

## RUPTURAS TRAUMATICAS DEL BAZO NORMAL (\*)

Dr. Frederick Giuric

### Estudio anatomico-clínico clasificación.

El título que lleva esta contribución, corresponde al estudio de 33 historias de rupturas traumáticas de bazos normales, que llegaron a mis manos gracias a la gentileza de distintos colegas y profesores.

Mi interés por el tema, se remonta al año 1944, cuando tuve oportunidad de ver y seguir de cerca algunos de los casos analizados.

Colaborando en el año 1946 con el Prof. Larghero, pude profundizar su estudio, trabajando con el material por él reunido, durante su intensa labor como cirujano del Bureau, y que culminó en 1951, con la publicación de este estudio estadístico, en la revista Surgery, Gynecology and Obstetrics. Abr. V. 92.

Perteneciendo desde el mismo año al personal colaborador de la clínica del Prof. Stajano, pude asimilar sus claros conceptos sobre la acción de la distensión aguda de vísceras y peritoneo, así como sus ideas con respecto a la génesis del dolor en los procesos hemorrágicos intra-peritoneales.

Con estas nuevas adquisiciones, al volver a leer atentamente el material que poseía, fueron surgiendo una serie de hechos no considerados hasta este momento y que confirmados por el siempre creciente número de observaciones que llegaban a mis manos, dan, a mi juicio, razón valedera a este trabajo.

Entraremos en materia, recordando que son perfectamente conocidas por todos los cirujanos, tres entidades clínicas clásicas:

---

(1) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 1º de julio de 1953.

- 1º *Rupturas del bazo con hemorragia importante inmediata, o primitivas.*
- 2º *Rupturas del bazo con hemorragia importante retardada, o secundarias.*
- 3º *El hematoma de la fosa esplénica.*

Creemos que esta clasificación es insuficiente, dado que engloba en ella, casos no considerados hasta el momento actual.

Hemos podido poner en claro, que el enfermo con una ruptura del Bazo, se presenta en la clínica con 3 aspectos distintos:

- A) **Como un gran hemorrágico agudo.**
- B) **Como portador de un tumor tóraco-abdominal izq.**
- C) **Como portador de un proceso aparentemente inflamatorio, con reacción peritoneal.**

Analizando el 1er. grupo, planteamos dos cuadros, dependientes de la localización del derrame. No insistiremos en el primero: se trata de la clásica hemorragia de origen esplénico, en cavidad peritoneal libre.

Por el contrario el segundo merece toda nuestra atención.

Se trata de un cuadro clínico especial, dependiente de una hemorragia inmediata, acantonada en la fosa esplénica, y a la que denominamos: *hematoma agudo de la fosa esplénica.*

Como nada hay más gráfico que los hechos, he aquí una de las cuatro observaciones de este tipo que poseo.

**Hematoma agudo de la fosa esplénica.** — A. D., 16 a., or., H. C. N° 12686. 30-III-49. Hora 7. Ingresa por traumatismo abdomino-pelviano. Apretado hace 1 hora entre dos autobuses. Sin pérdida de conocimiento, se le traslada de inmediato al hospital. A su ingreso ligero estado de shock, que se trata. Pasa a sala.

Hora 9: algo excitado. Lengua y mucosas decoloradas.

Aparato cardio-vascular: pulso 108 regular, bien golpeado P. A. 12/6.

Aparato pleuro-pulmonar: respiraciones normales.

Abdomen: erosión lineal de 20 c.c. en H. I. Abdomen depresible, indoloro. Reborde costal totalmente indoloro. F. L. libres e indoloras. Dolor esquisito en rama isquio pubiana izq. Impotencia funcional de 1er. grado de ambos miembros inferiores.

Tacto rectal: Douglas libre e indoloro. Confirmamos la fractura.

Hora 10: al sentarlo para nuevo examen, lipotimio, la P. A. cae a 9/4. Pulso 130. Se trata con horno y Trendelenburg.

Hora 10.30: es visto por el Prof. Stajano. Abdomen distendido, sin

dolor ni defensa. Reborde costal izq. mudo. Submacidez del área esplénica.  
●rina espontáneamente, orinas claras.

El Prof. Stajano indica seguir pulso y P. A. cada 10 m.

Hora 11.30: pulso 104; P. A. 11/6. Abdomen uniformemente distendido.

Hora 11.40: pulso 112; P. A. 10/5.

Hora 11.50: pulso 120; P. A. 10/5.

Hora 12: pulso 125; P. A. 9/4 ½.

Hora 12.5: pulso 102; P. A. 11/6.

Hora 12.10: pulso 128; P. A. 8 ½/4.

Con estos datos, el Prof. Stajano, diagnostica: Hemorragia aguda de gran intensidad, revelada clínicamente, por su exteriorización en pulso y presión dando origen al llamado período atáxico que muestra la falla de los mecanismos compensadores.

En este enfermo, sin hematoma pelviano, y con una macidez del área esplénica, debemos pensar en una ruptura del bazo.

La falta de reacción frénica, y parietal abdominal, se explican por tratarse de una hemorragia acantonada en la fosa esplénica, por lo cual la sangre no ha entrado en contacto con el peritoneo que recubre al reborde costal.

Exámenes de laboratorio: hemograma 4.000.000 G. R.; N. 96, E. 1; 22.300 G. B., B; 79 % H. g.; M. 2; 0.98 V. gb. I. 1. Hematocrito 42 %. Orina: normal.

Intervención: 30-III-49. Prof. Stajano, Dr. De Vecchi, Dr. Ritorni. Anestesia general protóxido y éter, Pte. Espasandín.

Incisión paramediana izq. transrectal. Abierto el peritoneo, no hay sangre en la gran cavidad peritoneal. La mano introducida hacia la F. E. retira el epiplon mayor que la tapa, apareciendo abundante cantidad de sangre roja. Se exterioriza el bazo, que presenta estallido a nivel de su pedículo. Ligadura separada de elementos vasculares. Esplenectomía. Hemostasis perfecta. Cierre de pared por planos.

Evolución buena. Alta 19-IV-49.

El *diagnóstico* pues, no sólo es posible, sino certero, teniendo en cuenta:

- 1º El antecedente traumático y su localización.
- 2º La sintomatología propia de la gran hemorragia.
- 3º La ausencia de repercusión frénica, es decir, ausencia de dolor en el reborde costal y falta de su irradiación alta al hombro.

Todo esto, por cierto, acompañado del claro concepto fisiopatológico ya mencionado, único capaz de unificar estos hechos en el momento actual.

2º **Rupturas del bazo a gran hemorragia retardada.**

Se nos plantean aquí cuadros similares a los estudiados con anterioridad. Así, son perfectamente superponibles, la ruptura con hemorragia retardada en cavidad peritoneal libre, a aquella a gran hemorragia inmediata. Sólo se diferencian por el intervalo libre, que separa el accidente traumático de la aparición del cuadro completo.

No insistiremos, en otro cuadro clásico. Sólo diremos que en su patogenia corresponden a la ruptura de un hematoma subcapsular o al vencimiento de las barreras anatómicas o patológicas, que cierran el paso a una hemorragia acantonada en la fosa esplénica.

El segundo tipo, que planteamos como una posibilidad, lo denominamos:

*Hematoma agudo retardado de la fosa esplénica.*

No poseemos ningún documento clínico de esta eventualidad, pero desde el momento que se ha demostrado la posibilidad del bloqueo de la comunicación entre la fosa esplénica y la gran cavidad peritoneal, no nos parece difícil que un hematoma subcapsular pueda, al romperse, evacuar su contenido en una fosa esplénica aislada, revelándose por una sintomatología, similar a la ya relatada, como típica, del hematoma agudo de la fosa esplénica.

Al afirmar estos hechos, lo hacemos en base a una observación clínica, que relataremos al final, y en cuya *reconstrucción cronológica*, aparece con nítidos caracteres, este cuadro clínico tan curioso como original.

B) **Rupturas del bazo que se presentan clínicamente como tumores de la región tóraco-abdominal izq.**

La segunda forma de presentarse en clínica, las rupturas traumáticas del bazo, es con sintomatología dominante de tumor de la región tóraco-abdominal izq.

Eran hasta hoy, estos cuadros clínicos, englobados bajo el rótulo común de hematomas de la fosa esplénica.

Se trata de cuadros de comienzo agudo, post-traumático, cuya sintomatología puede en unos atenuarse gradualmente, en

otros evolucionar por empujes. Sus síntomas físicos con casi exclusivamente torácicos, a veces con mínima repercusión abdominal.

Intentamos nosotros, distinguir clínicamente, dentro de este planteo general, dos situaciones, correspondientes a cuadros anatómo-patológicos distintos, cuyo común denominador es la presencia de una tumefacción que ocupa la fosa esplénica, y que casi siempre es abordable semiológicamente a nivel del hipocondrio izquierdo.

Poseen además estos cuadros una radiología típica y exclusiva de cada uno de ellos.

Leeremos sus historias e intentaremos diferenciarlos.

a) **Hematoma sub-capsular del bazo.** — H. G., sex. fem. 32 a. 21-II-46. Ingresa por cuadro doloroso de región tóraco-abdominal izq. Hace 16 horas, cae de una altura de 2 metros, golpeando en el suelo con el costado izquierdo de su tórax.

Al ingreso dolor en la región tóraco-abdominal izq. Dolor difuso en cintura escapular izq. y sed de aire. Al examen, paciente agitada, pálida, pulso 120 p. m. P. A. 13/7. No hay signos cutáneos de trauma.

Hay dolor difuso abdominal, sin contractura. Se palpa bazo de consistencia normal. La macidez esplénica es normal.

Minutos más tarde, la enferma se ha recuperado totalmente. No se encuentra nada al examen clínico minucioso.

22-II-46 persiste la mejoría total. Se le concede el alta.

28-II-46. Reingresa. Ayer sin prodromos, bruscamente, nota sensación dolorosa distensiva de hipocondrio izq. No hay otros síntomas.

Al examen, es una paciente calma y pálida. El hipocondrio izq. es doloroso, no se palpa bazo. Macidez esplénica normal. Traube algo reducido.

Hemograma: 2.600.000 G. R.

2-III-46. La macidez esplénica ha aumentado vertical y transversalmente. Se nota una tumoración que asoma bajo el reborde costal y que es dolorosa. Una radiografía de la fosa esplénica, muestra una imagen de esplenomegalia. Hay sub-ictericia, y la percusión del Traube, lo revela disminuído. El H. I. se deprime bien, revelando la presencia de una masa profunda, dolorosa. Existe discreta defensa parietal. No hay signos de derrame intra-peritoneal.

Como el estado general es bueno y permanece estacionario, se difiere la intervención.

5-III-46. Pulso 100 p. m. El tumor ha disminuído. Estado general bueno. Hemograma: 3.560.000 G. R. Hg. 50 %. V. gb. 0,61. G. B. 7.000.

11-III-46. Estado general bueno. Se palpa polo inferior del bazo apenas doloroso. Macidez esplénica algo aumentada.

Radiológicamente: imagen normal de bazo. Se decide seguir esperando. Convalecencia normal. Curada.

Esta observación nos permite precisar los caracteres clínicos del cuadro:

1º *Dolor en plancha en la cintura escapular izq.* — Síntoma que no es más que la exteriorización subjetiva a nivel del hombro, del sufrimiento neuro-vegetativo, provocado por la distensión aguda capsular del órgano, única barrera que contiene al hematoma. (Stajano).

2º *Dolor del Douglas no ocupado.* — Responde a idéntica patogenia, habiendo sido descrito, a propósito de su observación, en los embarazos tubarios, por el Prof. Stajano.

Ambos síntomas, son fugaces, ya que están condicionados, por los episodios distensivos agudos, que también lo son.

3º *No hay reacción frénica.* — La sangre, contenida por la cápsula, no entra en contacto con el peritoneo parietal, que recubre al reborde costal.

4º *Evolución por empujes, con períodos intercalares de acalmia total.* — Corresponden estas últimas a los períodos en que está ausente la distensión aguda.

5º *Su frecuencia es directamente proporcional a la edad de los pacientes.* — La cápsula esplénica aumenta su espesor con la edad. Ello explica la rareza del cuadro, antes de la tercera década de la vida.

6º *El estudio radiológico.* — Imagen de esplenomegalia.

Veamos ahora una historia típica de:

#### **Hematoma de la fosa esplénica.**

E. R., 17 a., sex. masc. H. C. Nº 22. 17-X-49. Ingresa por traumatismo de hipocondrio izq. Recibió una coz de caballo en flanco e hipocondrio izq., teniendo su antebrazo izq. sobre el abdomen.

Pérdida de conocimiento al intentar levantarse en el lugar del accidente. A posteriori, mareos al tratar de sentarse.

Al examen, buen estado general, pulso 100 p. m., regular. Abdomen que se moviliza bien con la respiración, blando, depresible, indoloro y sin defensa. A la percusión no hay macidez declive. Pasa a sala.

18-X-49. Buen estado general, abdomen libre e indoloro, orinas claras.

22-X-49. Sin dolor espontáneo, tránsito intestinal y urinario, normales. Alta.

22-X-49. Dos horas después del alta solicita nueva asistencia, manifiesta sentir pequeñas molestias a nivel del H. I. sin que ello le impida realizar sus tareas habituales. La palpación cuidadosa, revela la existencia de una tumoración con caracteres semiológicos de bazo, que ocupa el hipocondrio izquierdo. Se pide radiografía de abdomen.

25-X-49. La radiografía merece de quien la observa el siguiente comentario: "Con la placa no se puede afirmar nada; no se ve la cámara gástrica y hay una opacidad difusa del hipocondrio izq."

Clínicamente, hipocondrio izq. depresible e indoloro, parece palparse bazo. Macidez de área esplénica aumentada. No hay dolor en los espacios intercostales ni otro síntoma subjetivo. Se pide nuevo estudio radiológico, por precaución.

Hemograma: 3.500.000 G. R., 12.400 G. B., 66 % Hb.; 0,94 Vg. Polinucleares 75 %. Eritrosedimentación: 1ª Hr. 40 mm.; 2ª Hr. 84 mm. Índice: 41.

27-X-49. El nuevo estudio radiológico, comprueba la ocupación de la fosa esplénica, con desplazamiento hacia abajo del ángulo esplénico del colon, y estómago desplazado hacia la línea media. Queda en reposo en cama, con bolsa de hielo. Se avisa al cirujano.

28-X-49. Examen del cirujano: Clínicamente no se encuentra nada más que un área esplénica aumentada. Intervención: Dr. Roglio; ayudantes: Dr. Torres, Dr. Gandós. Anestesia general: gases.

Incisión subcostal izq. Abierto el peritoneo, se comprueba la existencia de un hematoma de la logia esplénica, del volumen de un melón chico (12 x 12 cm.). Se desprende éste del diafragma, removiendo coágulos, hasta alcanzar el bazo. Se moviliza éste, hallándose una ruptura, que toma las caras externa y ántero interna hasta el hilio. Se pinza y liga el pedículo. Esplenectomía. Control de la hemostasis. Eliminación de los coágulos, cierre por planos, sin drenaje. Transfusión 400 c.c. Evolución perfecta. Alta a los 3 días. Pasa a policlínica.

Se trata pues, de un cuadro clínico totalmente diferente al anterior, y que se caracteriza por:

1º *Accidente doloroso inicial*, de no mayor jerarquía, con frecuencia no relatado, o por lo menos menospreciado por el paciente. Esto se explica, como en el caso del Hematoma Agudo, ya descrito, por la gran capacidad de la fosa esplénica, sin elementos que puedan ser rápidamente distendidos, salvo en el caso de hemorragias masivas.

2º *No hay síntomas de hemorragia grave*. Hay que saber valorar sus equivalentes.

*El examen clínico es negativo*. Esto es cierto al comienzo,

pero con el correr del tiempo, se instala la sintomatología tumoral tóraco-abdominal. De donde el enorme valor de la observación prolongada del paciente sospechoso, y su examen clínico seriado.

4º *Tumor de la región tóraco-abdominal izq.*

5º *Estudio radiológico típico.* Sintomatología radiológica típica del hematoma de la fosa esplénica.

**C) Rupturas del bazo, que se presentan en clínica, con el aspecto de cuadros inflamatorios, con toque peritoneal, ya difuso, ya localizado.**

Este tercer gran grupo, plantea situaciones clínicas, indudablemente de excepción, pero no por ello menos interesantes.

Comprende aquellos casos, en los cuales, la hemorragia, no ha llegado a ser mortal, y en los que la hemostasis de la herida esplénica, se ha producido espontáneamente.

Aparecen entonces síntomas, dependientes directamente de la sangre colectada, v. g. Hematoma esplénico p. ejem., actuando como cuerpo extraño "in situ", u otros debidos a la repercusión que provoca su contacto, y que se hacen aparentes, bajo formas distintas, como ser: fiebre, distensión abdominal, peritonismo, etc.

El primer tipo que presentaremos a Uds., pertenece a aquellos que dan síntomas peritoneales difusos y al que denominamos:

\* **Hemoperitoneo secundario de causa esplénica.** — Su historia es la que sigue: G. R. D. Sex. masc. 50 años. H. C. N° 16.335. 25 - VI - 52. Ingresa por cuadro doloroso abdominal. Comienza su enfermedad actual hace 2 días con deposiciones diarreicas y dolores a tipo retortijón, que duran 24 horas. Ayer por la tarde el dolor se generaliza a todo el vientre, y aparece estado nauseoso. Desde entonces, detención total de materias y gases. Se siente decaído y declara haber tenido por varios días, dolores difusos abdominales de corta duración.

**Antecedentes:** Familiares sin importancia. Personales: Lues en 1930 bien tratada.

**Examen:** Buen estado general, mucosas bien coloreadas, lengua húmeda y saburral, sin aliento fétido. Temperatura axilar 37° 2/5, rectal 37° 3/5.

**Cardio-vascular:** Pulso 80 p. m. regular. P. A. 12 - 7, resto normal.

**Pleuro-pulmonar:** Normal.

**Abdomen:** Distendido en su mitad inferior, globuloso, simétrico, se moviliza bien con la respiración. Doloroso en toda su extensión, con

mayor tensión en su mitad inferior, y sin contractura. Dolor a la decompresión generalizado. Máximo doloroso en F. I. D. No hay semierección peneana.

**Percusión:** No hay sonoridad pre hepática. Timpanismo medio-abdominal.

**Consideraciones y diagnóstico clínico.** — Cuadro agudo abdominal, que podría por sus caracteres corresponder a una apendicitis retro-mesentérica. Llama la atención no obstante, el buen estado general, el pulso de 80 p. m., la discreta elevación térmica, sin disociación axilo-rectal. Pero es evidentemente un enfermo quirúrgico, y debe ser intervenido de inmediato.

**Exámenes de laboratorio:** Hemograma. 3.800.000 G. R.; 11.800 G. B. Polinucleares 78 %. Orina: normal; urea: 0.45; Wassermann: negativo; Hematocrito: 38 %; T. coagulación: 7 m.; t. sangría: 1 m. 30.

**Intervención:** Dr. Giuria; Pte. Burgel, Pte. Urquiola. Anestesia general: gases.

Incisión de Mac-Burney, Gosset. Abierto el peritoneo, aparece abundante cantidad de sangre negra lacaña. Asas intestinales muy dilatadas. Exploración de intestino e hígado, no muestra anormalidades. Se taponan la incisión con mechas y se procede a realizar una transversa sub-costal izq. con sección de músculo recto. Se explora la fosa esplénica que está llena de coágulos, apareciendo un bazo de tamaño normal con adherencias laxas contra el diafragma, decolables fácilmente. Exteriorizado el órgano se visualiza un desgarramiento de su cara diafragmática, y un decolamiento capsular, que toma su mitad inferior, se ligan los elementos del pedículo por separado. Esplenectomía. Control de hemostasis. La herida esplénica permaneció exangüe en todo momento. Cierre de ambas incisiones por planos.

**Diagnóstico operatorio.** — Ruptura secundaria de un hematoma subcapsular o de uno acantonado en fosa esplénica, en cavidad peritoneal libre.

Terminada la intervención, y recuperado el enfermo, intentamos averiguar sus antecedentes más o menos mediatos, en busca del seguro traumatismo: recogemos la siguiente historia:

15-V-52. Ingresó al H. Maciel a los 10 m' de un accidente de tránsito, pérdida de conocimiento que dura 15 m. Presenta trauma de la región frontal izq., dolor intenso en el hombro izq. y en el hemiventre izq. Pasa a sala.

16-V-52. Se queja de sensación dolorosa de la región tóraco-abdominal izq. Lesión erosiva frontal izq. hematoma palpebral izq. Lúcido, mucosas bien coloreadas, lengua húmeda.

El examen pleuro-pulmonar revela la existencia de una sub-macidez de la base torácica izq. Hay dolor a la compresión costal.

Abdomen tenso, timpánico, sin defensa. Se palpa bazo y cuerda cólica. Trastornos tróficos varicosos de ambos miembros inferiores.

Sistema nervioso: normal.

Sistema cardio-vascular. Pulso 80 p. m.; P. A. 14/6,5.  
18-V-52. Alta a su pedido.

Esta historia pues, corresponde a una típica ruptura traumática del bazo con hematoma sub-capsular, en un primer tiempo, y que a posteriori, se rompe secundariamente este hematoma, derramando su contenido en cavidad peritoneal libre, dando origen a síntomas de difícil interpretación, por parte del clínico.

Demuestra además, uno de los posibles tipos evolutivos, del hematoma sub-capsular.

Es lógico suponer que el conocimiento acabado de los cuadros atípicos de comienzo, permitirá en el futuro, cortar la evolución natural de estos hematomas, impidiendo la aparición de estas formas peritoneales que tratamos y, por ende, el error o la duda del cirujano.

---

En cuanto a la forma peritoneal enquistada, que no es otra cosa que un hematoma de la fosa esplénica que evoluciona en forma de un proceso supurado de la región, lo denominamos:

### **Hematoma envejecido de la fosa esplénica.**

Veamos su historia:

P. M. Cae de un caballo al galope el 1º de diciembre, tomando contacto con el suelo con el costado izq. de su cuerpo. Inmediatamente, intenso dolor en el hemitórax izq. "Como si algo se me hubiera roto adentro", según expresión del propio enfermo. Pérdida de conocimiento de algunos minutos. En pocos instantes se recobra totalmente, y no sintiendo nada, vuelve a su trabajo de campo, andando a caballo y aún galopando. Cinco días transcurren sin incidentes.

El 6 de diciembre, durante su trabajo, siente intensísimo dolor en el área precordial y base de hemitórax izq. Este dolor se irradia al hombro izq. Tiene gran dificultad para respirar y está muy pálido.

Consulta médico, quien encontrando dolor precordial y torácico izq., taquicardia con extrasístoles, disnea y discreta hipotensión arterial, piensa en un infarto de miocardio y lo envía a Montevideo.

Aquí se le examina y como se le comprueba una sintomatología abdominal que no condice con el diagnóstico, se pide consulta con el cirujano. El informe de éste dice:

Examen: Facies grave y pálida, piel blanca, mucosas decoloradas. Pulso 110 p. m. P. A. no consta, se queja de dolor espontáneo en hemitórax izq. Incursión respiratoria abdominal y torácica disminuídas, dis-

tensión abdominal difusa. La palpación revela dolor en hemiventre izq., contractura de H. I. que permite palpar en el fondo una tumefacción redondeada que se pierde bajo el reborde costal. La percusión de macidez del área esplénica y Traube mate.

Tacto rectal: negativo.

Estudio radiológico: sombra difusa de fosa esplénica, con cámara gástrica trasladada a la línea media y ángulo esplénico del colon descendido.

Diagnóstico: Quiste hidático supurado del bazo.

Intervención: Dr. Larghero.

Incisión tóraco-laparotomía de Mérola, sobre la 9ª costilla. Abierto el peritoneo, no hay derrame libre y se comprueba la existencia de un hematoma esplénico. Bazo partido en dos. Desprendimiento del polo superior, que no sangra. Resto de mesos y epiplones, sin particularidades. No se practica esplenectomía. Drenaje por la brecha operatoria. Cierre de la pared por planos.

Evolución: Accidentada por el hematoma residual de la fosa esplénica.

---

Resumiendo: se trata de una historia interesantísima, puesto que revela tres etapas que pueden sintetizarse así:

1ª etapa: Traumatismo intenso, que produce una ruptura del bazo, con hematoma sub-capsular. Rápidamente el enfermo se recupera, desaparece la sintomatología y se instala una acalmia completa, que dura 5 días.

2ª etapa: El hematoma sub-capsular, se distiende y se rompe brusamente, en una logia esplénica bloqueada, configurando el cuadro clínico que hemos descrito con el nombre de Hematoma Agudo Retardado de la Fosa Esplénica.

Se explica el error diagnóstico cometido en este momento por el médico tratante, por haber olvidado el paciente de relatar su antecedente traumático, no pudiendo ser pues relacionado con este nuevo episodio.

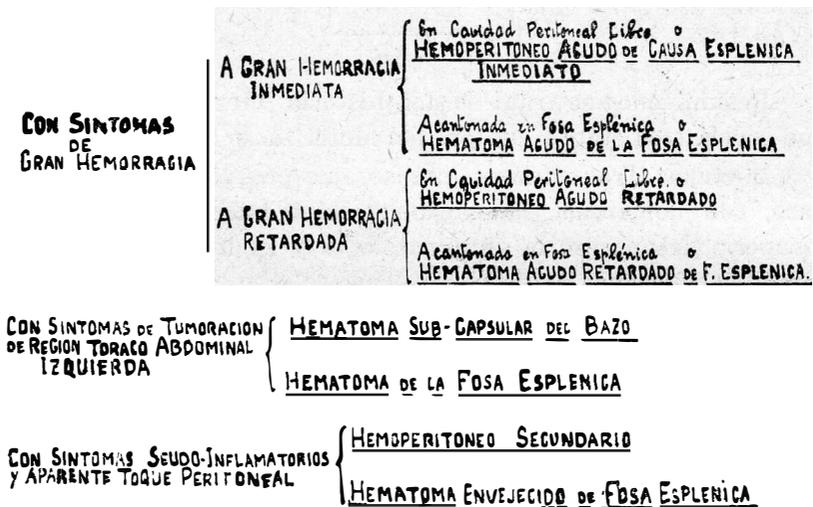
3ª etapa: Se instalan síntomas secundarios, a favor del tiempo transcurrido, distensión abdominal, fiebre, contractura parietal del hipocondrio izq. y aparece una tumoración palpable en la región. Excluido el accidente inicial, por falta de información, nos encontramos frente a un hombre de campaña, con un proceso tumoral y aparentemente supurado, lo que obliga al diagnóstico hecho por el cirujano.

Resumen y conclusiones

Hemos analizado 33 historias de rupturas traumáticas de bazos normales, describiendo un total de 5 cuadros clínicos perfectamente diferenciables, y que denominamos por su orden:

- 1º Hematoma agudo inmediato de la fosa esplénica.
- 2º Hematoma agudo retardado de la fosa esplénica.
- 3º Hematoma sub-capsular de bazo.
- 4º Forma peritoneal difusa, o hemoperitoneo secundario.
- 5º Forma peritoneal localizada o hematoma envejecido de la F. esplénica.

**RUPTURAS TRAUMÁTICAS DEL BAZO NORMAL.  
CLASIFICACION.**



Estos cuadros clínicos, unidos a los clásicamente descritos, e interpretados de acuerdo a los conceptos del Prof. Stajano, sobre la acción de la distensión aguda de los parénquimas y del peritoneo, unidos a aquellos que condicionan la llamada reacción frénica, o sea el síndrome desencadenado por acción de la sangre en contacto con el peritoneo parietal que recubre el reborde costal, permiten dar unidad a una clasificación que tiene la pretensión así, de ser clínica, fisiopatológica y anatómica a la vez.

**Clínica.** Ya que contempla las distintas eventualidades que se presentan en los casos estudiados.

**Fisiopatológica.** Porque el criterio que ha permitido dar unidad a los distintos tipos clínicos ha sido fundamentalmente fisiopatológico, explicando la génesis de su sintomatología, en los conceptos de Stajano sobre la distensión aguda y acción de la sangre sobre zonas especiales del peritoneo parietal.

**Anatómica.** Porque contempla la situación topográfica del derrame, factor condicionante de su fisiopatología.

**Dr. Aguirre Mac-Kay.** — Quisiera manifestar en primer término la felicitación al Dr. Giuria respecto a su trabajo y aportar la experiencia de la Asistencia Pública de Santiago de Chile en este aspecto, según datos de un estudio que hemos realizado hace algún tiempo sobre casos observados durante veinte años de labor de asistencia en el Instituto dedicándolos a la cirugía de urgencia de Santiago. Hemos encontrado alrededor de cincuenta observaciones de bazos rotos por traumatismo del tipo de la contusión o heridas de arma blanca. Debo decir que una cosa interesante de anatomía patológica que hemos comprobado es la abundancia de bazos patológicos en estas contusiones seguidas de rotura del bazo.

Me parece muy interesante la presentación y debo manifestar que los tipos de acantonamiento del hematoma en la logia esplénica y las formas sub capsulares, no las hemos visto; hemos visto nada más que la hemorragia aguda fulminante y la hemorragia ligeramente retardada, pero en peritoneo libre. Otro problema de la cirugía del bazo es la incisión que ha sido tan discutida; en nuestro medio se opera en escuadra, del hipocondrio izquierdo con sección del músculo recto, y siempre tratando de hacer la esplenectomía, por considerar que la sutura es muy difícil y el drenaje es muy peligrroso.

**Prof. Prat.** — En la importante y documentada comunicación del Dr. Giuria, muy interesante porque nos trae una gran cantidad de casos, 33 observaciones, que es lo que comprende la estadística presentada y, sobre todo, porque está bien determinada en ella la forma clínica y bien documentadas las historias.

Solicito solamente la palabra, para citar un caso de **hematoma sub capsular esplénico** entre la serie de casos que hemos tenido en cirugía de urgencia, tipo clínico, de los que contamos solamente un caso, en un enfermo que tratamos en nuestra clínica del Hospital Pasteur. Creo que era un enfermo recomendado del Dr. D'Ottone. Se trataba de un paciente con un traumatismo, como casi siempre ocurre en estos casos, que puede ser un traumatismo simple o intenso y grave, con fractura costal, cuyos fragmentos pueden provocar la lesión o herida del bazo; en nuestro caso no había fractura costal. Se hizo diagnóstico de lesión traumá-

tica del bazo, pero sin la hemorragia que indicara una intervención inmediata. El enfermo hizo un estado de shock de cierta intensidad, pero evolucionó muy bien; fué tan favorable y normal su evolución que a los 8 o 10 días fué dado de alta. Se fué para su casa, con recomendación de vigilancia médica, dado el diagnóstico establecido. 12 o 13 días después se me llamó de urgencia del Hospital, porque este enfermo había reingresado con un síndrome de hemorragia peritoneal. Como había establecido que los enfermos de urgencia correspondían a la guardia, fuera del horario de la Clínica, contesté que la guardia se hiciese cargo de la asistencia del enfermo, que fué operado de inmediato por su síndrome de hemorragia cataclísmica peritoneal, y se comprobó en la intervención un hematoma sub capsular del bazo que se había roto, provocando la hemorragia intra peritoneal.

Según mis recuerdos creía que este paciente había salvado con la operación, pero el Dr. Etchegorry, que recuerda bien el caso, nos hizo saber que había fallecido. Al revisar la estadística de las rupturas del bazo con hematoma sub capsular, pude encontrar en Francia la existencia de una importante tesis que trata precisamente estos casos de hemorragia sub capsular del bazo por traumatismo, cuya lesión puede pasar inicialmente inadvertida, me llamó la atención que el autor de esta tesis compara al hematoma sub capsular con los hematomas sub duramarianos de los traumatismos craneanos y por eso llama **período libre** al período especial que presentan estos traumatizados antes de hacer la hemorragia peritoneal, es decir, semejante al **período libre** o **lúcido**, que tienen los traumatismos craneanos, período semiológico que debe saber reconocer muy bien el clínico y que según el autor de la tesis, requiere la intervención.

Quería aportar este caso a la casuística tan interesante presentada por el Dr. Giuria.

**Dr. Stajano.** — Voy a decir dos palabras para aportar algo a la interesante comunicación del Dr. Giuria. El Dr. Aguirre Mac-Cay dice que en los bazos por él operados había una gran cantidad de bazos patológicos, con procesos inflamatorios.

En una comunicación anterior que hice a esta Sociedad analizando casos presentados, me llamó la atención la desproporción que había entre la intensidad del traumatismo y la magnitud de la lesión. Yo insistía que una cantidad de bazos rotos, eran bazos con peri-esplenitis; por un proceso inflamatorio anterior de causa X, que al condicionar posiblemente su adherencia a la pared, un mínimo traumatismo determinaba una rotura o una hemorragia sub-capsular, hecho que coincide con lo que dice el Dr. Aguirre Mac-Cay.

Hay otro hecho interesante: es el período de calma que dice el Dr. Prat, a veces de horas, de un día, dos, cuatro o más días y luego nuevo cuadro doloroso. Alguien lo ha comparado al período lúcido del traumatismo cerebral. Esta circunstancia es idéntica y exactamente igual a lo que sucede en otro cuadro distensivo hemorrágico en el resto del abdomen.

En el embarazo ectópico, se produce una hemorragia en la trompa y se produce un gran cuadro agudo, luego hay una calma que hace pensar que todo ha terminado, pero una nueva hemorragia intra cavitaria provoca una nueva distensión y un nuevo cuadro. Se reproduce exactamente el mismo hecho en el bazo y en la misma forma.

Quiero en el seno de la Sociedad de Cirugía, llamar la atención de algunos cirujanos —que he visto— usan el drenaje después de evacuar el hematoma de la logia esplénica.

Es una práctica mala, que hemos condenado, el poner un tubo de drenaje en una logia que ha sangrado y que la conduce a la supuración fatal. Uno de los casos presentados hoy y antes de saber el resultado final, afirmé: ese foco esplénico va a supurar e hizo un post-operatorio accidentado por tal supuración. De manera que el drenaje de las colecciones hemáticas, es siempre nefasto, en el peritoneo, en la pleura, en cualquier parte.

Yo no tengo más que felicitar al Dr. Giuria, que es un médico joven y que hace una clasificación fisio-patológica, interpretando los síntomas anatómicos que se recogen en la clínica y los vivifica al través de un concepto fecundo, como lo es el de la distensión tisular esplénica y su expresión clínica, y a la vez encara las reacciones que provoca la sangre en contacto con el peritoneo parietal en los distintos sectores de la cavidad peritoneal. Yo lo estimulo para que siga persistiendo, éste es un campo de orientación muy rico y seguramente con esa directriz se edificará una nueva patología —fisiopatológica— que dará claridad y precisión al clínico que la maneje.

**Dr. Echegorry.** — Prácticamente se ha dicho todo lo que había que decir sobre esplenectomía, pero he oído manifestaciones, una principalmente sobre la que quiero insistir: 1º que nosotros en cirugía de urgencia no vemos la cantidad de bazos patológicos que ha dicho ver el Dr. Stajano, prácticamente en los bazos rotos no hay bazos patológicos. Si los hay su porcentaje es mínimo. Para expresarlo tendría que haber traído documentos que no traje.

Esto es lo que deseaba decir como primera parte; en la segunda, lamento tener que corregir el final del Dr. Prat, porque me toca directamente: ese enfermo se me murió a mi en la mesa de operaciones. También voy a modificar en parte la historia clínica, Tenía diagnóstico de ruptura del bazo y se lo llevó la familia, contra opinión médica; lamento que no esté Larghero, que fué quien más insistía para que se operara; la familia repito, se lo llevó contra la voluntad del Dr. Prat y Larghero, en ningún momento presentó la famosa acalmia, traidora o como se llame. El enfermo en un paseo creo tuvo un trauma mínimo y a la primera sacudida hizo la hemorragia cataclísmica, muriendo bruscamente en el momento en que practicábamos la laparotomía. Desde el punto de vista técnico operatorio, empleamos la laparotomía mediana; nos da luz en la inmensa mayoría de los casos; quizás en algún absceso haya necesidad de completar dicha incisión con otra transversal. Les recuerdo una pequeña maniobra o truco

adjuvante, que posiblemente esté descripto: cuando el bazo no viene bien o no aparece el hematoma, tironear un poco del estómago, los vasos cortos hacen de tractores y el órgano buscado se asoma.

Ahora está de más decir que el drenaje de hematomas, sin ir a buscar la causa de la hemorragia es un disparate que sólo lo realiza o un loco o un distraído.

Insisto en que la importancia del trauma poco cuenta como factor esencial en la ruptura del bazo; el bazo es un órgano que no sé lo que pasa: a veces un gran trauma no le hace nada y un pequeño trauma produce su estallido. Creo que las pequeñas rupturas son más frecuentes de lo que la gente cree. Pruebas al canto citando mis errores; los demás harán lo que quieran con los suyos. Un enfermo, voy a citar algunos detalles de historia, había entrado en una guardia anterior a la mía con varias costillas rotas; se comprobaba un hematoma intratorácico. Por dificultades que ocurren no fué posible sacar una placa en la cama, y como no se podía movilizar al enfermo por varias razones, se esperó a que la evolución lo permitiera. El sujeto mejoró, y cuando creíamos que la batalla estaba ganada, una tarde, a los 8 ó 9 días de su ingreso, hizo un estado de angustia, bruscamente y murió. La necropsia practicada por el forense nos dió que la causa del deceso era una ruptura del bazo que había pasado inadvertida; la ausencia de síntomas abdominales, me engañó.

Desde ese día hago sistemáticamente lo siguiente: con o sin reacción peritoneal, se queje o no el enfermo, le guste o no le guste, lo miro a la pantalla fluoroscópica. No me importa la intensidad del traumatismo, insisto, no hago placa, lo miro a Rayos X y si tengo algunas dudas sobre algunas imágenes, recién entonces saco placas, pero prefiero siempre radioscopia en todas las posiciones.

Estas maniobras deben hacerse dispuestos a intervenir de inmediato. En una oportunidad antes de que me fuera posible hacer un diagnóstico, la lipotemia del enfermo me indicó la conducta a seguir.

Creo que en la actualidad sólo no pensando se puede errar un diagnóstico; tenemos elementos más que suficientes para llegar a no cometer errores en la duda insoluble, siempre nos quedará el recurso de practicar con anestesia una pequeña laparotomía, comprobar la presencia o no de sangre dentro del abdomen; esta maniobra es perfectamente legítima, ya que casi todos estos traumatizados son muchachos jóvenes y fuertes, deportistas en su inmensa mayoría, en los cuales es preferible realizar una operación inútil que no dejar pasar una lesión prácticamente mortal, cuando es abandonada a su suerte.

De manera que, insisto, no se hace diagnóstico de ruptura del bazo, solamente cuando no se piensa en ella; por otra parte aconsejo a los que no tengan experiencia, aconsejo que miren sistemáticamente a la pantalla a los enfermos dudosos; no esperar la placa que puede tardar más de lo que se precisa. No es necesario dar bario ni ser muy lince para hacer diagnóstico; siempre hay pequeños signos que permiten realizarlo. (Diafragma que no se mueva; sombra gástrica deformada, etc., etc.).

Todo el mundo conoce ya lo tolerables que son las pequeñas rupturas. El Dr. Stajano tiene una placa que le facilité a propósito de las atelectasias por distensión perteneciente a un enfermo con ruptura de riñón y pequeña de bazo. La atelectasia desapareció cuando desapareció la tensión abdominal. Ese enfermo no tenía diagnóstico de rotura de bazo sino rotura de riñón; se le atribuyeron los síntomas a la rotura del riñón. El diagnóstico de ruptura del bazo se hizo una semana más tarde gracias a la pantalla.

Pido disculpas por haberme extendido más de lo razonable, pero quería hacer resaltar fundamentalmente las posibilidades de un buen diagnóstico, casi siempre la ausencia entre nosotros de bazos patológicos rotos, y lamentar que el optimismo de mi Maestro Prat no haya sido realidad.

**Dr. Giuria.**— Al Dr. Aguirre Mac Kay (chileno) quiero agradecerle sus conceptos y la experiencia que me ha transmitido del Servicio de Asistencia en Chile.

Con respecto a los bazos patológicos aquí quiero apoyar al Dr. Etchegorry: la inmensa mayoría de los bazos que constan en las estadísticas no son patológicos. En algunos pocos casos hemos encontrado esas adherencias diafragmáticas, pequeña peri esplenitis, pero se trataban de hematomas organizados de la fosa esplénica o de rupturas a hemorragia retardada, lo que podría explicar su existencia.

Al Dr. Prat le pensaba contestar con las mismas palabras con que ha hablado el Profesor Stajano y ha reiterado el Dr. Aguirre Mac-Kay. Quiero agradecerle eso sí, la historia relatada, pero al mismo tiempo le quiero decir que es de las que figuran en mis estadísticas.

Al Dr. Stajano no voy a hacer más que agradecerle. Hemos hablado mucho de este problema, de manera que los comentarios huelgan. Al Dr. Etchegorry sí quiero decirle algunas cosas. En primer término que ha llegado a las mismas resultantes nuestras, de acuerdo con su experiencia que es infinitamente mayor que la mía. Podría decir mejor que yo he llegado a las mismas conclusiones a que ha llegado él, en cuanto a la frecuencia. Por cierto que creo que es mucho más común de lo que parece. En cuanto a la Radiología, quiero adelantar a ustedes que estoy estudiando los signos radiológicos precoces o signos radiológicos que permiten hacer un diagnóstico de probabilidad de rotura de bazo.

En cuanto a la intensidad del trauma estamos completamente de acuerdo: traumas aparentemente pequeños provocan roturas y traumas grandes no dan rotura del bazo.

No tengo nada más que agregar y sólo me queda agradecer a ustedes la amabilidad que habéis tenido al escucharme.