

## ROTURA ESPONTANEA DE BAZO NORMAL (\*)

Dr. Alberto Valls

S. S. P., 17 años, m. enero 7 de 1956.

Hace un mes, después de un viaje en bicicleta, baja a tomar agua Soca. Sin trauma evidente, siente bruscamente dolor sincopal en epigastrio, irradiado al hombro izquierdo. Ingresa al Hospital Pasteur. Estuvo en observación 4 días, y se le da el alta teniendo pequeñas molestias abdominales. Hace una semana empieza con dolor en fosa ilíaca derecha y estado febril de 38° y 39°. Por ese motivo, pensando en tifoidea, lo internan en la sala 4 del Hospital Pasteur. El día 7 de enero el Dr. Maggiolo cree, que por el dolor en fosa ilíaca derecha se trata de una apendicitis aguda y pide que lo veamos. Comprobamos el enfermo febril, 38°, palidez de piel y mucosas. Abdómen algo distendido, doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha. Presenta matidez de hipocondrio izquierdo con Traube desplazado hacia derecha, matidez de flanco y fosa ilíaca izquierda.

Pensamos, por el dolor inicial sincopal irradiado a cuello, por la palidez del enfermo y por la matidez de hipocondrio y flanco izquierdo en una rotura de bazo en dos tiempos, por un hematoma subcapsular.

Se le hace estudio radiológico que muestra: 1) opacidad de logia subfrénica izquierda. 2 Desplazamiento de estómago hacia la línea media. 3) Descenso del colon.

Estos elementos hacen pensar en la rotura de bazo.

Decidimos operarlo con transfusión, empezando por una incisión de Mac Burney por el diagnóstico de apendicitis.

Operación: 7 - I - 1956. Anestesia general. Dr. Valls, Pte. Interno.

Incisión de Mac Burney, viene sangre con coágulos, se cierra esta incisión.

Incisión subcostal izquierda, se comprueba sangre con coágulos. Ba-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa, el día 5 de abril de 1961.

zo aumentado de tamaño con un hematoma en la cara externa, subcapsular. Cápsula con un desgarro estrellado por donde sale sangre.

Esplenectomía. Cierre de la pared por planos, lino en la piel.  
Postoperatorio, evolución excelente.

**Examen anatomopatológico:** Dr. J. F. Cassinelli; Nº 56.002.

**Macroscópicamente** bazo moderadamente aumentado de dimensiones

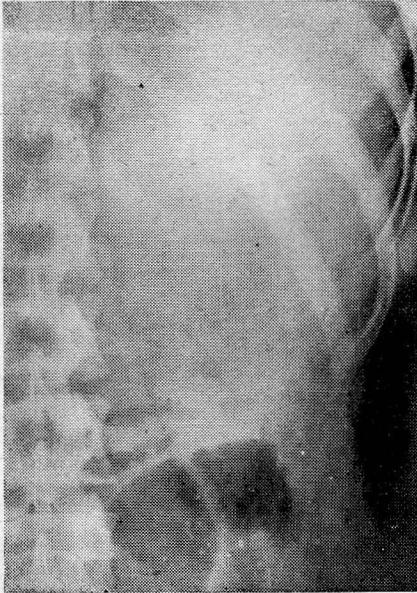


Fig 1

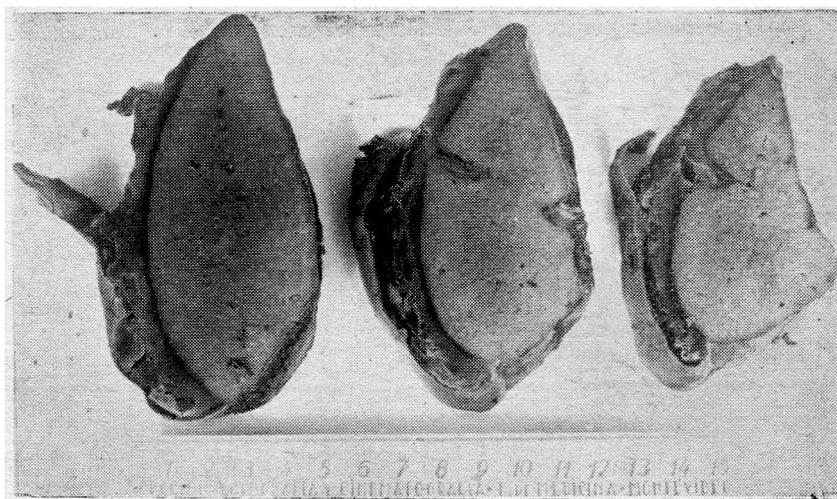
y de peso: pesa 400 gramos (incluyendo el coágulo subcapsular depositado sobre la cara anterior y mide 16 x 14 cm. y 4 cm. de espesor.

La cara anterior tiene un amplio desgarro de la cápsula a nivel de su borde anterior y se ha colectado una masa de sangre coagulada, que ocupa los dos tercios superiores de la cara anterior, por debajo de la cápsula )hematoma subcapsular).

Al corte el parenquima esplénico no muestra anormalidades macroscópicas de significación en su estructura; a nivel del polo superior aparece un desgarro de unos 15 mm. de profundida como una estrecha cuña lleno por sangre coagulada que se continua con el coágulo subcapsular, y que aparece como la única zona traumática responsable de la hemorragia.

**Diagnóstico histológico:** Porción de perenquima esplénico con aplastamiento de la malla de la pulpa roja, una cierta moderada disminucíon del tej. linfoideo folicular, y una gruesa masa de sangre coagulada de-

positada en la superficie (subcapsular) y en la hendidura traumática intraesplénica; ya hay proliferación conjuntiva fibroblástica de organización partiendo de la superficie del tej. esplénico dirigida hacia la capa de sangre coagulada que la cubre.



### Consideraciones

La rotura espontánea de bazo normal es una entidad muy rara. Puede tenerse una información amplia en el trabajo de Orloff y Perkin (Int. Abstr. Surg., 106; 1, 1958).

Puede ocurrir por un trauma que pasa inadvertido, en un bazo móvil; o en un bazo con una lesión pequeña que no aparece por el traumatismo o por perturbaciones venosas congestivas o lesiones arteriales hialinización de la túnica media.

El tipo de lesión es similar a las demás roturas.

Es importante que cuando lleva tanto tiempo de evolución, sobre todo en hematomas subcapsulares, puede tener una evolución febril y por la difusión peritoneal, siguiendo los tabicamientos de los mesos, se acantone la sangre en pelvis y fosa ilíaca derecha llevando al diagnóstico de apendicitis.

Pensando el diagnóstico, en un enfermo anémico, es conveniente confirmarlo con la radiografía y operarlo con transfusión.