

Hematoma esplénico traumático de 18 días de evolución

Dres. Federico Schneeberger, Alberto Piñeyro
y Antonio Farcic

Hospital Central FF.AA. Montevideo.

Presentación de un caso de hematoma esplénico traumático operado a los 18 días del traumatismo. Se destaca la importancia de los estudios Rx. convencionales y el neumoperitoneo para el diagnóstico peroperatorio.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Splenic rupture / Diagnosis.

El motivo de esta presentación es aportar un nuevo caso de hematoma subcapsular traumático de bazo en el que se destaca la utilidad de los métodos radiológicos convencionales incluyendo el neumoperitoneo cuando no se dispone de estudios más precisos como la angiografía esplénica.

CASO CLINICO:

D.F.M. Sexo masculino. 21 años. N° Reg. 171.460 (HMFFAA).

Ingresa por dolor tóracoabdominal izquierdo. Dieciocho días antes es golpeado por la vara de un carro en la región tóracoabdominal izquierda. Presenta dolor local de mediana intensidad por lo que permanece en reposo 3 días reintegrándose a su trabajo habitual durante una semana. Comienza entonces con dolor en axila izquierda, de tipo puntada, de mediana intensidad, que aumenta con la respiración. Tos seca ocasional. Permanece nuevamente en reposo durante los 7 días siguientes siendo enviado por exacerbación del dolor. Temperatura axilar de 37,5°C en los últimos 3 días.

Al examen: Buen estado general. Apirético. Hipocoloración cutáneo-mucosa de poca entidad.

Tórax: Dolor discreto en el reborde costal izquierdo sin punto de dolor exquisito ni crepitación. En la base del hemitórax izquierdo, cara posterior existe un síndrome en menos.

Pulso radial lleno, de 84 p.m. Presión arterial de 120/80 mm de Hg.

Abdomen: sin dolor espontáneo. Blando, depresible, con leve dolor en el hipocondrio izquierdo. No se palpa bazo. No aumento de la matidez esplénica. Traube

conservado. Tacto rectal: normal. Fosas lumbares libres e indoloras.

Radiografía de tórax (Fig. 1): Opacidad pleural en base izquierda con elevación del hemidiafragma que es inmóvil a la radioscopia. No hay fracturas costales.

Radiografía de abdomen (Fig. 2). Aumento del área esplénica con evidente distensión gástrica y colónica a predominio en el ángulo izquierdo con desplazamiento de ambos hacia la línea media.

No se puede efectuar una arteriografía selectiva por razones técnicas por lo cual se practica neumoperitoneo (Figs. 3 y 4) con control radioscópico observándose que el gas no penetra debajo de la mitad externa del hemidiafragma izquierdo. Pequeña burbuja en la parte interna de la legia subfrénica izquierda.

Hematocrito de 32 %. 7.900 G.B.

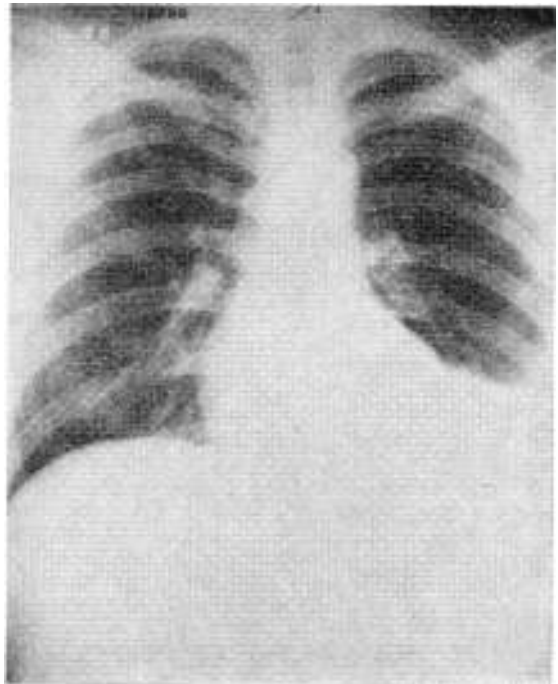


Fig. 1.— Rx de torax: Elevación del hemidiafragma izquierdo y opacidad pleural.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 11 de mayo de 1977.

Asistente de Clínica Quirúrgica, Médico Auxiliar y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. Medicina. Montevideo.

Dirección: Juan M. Pérez 2773. Montevideo. (Dr. F. Schneeberger).

Se opera al día siguiente de su ingreso por incisión transversa de hipocondrio izquierdo encontrándose bloqueo del espacio subfrénico izquierdo por múltiples adherencias firmes que liberadas evidencian un bazo aumentado de tamaño con importante hematoma subcapsular. Sangre escasa en la logia esplénica. Se realiza esplenectomía y drenaje subfrénico. Bueno evolución. Alta al noveno día.



FIG. 2.— Rx simple de abdomen. Aumento de la opacidad esplénica con desplazamiento gástrico y del ángulo izquierdo del colon.

Anatomía patológica: Bazo de 480 grs. con hematoma subcapsular. Microscopía: Foliculos linfoides conservados. Congestión difusa de senos venosos. Trombosis vascular.

COMENTARIOS

Las roturas esplénicas traumáticas diferidas representan alrededor de un 15 % del total (1, 6, 9, 22).

Anatómicamente pueden corresponder fundamentalmente: 1) a un hematoma subcapsular; 2) a un hematoma de la fosa esplénica (7, 10, 16, 22). Zabinski en su revisión de 177 casos de rotura diferida encontró que aproximadamente la mitad correspondieron a hemorragias subcapsulares (22). Coinciden con esa proporción Mc Indoe (11) y, en nuestro medio, N. Ferreira (6).

El período latente que precede a la nueva hemorragia supera los 15 días en sólo el 25 % de los casos (14, 22).

En ese período el diagnóstico clínico es difícil (2, 21) cumpliendo entonces la paraclínica y fundamentalmente la radiología (2, 5) un rol destacado (2, 4, 15, 16, 20, 21).

Los métodos paraclínicos incluyen:

—Radioscopia y radiografía de tórax (frente y perfil izquierdo) que puede mostrar un derrame pleural izquierdo, la inmovilidad y ascenso de la cúpula diafragmática izquierda y fracturas costales de base izquierda (4, 8).

—Radiografía simple de abdomen: 1) panorámica; 2) enfoque de hipocondrio izquierdo, que revelan: un aumento de la sombra del bazo; un desplazamiento del ángulo izquierdo del colon hacia abajo y adentro. La impresión o dislocamiento de la gran tuberosidad gástrica con reducción y desplazamiento de la cámara de aire; un íleo regional con participación del estómago, ángulo izquierdo del colon y/o yeyuno (8, 13).

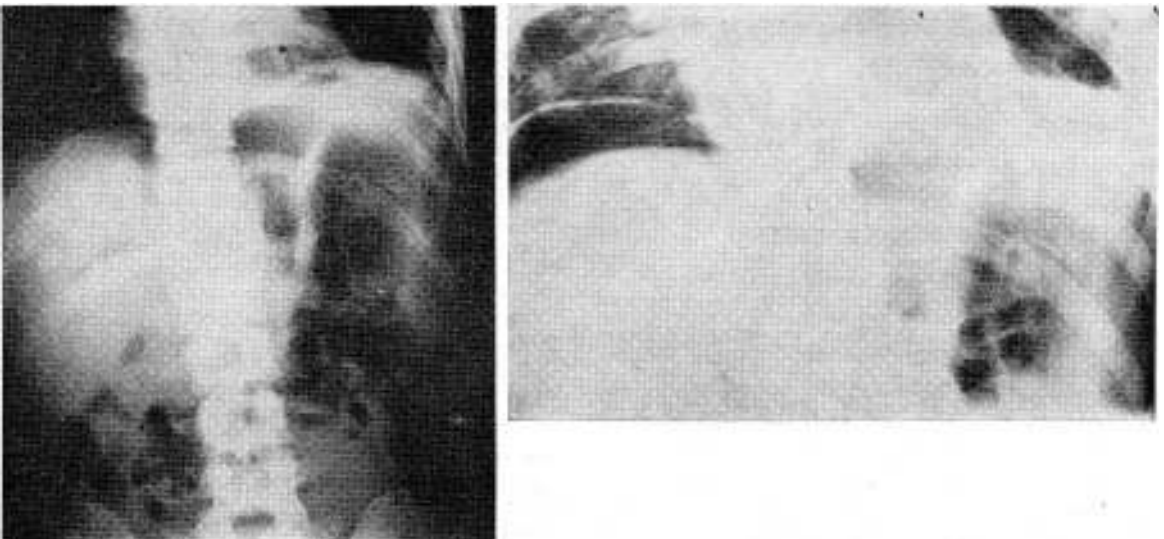


FIG. 3.— Neumoperitoneo diagnóstico.

—Neumoperitoneo diagnóstico, poco utilizado en estos casos en nuestro medio, permite visualizar la silueta del bazo, sobre todo en su polo superior (3, 6, 15, 16, 18, 19) o, como en nuestro enfermo, el bloqueo de la logia esplénica. Su realización es sencilla, con control radioscópico y en un medio quirúrgico, pudiendo inyectarse menos de los 1.000 cc de aire propuestos por Tejerina (18, 19).

—Las técnicas citadas pueden asociarse a la ingestión de bario (18), de bebidas gaseosas (12), a la insuflación del colon (4) para aumentar el contraste.

—La arteriografía selectiva, muchas veces no disponible en nuestros centros hospitalarios, puede demostrar en forma exacta la integridad de la vascularización y del parénquima esplénicos (17).

—La paracentesis y el lavado peritoneal tienen valor cuando hay sangre libre intraperitoneal y en nuestro caso no hubiera aportado ese importante dato (14).

—El esplenograma radioisotópico, asociado a la arteriografía, permite evaluar la integridad esplénica y descartar además una lesión hepática (17).

—Finalmente, el descenso del hematocrito seriado cada dos horas y la hiperleucocitosis indican un sangrado activo (13, 17).

RESUME

Hematome splénique traumatique avec evolution de 18 jours

Présentation d'un cas d'hématome splénique traumatique, opéré 18 jours après le traumatisme. On souligne l'importance des études conventionnelles par Rayons X et du pneumopéritoine pour le diagnostic opératoire.

SUMMARY

Traumatic splenic hematoma with 18 days evolution

This paper describes the case of a patient with traumatic splenic hematoma operated 18 days after trauma. Conventional X-ray and pneumoperitoneum are important in preoperative diagnosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BENJAMIN CHI, ENGRAV LH and PERRY FJ. Delayed rupture or delayed diagnosis of rupture of the spleen. *Surg Gynecol Obstet*, 142: 171, 1976.
- BUQUET J, DUSSAUT JA y VILAMAJO S. Traumatismos del bazo. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 18º, 1967.
- CALZARETTO P. Seudoquisté hemorrágico de bazo. *Prensa Med Argent*, 54: 2025, 1967.
- CIMINO CV. Ruptured spleen: some refinements in its roentgenologic diagnosis. *Radiol*, 82: 57, 1964.
- FERNANDEZ CHAPELA AM. Rupturas y heridas de bazo. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 6º, 1955.
- FERREIRA N. Traumatismos de bazo. Heridas y contusiones. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 18º, 1967.
- GIURIA F. Rupturas traumáticas del bazo normal. *Bol Soc Cir Urug*, 24: 367, 1953.
- GIURIA F. Radiología de las rupturas traumáticas del bazo. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 6º, 1955.
- GUIVARC' HM et MARTINON F. Rupture traumatique de la rate. Signes diagnostic et traitement. *Rev Prat*, 24: 3763 1974.
- LARGHERO P and GIURIA F. Traumatic rupture of the spleen. *Surg Gynecol Obstet*, 92: 385, 1951.
- McINDOE AH. Delayed hemorrhage following traumatic rupture of the spleen. *Br J Surg*, 20: 249, 1932.
- MOLMENTI LA. Traumatismos abdominales: Buenos Aires. Eudeba, 1970.
- PERDOMO R. Traumatismos de bazo. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 18º, 1967.
- PEREYRA F, FARAONI H, TESTA E y LAZO SOSA E. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 18º, 1967.
- PIQUINELA JA. Las rupturas traumáticas del bazo. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 6º, 1955.
- PIQUINELA JA. Las rupturas traumáticas del bazo. *An Fac Med Montevideo*, 41: 159, 1956.
- ROSOFF L, COHEN JL, TELFER N and HALPERN M. *Surg Clin North Am*, 52: 667, 1956.
- TEJERINA FOTHERINGHAM W. Rupturas del bazo. En: "Operaciones urgentes". Buenos Aires, El Ateneo, 1955.
- TEJERINA FOTHERINGHAM W y SUGASTI JA. Importancia de la radiología en el diagnóstico de rupturas traumáticas del bazo. *Rev Asoc Med Argent*, 58: 913, 1944.
- WANG CC and ROBBINS LL. Roentgenologic diagnosis of ruptured spleen. *New Eng J Med*, 254: 445, 1956.
- WYMAN AC. Traumatic rupture of the spleen. *Am J Roenta*, 72: 51, 1954.
- ZABINSKI EJ and HARKINS HN. Delayed splenic rupture: a clinical syndrome following trauma. *Arch Surg*, 43: 186, 1943.

DISCUSION

DR. DE CHIARA.—La observación presentada diría que es un "caso redondo": un caso donde existe el traumatismo inicial por una vara de carro y después signos de ocupación de la logia esplénica; falta simplemente relacionar los dos hechos para hacer diagnóstico de que ha habido lesión de la viscera maciza regional que es el bazo. Estos accidentes eran bastante frecuentes antes y hay anécdotas que jalonan un poco el recuerdo a todos los médicos que ya tenemos unos años. Hay en Montevideo un parque deportivo que se llama Federico Saroldi porque lleva el nombre del arquero del cuadro de fútbol que sufrió un traumatismo de hipocondrio izquierdo. Fue llevado al hospital, estuvo en observación 24 horas, lo dieron de alta. Hizo una hemorragia secundaria y falleció porque no pudo salir de ella.

Hay otra anécdota también que comentaba el Prof. Prat porque él había sido actor principal, con su honestidad característica. Hace como 40 años hubo un accidente de tranvía en la calle Rivera y uno de los ocupantes del lado de la ventanilla sufrió un traumatismo en el hipocondrio izquierdo; fue llevado al Hospital Pasteur. Tenía una fractura de costilla. Esa mañana al Prof. Prat le tocaba dar clase. Dio clase sobre fractura de costilla y sobre la posibilidad de que esa fractura de costilla en hipocondrio izquierdo pudiera lesionar el bazo. Le pusieron un vendaje compresivo y al día siguiente previa una neurolisis para aliviar el dolor fue dado de alta. Seis días después el paciente sufrió una lipotimia y cayó exangüe con una anemia aguda. Fue llevado al Maciel donde lo operó el Dr. Echeгойen y lo salvó.

Vale decir que la relación traumatismo y posibilidad de ruptura de bazo debe ser una especie de ecuación que nunca podemos olvidar. En cuanto a este caso pienso que tuvo la suerte de sorprenderlo en la etapa de hemorragia intracapsular; seguramente hubiera ido a la segunda etapa y vaya a saber en qué condiciones de auxilio se encontraría. De todas ma-

neras, es un caso que alerta a los que tienen que poner estos enfermos en buena asistencia.

DR. PUIG.—De este paciente tuve la oportunidad de hacer el manejo clínico, fui responsable de la demora del ingreso de este enfermo. Lo tuve bajo vigilancia durante 7 días sin tener presente el antecedente traumático. Durante esos 7 días el enfermo estuvo internado en una sala de enfermería en un cuartel por una molestia epigástrica, estado nauseoso, intolerancia para alimentarse. El séptimo día uno de los enfermeros me dijo: "mire que este muchacho había estado en observación porque había recibido un golpe". Entonces lo interrogué y examiné bien. En ese momento tenía un dolor muy claro sobre hipocondrio izquierdo, una matidez de Traube y anemia. Valorando el antecedente traumático, entonces, personalmente lo llevé al Hospital con el diagnóstico de ruptura de bazo. Me costó 30 horas convencer a los comunicantes que tenía una rotura de bazo.

DR. VALLS.—Como cirujano de guardia he tomado contacto con este problema. Como describía Tejerina muy bien en su libro de Urgencias la ruptura de bazo puede tener tres formas: a) de hemorragia aguda en la cual la sangre se derrama en la gran cavidad peritoneal y el cirujano la ve o trata de entrada; b) la evolución en dos tiempos pero corta, con hematoma de la logia esplénica; y c) una tercera de larga evolución, con un intervalo libre muy grande que corresponde a los hematomas subcapsulares.

En el año 1961 traté una ruptura aparentemente espontánea de bazo que tuvo 25 días de evolución. Era un ciclista que tuvo un pequeño traumatismo de hipocondrio izquierdo. Como tuvo una lipotimia en ese momento lo ingresaron en el Hospital Pasteur. Pasó bien 2 o 3 días, luego lo dieron de alta, pero a los 25 días reingresó con anemia, dolor en FID y fiebre; entonces le hicieron diagnóstico de apendicitis y me lo enviaron para operar de apendicitis aguda. Me llamó la atención la anemia, el dolor se le había corrido al hombro izquierdo y tenía una matidez a la percusión de la zona esplénica. En la radiografía de urgencia encontré el estómago desplazado hacia abajo y una opacidad del área esplénica. Hice diagnóstico de hematoma subcapsular de bazo y lo operé confirmando el diagnóstico. En el acto operatorio comprobamos que se había derramado un poco de sangre, había bajado al Douglas, había subido a la FID y había dado dolor en FID.

Otro caso similar fue el de una enferma que tuvo un traumatismo moderado de hipocondrio izquierdo, la tuvo 4 o 5 días internada, como no tenía nada, la di de alta, pero a los 18 días volvió con dolor en hipocondrio izquierdo. Había tenido una lipotimia, estaba pálida. En la placa tenía una opacidad de la zona esplénica con desplazamiento del estómago hacia dentro y el colon hacia abajo. Hicimos también diagnóstico de hematoma subcapsular de bazo y la operamos confirmando. Esa evolución en dos tiempos se debe a que se produce la ruptura, luego va aumentando lentamente el hematoma y al final por aumento de tensión se rompe y se derrama la sangre en la cavidad peritoneal.

DR. GATEÑO.—Quería hacer como aporte tres casos vividos en los últimos años exactamente calcados del caso presentado por los autores, es decir, de hemato-

mas colectados en la logia esplénica. La causa por la cual el hematoma queda colectado la mayoría de las veces escapa. No así en uno de los casos que a nosotros nos tocó vivir en que se trataba de una anciana de 75 años que había sido operada varias veces y en 2 oportunidades con abordajes de hipocondrio izquierdo. Esa era la explicación por la cual tenía una gran hemorragia colectada a tensión en hipocondrio izquierdo y no se había roto en cavidad peritoneal. Esa es una cosa a tener en cuenta, las adherencias previas que bloquean totalmente la cavidad esplénica y no dejan derramar la sangre en el peritoneo.

En cuanto a los otros casos, uno de ellos fue operado a los 10 días de un traumatismo bien aparente, no presentaba ninguna cosa particular como no fuera la ruptura en un segundo tiempo de un hematoma que previamente había sido localizado a logia esplénica. Pero el otro caso había sido un traumatismo inaparente al que el paciente no le dio ninguna importancia y que se presentó al igual que los otros. Todos se presentan como tumefacciones que ocupan totalmente la logia esplénica. Incluso 2 de los 3 que a nosotros nos tocó vivir, con tumefacción palpable que no se podía distinguir de una esplenomegalia clínica y radiológicamente, cosa que creo hay que darle gran valor. Radiológicamente en estos casos se puede hacer diagnóstico con un gran margen de seguridad.

DR. R. PRADERI.—Esta situación de ruptura no advertida de bazo y operación diferida la hemos visto en 3 situaciones: Ruptura pseudo espontánea, postoperatoria y de bazo patológico. Relataré ejemplos: un enfermo sin traumatismo aparente, sintió un dolor torácico manejando un camión. Lo operé a los 15 días del traumatismo porque tenía un hematoma de logia esplénica que crecía día a día. Había sido tratado en una sala de medicina como un infarto de miocardio. Lo característico de la esplenectomía de estos enfermos con bazo deshecho y hematoma enquistado es que al sacar el bazo, éste se rompe en las manos. La sensación que se tiene es como tomar con los dedos un racimo de uvas podridas arrancándolas. Estas se desprenden fácilmente y quedan los tallos entre los dedos, en este caso las ramas de la arteria y la vena. Otra situación difícil de esplenectomía tardía es la ruptura de bazo pseudo-espontánea postoperatoria. Nos tocó operar a un enfermo apendicectomizado en frío por una incisión de Mc Burney 8 días antes que estaba internado en un sanatorio cursando un postoperatorio atípico. Le hicimos diagnóstico de ruptura de bazo, cuyo mecanismo nunca se explicó, y lo operamos. Fue también una esplenectomía tardía. Otra situación compleja que hemos tratado es en la ruptura de bazo patológico, por ejemplo, por quiste hidático esplénico que se rompe, sangra y queda enquistado el hematoma en la logia esplénica durante varios días hasta que crece más o se rompe solo o junto con el parásito.

DR. SCHNEEBERGER.—Quiero agradecer las palabras de los colegas y volver a señalar lo difícil que puede ser el diagnóstico clínico. Nosotros en ese caso, como bien dijo el Dr. Puig, contábamos con la opinión sin duda invaluable de él de que tenía una patología traumática esplénica. Aun así el excelente estado general que tenía el enfermo que entró por supuesto caminando, la relativa buena coloración que presentaba cutáneo-mucosa, la ausencia de dolor por lo menos cuando nosotros lo examinamos, nos impedía hacernos la idea de que podía tener una patología de ese tipo.