el uso de amoxicilina o eritromicina, o bien, cefalosporinas para ampliar la cobertura hacia *Haemophilus influenzae*. (1)

Todo paciente esplenectomizado debe ser inmunizado contra bacterias encapsuladas, con vacunas contra *N.meningitidis*, *S.Pneumoniae* y *H. influenzae*. (1)

DISCUSIÓN:

Como pudimos ver en la información recopilada y reflejada anteriormente, dentro de la esfera de la patología traumática, el trauma esplénico es una entidad clínica prevalente, relevante y con implicancias médicas importantes sobre quienes lo sufren, teniendo la potencialidad de generar daño, secuelas e incluso la muerte. Es por esto que me parece muy relevante tener una base de conocimiento que nos permita sospecharlo precozmente, pues como se indicó en este trabajo, el tiempo que se tarde en diagnosticar y tratar esta condición, es esencial en el pronóstico y el outcome del paciente afectado. Es importante entender que la condición del paciente, tanto en su basal como en la situación clínica y hemodinámica en que se encuentre, es el pilar fundamental que delimita los pasos a seguir en el proceso terapéutico, es decir, más allá de la envergadura del daño parenquimatoso, es el paciente en su globalidad quien define el manejo.

En este mismo sentido tenemos herramientas diagnósticas para diferentes escenarios clínicos y hay que saber utilizarlas, teniendo el Eco Fast para condiciones de inestabilidad, dando información de manera precoz y eficiente, o bien, el TC de abdomen y pelvis como herramienta a utilizar en pacientes estables, el cual nos entregará valiosa información respecto al estado del órgano y de la anatomía interna del paciente.

Finalmente, así como sucede con el proceso diagnóstico, en lo terapéutico también debemos comprender que es la condición del paciente y los resultados de los exámenes realizados, lo que determinará el manejo que se llevará a cabo. Es importante siempre considerar la opción de tratar al paciente sin la necesidad de una cirugía que pueda exponerlo aún más a situaciones clínicas complejas. Una vez que el manejo quirúrgico es el camino a seguir, es importante tener en cuenta las distintas formas de abordaje posibles, para tomar la decisión más acertada para el paciente teniendo en cuenta todos los factores mencionados anteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Pástor Romero, S. A., Villacres Salazar, W. O., Maldonado Brito, M. N., Medina Flores, P. A., Monar Naranjo, E. P., & Díaz Barahona, C. V. (2021). Trauma esplénico: diagnóstico, clasificación y tratamiento. Una revisión de la literatura actual. *Revista Vive*, 4(11), 378–386. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v4i11.100>
- 2) UpToDate. (s/f). Uptodate.com. Recuperado el 20 de octubre de 2022, de https://www.uptodate.com/contents/management-of-splenic-injury-in-the-adult-trauma-patient?search=trauma%20esplénico&source=search_result&selectedTitle=1~100&usage_type=default&display_rank=1
- 3) Olthof, D. C., van der Vlies, C. H., & Goslings, J. C. (2017). Evidence-based management and controversies in blunt splenic trauma. *Current Trauma Reports*, 3(1), 32–37. <https://doi.org/10.1007/s40719-017-0074-2>
- 4) Meira Júnior, J. D., Menegozzo, C. A. M., Rocha, M. C., & Utiyama, E. M. (2021). Non-operative management of blunt splenic trauma: evolution, results and controversies. *Revista Do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 48, e20202777. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202777>
- 5) Gaarder, C., Gaski, I. A., & Næss, P. A. (2017). Spleen and liver injuries: When to operate? *Current Opinion in Critical Care*, 23(6), 520–526. <https://doi.org/10.1097/mcc.0000000000000458>
- 6) Franklin, G. A., & Casós, S. R. (2006). Current advances in the surgical approach to abdominal trauma. *Injury*, 37(12), 1143–1156. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2006.07.018>
- 7) Huscher, C. G. S., Mingoli, A., Sgarzini, G., Brachini, G., Ponzano, C., Di Paola, M., & Modini, C. (2006). Laparoscopic treatment of blunt splenic injuries: initial experience with 11 patients. *Surgical Endoscopy*, 20(9), 1423–1426. <https://doi.org/10.1007/s00464-004-2241-0>