

Hemoperitoneo espontáneo

Dr. NELSON B. VARELA *

La circunstancia de haber reunido tres casos de hemoperitoneo espontáneo de hemivientre superior, motiva la presente comunicación.

Por definición, hemoperitoneo significa derrame hemático intraperitoneal. A ello debemos agregar que se trata de derrames de sangre pura, ya que varias circunstancias, que veremos en seguida, pueden dar extravasaciones sanguíneas.

Los traumatismos abdominales frecuentemente producen hemoperitoneos; afecciones ginecológicas también pueden producir como complicación derrames sanguíneos intraperitoneales.

Una tercera causa está representada por afecciones hemorrámparas y extravasaciones hemáticas originadas en trombosis mesentérica, pancreatitis aguda, etc.

Excluidas estas causas, los hemoperitoneos claramente espontáneos, son observaciones poco frecuentes.

Las causas de producción de hemoperitoneo espontáneo son numerosas; de una manera general, se pueden dividir en dos grandes grupos: 1) de causa vascular; y 2) por lesión parenquimatosa de víscera abdominal, las que pueden ser víscera maciza o lesión de víscera hueca.

Los hemoperitoneos espontáneos de causa vascular incluyen las rupturas de aneurismas de las arterias abdominales, de arterias viscerales y de venas del abdomen. Perdomo y Folle (11) presentaron un caso de H.E. por ruptura de aneurisma de arteria esplénica. R. Praderi (12) analiza nueve casos de H.E. y describe las rupturas de aneurismas vasculares, especialmente aórticos; Latourrette y Fal-

coni (7) a su vez presentan un caso de ruptura de aneurisma de arteria hepática izquierda.

Las rupturas espontáneas de parénquimas pueden suceder en órganos normales, como el caso de ruptura de Giuria (6) de bazo normal, o en órganos afectados por tumores o afecciones inflamatorias o de sistema.

En el piso supramesocólico, la ruptura de bazo, generalmente patológico (en particular, el bazo palúdico), es la de mayor frecuencia; le siguen las causas vasculares, aneurismas de esplénica, hepática, aorta abdominal, vasos de curvatura gástrica, etc. La ruptura de aneurisma de arterias abdominales ha pasado a primer término, en virtud de la prolongación de la vida, que lleva al aumento de la patología degenerativa.

Las rupturas de origen hepático [44 observaciones en 400 casos de Mondor y Olivier (10)] ocupan el tercer lugar en orden de frecuencia con ruptura de tumores en primer lugar - aneurismas intrahepático en segundo lugar.

Los hemoperitoneos espontáneos originados en órganos huecos pueden observarse en vesícula con lesiones inflamatorias o tumorales [2 casos presentados por Raúl y Luis Praderi, de perforación de neoplasma de vesícula biliar (13)], e ímago y duodeno intestino y apéndice. Cendán y Latourrette (2) presentan 3 casos de H. de causa apendicular.

SINTOMATOLOGIA

Como antecedentes se ha señalado un cuadro de dolores y molestias en la región abdominal alta, sin horario y aun dolores postprandiales, que han llevado a diag-

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. J. A. Piquinela. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay y el 22 de julio de 1970.

* Docente Adscripto de Cirugía.

nosticar úlcera péptica y frente al cuadro agudo, úlcera perforada.

La instalación del cuadro es brusca, es la de un cuadro agudo doloroso de abdomen, con o sin vómitos, temperatura moderada [a veces alta, en relación con el proceso en causa (Obs. N^o 1)]. Pulso acelerado. En algunos casos el dolor puede presentar irradiación a los hombros. Los signos físicos muestran un cuadro de anemia más o menos intensa y signos abdominales variables, en los que se puede encontrar defensa o localización supraumbilical o generalizada, balonamiento y aun ausencia de signos parietales abdominales. El examen del fondo de saco de Douglas puede mostrar abombamiento y dolor más o menos acentuado. En la mujer la existencia de signos en algún fondo de saco puede confundir el diagnóstico. (Obs. N^o 3). El hemograma muestra anemia e hiperleucocitosis.

DIAGNOSTICO

En muchos casos el diagnóstico del H.E. se hace en el acto quirúrgico y otros en la autopsia. Por un lado, el polimorfismo del cuadro que lo confunde con úlcera perforada, pancreatitis aguda, apendicitis aguda, oclusión intestinal, colecistitis, por la anemia con embarazo ectópico complicado en la mujer, etc., hace más ostensible su propia sintomatología, que la propia del hemoperitoneo. El diagnóstico positivo de sangre intraperitoneal se facilita por medio de la punción abdominal.

El examen radiológico puede mostrar el derrame entre las asas, borramiento del psoas, etc. En el caso particular de hemoperitoneo por ruptura de bazo, los siguientes signos: 1) elevación de la cúpula diafragmática izquierda; 2) opacidad en el hipocondrio izquierdo; 3) descenso del ángulo izquierdo del colon; 4) desplazamiento hacia la derecha del estómago; y 5) ausencia de neumoperitoneo si se pensó en úlcera perforada (Obs. N^o 1).

TRATAMIENTO

Diagnosticado el derrame de sangre intraperitoneal, ello supone una laparotomía exploradora, si previamente se descartó

una hemorragia intraperitoneal de origen genital, ectópico, etc., se hará una mediana o paramediana supraumbilical. Si por el contrario una incisión de Mac Burney o Pfannenstiel, muestran el apéndice sano y la no existencia de lesiones sangrantes en el aparato genital.

Abierto el peritoneo, muchas veces surgen dificultades para saber de donde viene la sangre, que en forma abundante inunda el campo operatorio. En el caso de Latourrette y Falconi (7), en dos laparotomías, no se logró individualizar la causa de hemorragia. Son muchos los aneurismas que no se diagnostican en el acto operatorio, cuando las intervenciones se realizan con otros diagnósticos. El cirujano debe conocer todas las causas que producen hemoperitoneo.

Una vez que se penetra al abdomen, se aconsejan las siguientes maniobras: primero se explorará el bazo, donde se podrán encontrar coágulos abundantes, a veces muy voluminosos; otras veces el bazo aumentado de volumen; otras de consistencia anormalmente blanda; otras veces puede presentar un desgarró. Si la exploración de la celda esplénica es negativa, se explorarán los mesos gástricos, el estado de las arterias de las curvas gástricas, la retrocavidad de los epiplones, el hígado, vesícula biliar, pedículo hepático, arteria esplénica, retroperitoneo y aorta, completado en la mujer por un cuidadoso examen del aparato genital.

En casos poco frecuentes, la causa del H.E. no se logra establecer ni aun en el acto operatorio; en algunas oportunidades este hecho puede atribuirse a exploraciones incompletas y es la autopsia quien hace el diagnóstico definitivo. Es difícil también diagnosticar la causa si la hemorragia aún en situación aguda se ha detenido.

Bosch del Marco (1), en su comunicación, plantea tres eventuales motivos para analizar como origen del derrame sanguíneo, de gran entidad y de causa no aparente: el quiste de ovario, la pequeña tumoración yuxtacolónica y el páncreas engrosado, que al ser asiento de pequeñas áreas de pancreatitis agudas, pueden debilitar los vasos y determinar así la hemorragia.

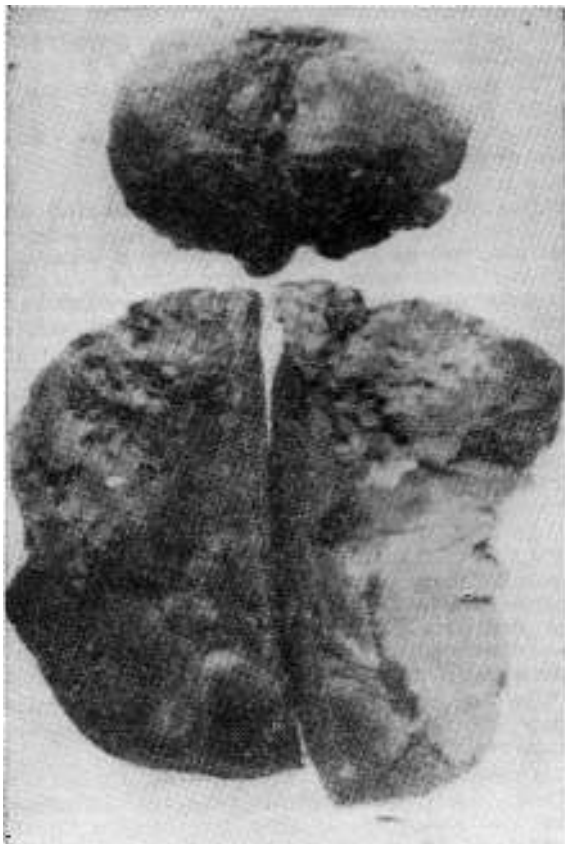


FIG. 1.— Fotografía del bazo. El extremo superior corresponde al polo inferior.

Las tres observaciones que motivan la presente comunicación son:

OBS. nº 1.— G. R. D. 29 años. Hospital de Clínica Reg. 010.414 (4). Ingresó al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas por cuadro agudo de bazo en datando de 24 horas, precedido de molestias epigástricas 15 días antes, por lo que comenzó surgiendo por estas molestias. El cuadro agudo consistió en dolor intenso en epigastrio, de tipo perforativo, irradiado a ambos hipocondrios acompañado de un vómito alimenticio y gran repercusión sobre el estado general. Sin antecedentes.

El examen mostró paciente con estado tóxico-infeccioso importante, T.A. 36°4 y T.R. 39°4. Fascies terrosos, piel y mucosas decoloradas. Abdomen inmóvil con defensa generalizada, doloroso en toda su extensión con máximo en fosa ilíaca derecha. Dolor a la decompresión. No se comprueba sonoridad prehepática. El tacto rectal mostró un fondo de saco de Douglas distendido y doloroso. Pleuropulmonar normal. Cardiovascular: pulso 105, regular; P.A. 10-6. Los exámenes de laboratorio mostraron: leucocitosis 24.000; orina con albúmina y glucosa 10 gr.; cloruros 0,90; urea, 4 gr.;

sedimento, escasas células redondas; escasos glóbulos rojos; bacterias. La radiografía mostró opacidad de hipocondrio derecho con asas de colon superpuestas y por debajo asas dilatadas. No hay niveles, no se comprueba neumoperitoneo. Hay engrosamiento de los espacios entre las asas.

Consideraciones preoperatorias: peritonitis generalizada, que puede corresponder a una úlcera perforada, aunque no hay antecedentes, no hay sonoridad prehepática, no hay neumoperitoneo o a una peritonitis apendicular.

La operación (Dres. Santos y Varela, Pte. Hill) mostró en un primer tiempo, en que se practicó una incisión de Mac Burney Gosset, gran cantidad de sangre oscura lacada, con coágulos y confluente ileocecoapendicular normal. La exploración de la logia esplénica mostró gran cantidad de coágulos. Una segunda incisión paramediana izquierda mostró bazo grande, friable, sin adherencias, con el polo inferior separado del resto del parénquima y otros desgarros pequeños en el órgano. Gran cantidad de coágulos y sangre oscura en la logia esplénica. El estado general es muy grave, por momentos no se percibe pulso ca-



FIG. 2.— Proliferación masiva de células leucémicas en el parénquima esplénico.

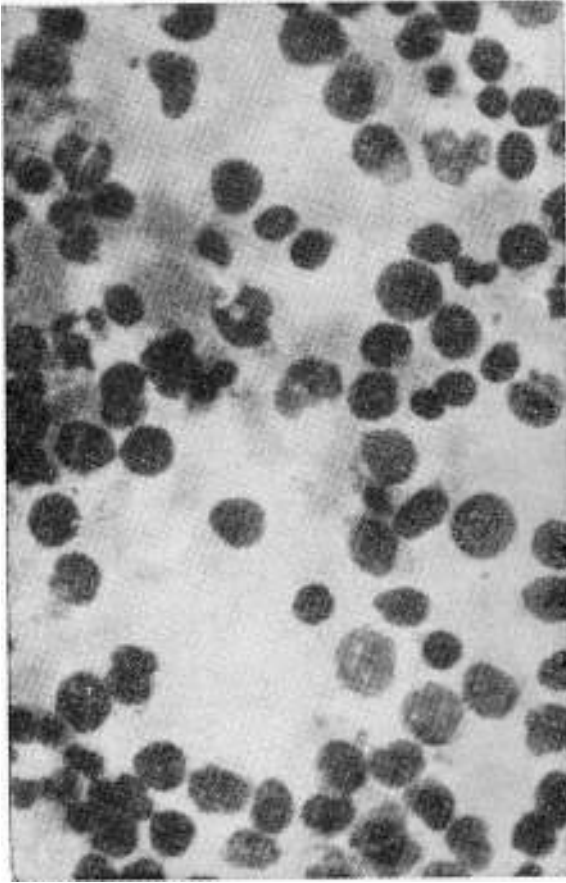


FIG. 3.—Frotis de fragmento del bazo.

rotideo. Se practica esplenectomía. El paciente fallece en la mesa de operaciones; se había pasado 1 litro de sangre.

El interrogatorio cuidadoso de los familiares permitió descartar totalmente todo traumatismo previo al cuadro agudo. La radiografía de abdomen permitió ver los signos clásicos señalados.

El informe anatomopatológico, realizado por el Dr. D. Mendoza, mostró: bazo que pesa 620 gr. (fig. 1) dividido en dos porciones, correspondiendo una de ellas al polo inferior del órgano. Superficie de sección irregular y desgarrada. La pulpa esplénica es rojiza y blanduzca, con franca disminución del puntado folicular. La superficie externa está rodeada de gruesas masas de sangre coagulada. El examen microscópico mostró un tejido esplénico infiltrado por células mononucleares, que llenan los senos venosos (fig. 2) y los cordones de la pulpa roja. Los corpúsculos de Malpighi están disminuidos de tamaño y en cantidad. En las zonas del borde de la sección patológica se observa una infiltración hemorrágica intensa.

El estudio histológico del hígado, riñón, ganglio y suprarrenales, mostró que estos órganos estaban infiltrados por células mononu-

cleares dispuestas en acúmulos o difusamente, con los mismos caracteres que los encontrados en el bazo.

El estudio en conjunto de los órganos afectados permite suponer que el enfermo padecía una enfermedad de sistema, orientándonos hacia el diagnóstico de leucemia.

Obs. N° 2.—A. P. A., 41 años. Hospital de Clínicas. Reg. 38.092. Ingresó por cuadro agudo doloroso de hipocondrio derecho y vómitos. Veinte horas antes del ingreso y luego de una ingesta de alimentos excitobiliares, comienza con cuadro doloroso de abdomen de hipocondrio derecho irradiado a fosa lumbar y hombro derecho, de intensidad creciente, acompañado de vómitos alimenticios y biliosos. Orinas, tránsito urinario e intestinal, normales. No tuvo chuchos de frío. Antecedente importante a destacar: dispepsia hepatovesicular. Pese a la terapéutica instituida con inyectables, etc., no mejora; la ingresan.

El examen mostró: enferma lúcida, pálida. T.A. 37,5; T.R. 38°. Sudorosa. Pulso 110, regular. Tonos cardíacos s/p. Abdomen: duele especialmente en hipocondrio derecho, donde se despierta defensa y se palpa tumefacción dolorosa con los caracteres de colecistitis con pericolecistitis.

En las horas posteriores a su ingreso aparece defensa generalizada, por lo que se decide intervenir.

Operación (Dr. N. Varela, Ptes. Canessa y Cat). Anestesia general (Recine). Incisión oblicua subcostal derecha con sección transversa de recto anterior del abdomen y disociación de músculos anchos. Abierto el peritoneo, viene gran cantidad de sangre oscura. Se aspira y la exploración muestra intestino adherido a vesícula biliar, que se libera, comprobando en su tercio proximal orificio de 1 ½ cm. de diámetro. Hígado, aparato genital y resto de abdomen s/p.

Una colecistotomía evidencia en el interior de la vesícula cantidad de coágulos y un cálculo de aspecto colesterínico de 1 cm. de diámetro.

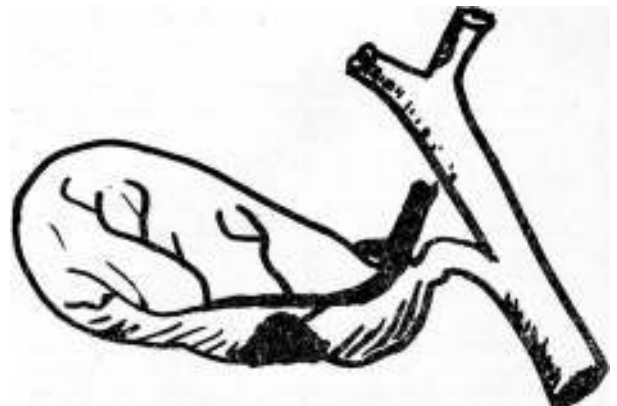


FIG. 4.—Esquema de la perforación vesicular.



FIG. 5.—Localización del hemangioma cavernoso.

Extraídos los coágulos y el cálculo, se comprueba que viene bilis. Liberación del pedículo y colecistectomía del cuello al fondo. No se logra cateterizar el cístico. Colédoco normal en su aspecto y a la palpación. Dren en cigarrete. Cierre por planos.

Evolución postoperatoria excelente. Alta a los 11 días.

El examen anatomopatológico de la pieza reveló: vesícula piriforme, sin fijar, de 10 de largo; tiene una amplia rotura a 4 cm. sobre una de sus caras, de bordes desgarrados. Pared vesicular engrosada por fibrosis, muy edematosa, profunda y uniformemente hemorrágica. Superficie interna en partes conservando cierto aspecto reticulado, moderadamente hipertrófico, con bilis de color verde depositada en el bacinete y comienzo del cístico con necrosis e infiltración hemorrágica en las partes que circunda el orificio de rotura vesicular. Aparte se recibió un cálculo groseramente esferoidal de 3 cm. color blanquecino amarillento exteriormente y en las superficies de sección de estructura mixta poliestratificada.

Microscopía (Dr. F. Cassinelli). La pared vesicular muestra: a) un fondo de colecistitis crónica (litiásica), difusa, de relativamente mediana intensidad, con mucosa con hiperplasia epitelial, muscular levemente hipertrofiada, aumento del espesor de las capas externas por hiperplasia fibrosa reaccional, postinflamatoria y realmente discreta infiltración celular crónica; b) lesiones de edema, congestión y fuerte infiltración hemorrágica de las capas externas, que parecen indicar un empuje agudo de colecistopatía obstructiva actual, en su comienzo (?), porque no hay necrosis significativa aun de la mucosa, ni proliferación fibroblástica, ni infiltración polinuclear, excepto la señalada en c); c) cerca de la zona

de perforación vesicular se produce más bien bruscamente, un notable adelgazamiento de la pared por desaparición de la mucosa y muscular en el seno de una densa infiltración hemorrágica intersticial difusa, quedando el espesor parietal reducido a la atmósfera fibroadiposa externa, hemorrágica, hasta alcanzar el borde de la rotura parietal, donde los tejidos, apenas reconocibles, tienen aspecto de necrosis total. Es aquí que se ven algunos cúmulos de polinucleares, pareciendo indicar un comienzo de reacción secundaria a las lesiones necrotico-hemorrágicas parietales. La superficie necrotico-hemorrágica interna de ese sector parietal tiene infiltración pigmentaria biliar, pero no hay caracteres de proceso inflamatorio agudo exudativo purulento.

En resumen: colecistitis crónica litiásica. Colecistopatía aguda obstructiva en curso. Rotura parietal probablemente mecánica, por distensión, en una zona de necrosis hemorrágica, también probablemente por trastorno vascular mecánico (infarto).

Obs. N° 3.—J. S. de V., 29 años. CASMU. Reg. 28.676, N° 127.496. En estado de aparente buena salud, comienza con cuadro agudo doloroso de abdomen y síndrome de anemia aguda. No vómitos, no alteraciones de tránsito urinario e intestinal. Última menstruación normal en fecha. No traumatismo abdominal. Mareos y lipotimia.

El examen evidenció: pálida, algo sudorosa. P.A. 7/4. Pulso 120, regular. Pleuropulmonar y corazón s/p. Dolor difuso abdominal con irradiación a ambos hombros.

Examen genital: empastamiento de F.S. lateral derecha. Movilidad uterina dolorosa.

Operación (Dres. Musso y N. Varela). Anestesia general (Dr. Chertkoff). Incisión de Pfannestiel. Abierto peritoneo se comprueba sangre y coágulos abundantes. Quiste de ovario derecho seroso. Trompas normales. No existe causa genital ni de pelvis que justifique la hemorragia. Incisión mediana supra-bilical. Bazo epiplón, intestino, s/p. En hígado se encuenra pequeña tumoración rojiza, en lóbulo izquierdo, que se reseca. Además se practica resección parcial de ovario derecho.

Evolución postoperatoria sin incidencias. Alta a los 8 días.

Evolución postoperatoria sin incidencias. Alta a los 8 días.

Anatomía patológica (Dr. Scandroglia). El material está formado por un trozo de tejido de color amarillento, de consistencia blanda, que mide 23 mm. La sección muestra un aspecto que recuerda al tejido hepático. El centro es de color rojo. Microscópicamente se comprobó, a nivel del trozo del tejido, una neoformación de origen vascular, de tipo angioma cavernoso, con cavidades vasculares, irregulares y estroma intersticial de tipo fibroso. Mostró además una zona donde el vaso cavernoso se pone en contacto con la cápsula, la que aparece levantada por una hemorragia subcapsular, lo que explica la hemorragia peritoneal.

En resumen: hemangioma hepático roto en la cavidad peritoneal.

RESUMEN

Presentamos tres casos de hemoperitoneo espontáneo de piso supramesocólico, que presentaban los siguientes caracteres comunes: 1) se iniciaron como un cuadro agudo de abdomen; 2) presentaron anemia evidente; 3) la hemorragia fue la primera manifestación clínica de la enfermedad; 4) existía en ellos una afección preexistente y evidenciable en el acto quirúrgico.

Se hacen consideraciones acerca de la etiología, diagnóstico y tratamiento del hemoperitoneo espontáneo.

RÉSUMÉ

On présente trois observations de hémopéritoine spontané. Ils ont des caractéristiques communes: 1) commencent par un grave syndrome aigu abdominal; 2) présentaient un anémie importante; 3) l'hémorragie fut la première manifestation de la maladie; 4) existaient une première affection qui est remarquable dans l'opération.

On fait considerations sur l'étiologie, diagnostique et traitement de l'hémopéritoine spontané.

SUMMARY

Three cases of spontaneous hemoperitoneum are reported. They presented the following common features: 1) they began as an acute abdomen; 2) they presented evident anemia; 3) bleeding was the first clinic demonstration of the illness;

4) there was a preexistent pathologic condition and it was evident in the operation.

Considerations about etiology diagnosis and treatment are described.

BIBLIOGRAFIA

1. BOSCH DEL MARCO, L. M. Hemoperitoneo espontáneo sin causa aparente. *Día Méd. Urug.*, 417: 191, 1968.
2. CENDAN, J. A. y LATOURRETTE, F. Las hemorragias peritoneales graves en la apendicitis aguda. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 27: 14, 1956.
3. COORAY, G. H. Spontaneous rupture of leukemic spleen. *Brit. M. J.*, 1: 693, 1952.
4. FINOCHIETTO, R. *Cirugía básica*. Edit. López Libreros, Bs. As., 1960.
5. FINOCHIETTO, R. Hemoperitoneo espontáneo masculino. *Pren. Méd. Arg.*, 47: 1777, 1960.
6. GIURIA, F. Rupturas traumáticas de bazo normal. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 24: 367, 1953.
7. LATOURRETTE, F. y FALCONI, L. Hemoperitoneo mortal por rotura de aneurisma de la arteria hepática izquierda. *Rev. Cir. Urug.*, 36: 16, 1966.
8. MATTEW, M. y FREEDLANDER, S. O. Hemorragia intraperitoneal espontánea. *An. Cir.*, 4: 195, 1945.
9. MONDOR, H. *Diagnostic urgents (abdomen)*. Masson, Paris, 1947.
10. MONDOR, H. et OLIVIER, Cl. L'hémopéritoine chez l'homme. *J. Chir.*, 53: 1, 1939.
11. PERDOMO, R. y FOLLE, J. A. Hemoperitoneo espontáneo por ruptura de aneurisma de la arteria esplénica. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 31: 5, 1960.
12. PRADERI, R. C. *Hemoperitoneo espontáneo en el hombre*. Tesis. Premio Clivio Nario, 1959. (Inédita.)
13. PRADERI, R. y PRADERI, L. Hemoperitoneo por perforación de neoplasma de vesícula biliar. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 110, 1963.
14. SANTOS, A. y VARELA, N. Ruptura espontánea de bazo leucémico. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 26: 296, 1955.
15. SCHAIRER, A. and KEELEY, I. Gangrene of the gall bladder with shock from intraperitoneal hemorrhage. *A.M.A. Arch. Surg.*, 76: 1000, 1958.
16. TAGART, R. E. B. Ruptured splenic arterial aneurysm. *Brit. J. Surg.*, 39: 469, 1951.
17. TEJERINA, W. *Operaciones urgentes*. Ed. El Ateneo, Bs. As., 1955.