

ESPLENOPORTOGRAFIA POR INYECCION ESPLENICA INTRAPARENQUIMATOSA TRANSPARIETAL (*)

Dr. Eugenio R. Zerboni

En el curso de las intervenciones que se llevan en los síndromes de hipertensión portal y en las esplenectomías, el estudio del sistema venoso es de suma importancia y hasta hace poco tiempo eran exámenes que se realizaban solamente después de la laparotomía puncionando directamente la vena esplénica, la porta o una de sus ramas.

Los trabajos efectuados por los médicos italianos S. Abeatici y Campi, después de efectuar la experimentación animal, con la inyección esplénica intraparenquimatoso de medio de contraste y verificada su buena tolerancia, han llevado este método a efectuarlo en el hombre, y así por una técnica sencilla e inocua se puede obtener la visualización del sistema porta.

Después de los médicos italianos, este método fué utilizado en Francia por los Dres. E. Leger, L. Gally y N. Arvay, comprobando también la inocuidad de este método.

La inyección del medio de contraste en pleno parénquima esplénico provoca una opacificación masiva de las venas esplénica y de la porta, debiendo destacar como hecho importante, comprobado por los autores franceses que dicha opacificación es mayor y más nítida que cuando se efectúa directamente la inyección por cateterismo en una afluente del sistema; piensan que posiblemente esto sea debido a la contracción del bazo, aunque este hecho no ha podido ser verificado.

Quiero destacar que la lectura de los trabajos de estos autores aseguran la inocuidad de la inyección intraesplénica.

La técnica es sumamente sencilla, puesto el enfermo sobre la mesa radiológica, se toma primeramente una radiografía sim-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía enl a ½ hora previa el día 28 de julio de 1954.

ple, para delimitar el contorno del bazo y una vez localizado éste, se efectúa la punción por la vía subcostal, si es que es voluminoso y sobrepasa el reborde óseo, o por vía transparietal torácica en el décimo espacio.

Se utiliza una aguja de punción lumbar, de calibre algo grueso, después de efectuar una inyección local de Novocaína al 1 %. Pequeña cantidad de sangre fluye por el extremo de la aguja, que nos indica que estamos en buena posición.

Se inyecta primero uno o dos centímetros de medio de con-

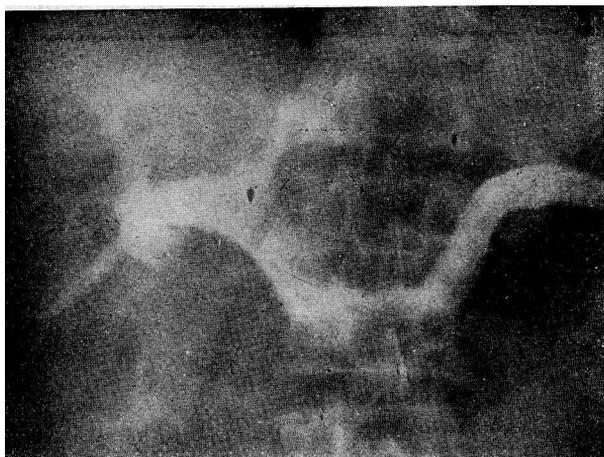


FIG. 1. — Radiografía obtenida inmediatamente de terminada la inyección. Visualizándose en forma nítida la vena esplénica, la porta y sus ramas principales.

traste y se toma una primera radiografía de control, si se está en plena masa esplénica en los extremos de la aguja aparecen pequeños lagos opacos. Después de esto se inyectan 20 cm. de medio de contraste yodado al 70 %. Nosotros hemos practicado el estudio con la sustancia de contraste, que en los comercios se denomina Pilumbrin Diodone. La inyección se efectúa lo más rápido posible, pero sin efectuar una presión exagerada.

Las tomas radiográficas se hacen por medio de un seriógrafo comenzando la primer radiografía al terminar la inyección y en general la última se efectúa entre 8 á 12 segundos después.

Existe un tiempo variable que depende de la velocidad de la circulación hasta la eliminación total del medio de contraste.

No se provoca dolor al inyectar, así como tampoco en el momento de puncionar el bazo.

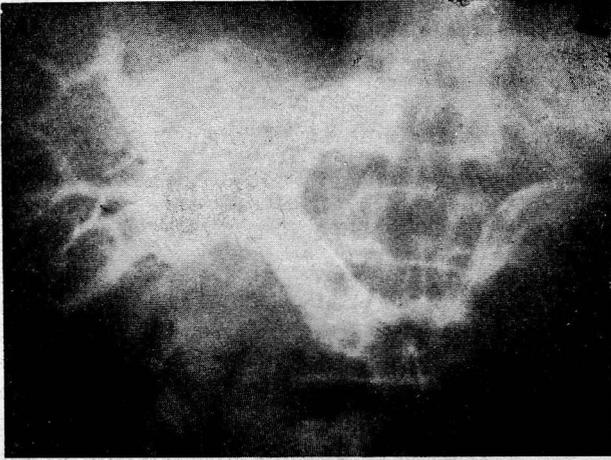


FIG. 2. — Radiografía obtenida 2 segundos después. Visualización de la vena esplénica, la porta, con sus finas ramificaciones. También se visualizan nítidamente las venas suprahepáticas.

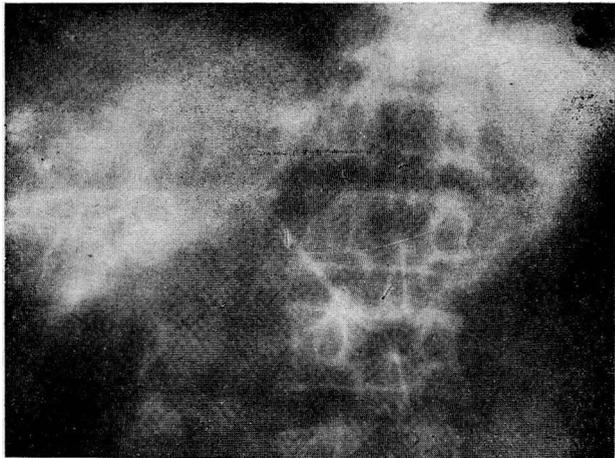


FIG. 3. — Radiografía obtenida 6 segundos después de terminada la inyección. Se visualiza solamente las finas ramificaciones de la porta.

Debe agregarse, que si por una mala técnica, el medio de contraste está en el peritoneo, no provoca ningún accidente y es fácilmente reabsorbido.

El caso que efectuamos nosotros, se trata de un enfermo de 40 años que en 1948, hace 6 años, ingresó por hematemesis y melena, dispepsia con varios meses de evolución y no ritmada con la comida. Intervenido, no se observó lesión gastroduodenal, la vesícula estaba acodada por brida y presentaba un hígado

cirrótico, biopsia. Ingresa nuevamente por trastornos dispépticos, dolor en el epigastrio, fijo, sin irradiaciones de poca intensidad y de aparición postprandial inmediata. No ha sangrado.

En el examen de abdomen, se palpa el hígado a tres traveses de dedo por debajo del reborde costal, se palpa el bazo. Muy discreta circulación colateral infraumbilical, con relleno de arriba abajo.

Dr. Bosch. — Voy a contestar un poco a la pregunta del Dr. Zerboni; es un enfermo de mi conocimiento, que planteaba problemas diagnósticos muy importantes y aún terapéuticos; se pensaba que era un cirrótico, pero también se verificaron otros planteamientos.

Con el diagnóstico radiológico tan brillante del Dr. Zerboni, con placas tan espléndidas, se confirmó la sospecha clínica y de laboratorio, resolviéndose por tal motivo trasladar el paciente a un servicio de medicina, para su terapéutica correspondiente.

Dr. Zerboni. — Agradezco al Dr. Luis M. Bosch, los datos complementarios de la historia del enfermo, que solamente quise hacerlo en forma resumida.

En cuanto a lo dicho por el Dr. Etchegorry debo manifestar que hace tiempo solicité entre los cirujanos, pacientes para efectuar una portografía, los que se han resistido, manifestándome alguno de ellos que han operado o visto operar afecciones del bazo y que es tan frágil, que no se animaban a dejar que inyectara sustancia de contraste en el bazo. Para este paciente, he contado con la colaboración del Dr. Larghero que me ha cedido el enfermo.

Quiero decir dos palabras, sobre la inocuidad del método y de la sustancia de contraste. Después que practiqué el examen en este enfermo, tuve conocimiento que se intentó hacer por otros colegas el mismo examen y en lugar del bazo puncionaron el pulmón, inyectando en él 20 centímetros de medio opaco. El enfermo hizo una crisis de tos con discreta cianosis y en dos o tres minutos, todo terminó.

Con respecto al error de inyectar el medio de contraste en el peritoneo, debo decirles que no trae mayores consecuencias.

En un examen efectuado por mí para practicar una aortografía abdominal, en lugar de inyectar en plena luz aórtica, puncioné el tronco celíaco e inyecté 40 centímetros, sintiendo solamente el enfermo intenso calor en el abdomen, que duró unos minutos.

En cuanto a lo que se refiere el Dr. Prat, creo que se relaciona con la portografía peroperatoria, con inyección del medio opaco en una de las ramas.