

## LAS RUPTURAS TRAUMATICAS DEL BAZO \*

Dr. JOSE A. PIQUINELA

El bazo puede experimentar gran número de lesiones traumáticas, sea por mecanismos directos o indirectos. Centra la atención de este trabajo la ruptura en los traumatismos cerrados donde su frecuencia parecería ir en aumento en base al mayor número de accidentes de tránsito e industriales y a la mayor magnitud e importancia de los mismos. En nuestra serie integrada en el momento de publicar este resumen por 22 casos, figuran: 21 hombres y 1 mujer, la mayoría de ellos con edades inferiores a 50 años; en 21 casos se trata de *bazos sanos*, en 1 caso, de un *bazo leucémico*. La ruptura traumática del bazo no es un hecho frecuente de acuerdo con nuestra experiencia, dentro del número cada vez mayor de traumatismos importantes.

### EL TRAUMATISMO

Lo analizamos desde tres puntos de vista: a) *tipo*: generalmente complejo, se trata habitualmente de politraumatizados; b) *magnitud*: la mayoría sufren traumas importantes; el bazo puede, sin embargo, permanecer indemne frente a grandes traumas que provocan graves lesiones esqueléticas y viscerales y en cambio romperse con traumas en apariencia leves; la intensidad del trauma no permite por sí misma afirmar o excluir el desgarramiento esplénico; c) *localización*: en nuestra serie, la mayoría de los pacientes han recibido un trauma tóracoabdominal o torácico; el

---

\* Este trabajo es un resumen del que publicáramos en "Anales de la Facultad de Medicina", 41: 159-180; 1956, donde figura la documentación gráfica y la bibliografía correspondientes.

trauma localizado en el área esplénica puede ser evidente o aparecer enmascarado en un politraumatizado en el que es más notoria la localización craneana, torácica alta o raquídea del mismo, o la lesión de miembros. Cualquier tipo de traumatismo puede provocarla, en cualquier edad y en ambos sexos. La intensidad del



Fig. 1.— R. R. Placa a las veinte horas del accidente. Diafragma izquierdo algo elevado; hipocondrio izquierdo ocupado; colon (ángulo izquierdo) descendido.

trauma no permite por ella misma afirmar o excluir la ruptura, aun cuando en nuestra serie ha obedecido siempre a traumatismos importantes. La contusión que la determina es habitualmente tóracoabdominal, torácica o lumbar. Puede ser evidente o no; estar en el primer plano o, en el caso frecuente de politraumatizados, pasar a un plano secundario por la sintomatología más

notoria de un trauma craneano, torácico, raquídeo, pelviano o de los miembros. Vale decir, que la mejor manera de no ignorar una ruptura esplénica es *pensar en ella* y buscarla sistemáticamente en todo traumatizado.



Fig. 2 — R. R. Placa a las veinte horas del accidente. Aspecto semejante a la anterior. Cámara gástrica desplazada hacia la derecha.

### LAS LESIONES ASOCIADAS

Son frecuentes —70 % de los casos en nuestra serie— y lo ruidoso o saliente de su sintomatología o la gravedad de la misma (shock acentuado) expone a ignorar la ruptura esplénica cuya traducción clínica es frecuentemente poco ostensible en los primeros momentos. En nuestra serie figuran: a) *fracturas de costillas izquierdas* (uni o pluricostales); b) *fractura de puño izquierdo*; c) *fractura de húmero izquierdo*; d) *traumatismo*

de cráneo con erosiones, herida o fractura; e) *traumatismo de tórax* con o sin fractura de otras costillas que las izquierdas y bajas; f) *perforación de yeyuno alto*. En ningún caso hubo asociación con ruptura de *riñón izquierdo*; en 6 casos de rupturas renales del lado izquierdo no hubo lesión esplénica.



Fig. 3.—C. D. Placa a las veintidós horas del traumatismo. Cámara gástrica despiazada hacia adentro; colon descendido y algo llevado hacia adentro.

### ANATOMIA PATOLOGICA

*Las lesiones esplénicas.*—Las lesiones que experimenta el bazo, cualquiera sea el mecanismo de las mismas, varían entre límites muy amplios, pero pueden clasificarse del punto de vista práctico en dos grupos: 1º) *Las rupturas completas*, de parénquima y cápsula, producidas en *un tiempo*, es decir, solución de

continuidad simultánea de ambas estructuras que aparecen desgarradas al mismo nivel con la cápsula adherida a la superficie del parénquima hasta los labios mismos de la ruptura, sin colección sanguínea subcapsular y 2º) *Las rupturas en dos tiempos*: desgarro parenquimatoso, hematoma subcapsular, ruptura de la

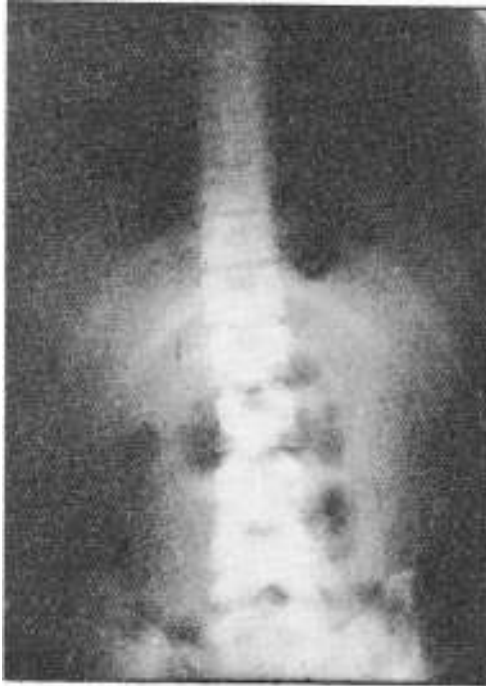


Fig. 4.—C. D. Placa a las veintidós horas del traumatismo. Hipocóndrio izquierdo ocupado; colon izquierdo descendido y ángulo esplénico desplazado hacia la línea media.

cápsula; esta última aparece desprendida en una extensión a veces considerable del tejido esplénico subyacente, por el hematoma.

*La hemorragia consecutiva.*—La consecuencia de todo desgarro esplénico es la hemorragia; su importancia es variable y su evolución no siempre igual. Pueden reconocerse distintas situaciones: 1º) *Hemorragia inmediata*, en *peritoneo libre*; la

magnitud de la hemorragia es esencialmente variable pudiéndose hablar en algunos casos de una verdadera inundación peritoneal. 2º) *Hematoma periesplénico o de la logia esplénica*; la sangre se colecta en la logia esplénica. Este hematoma puede tener distintas evoluciones: a) *ruptura en la cavidad perito-*



**Fig. 5.**—J. M. Placa a las cuatro horas del accidente. Gran distensión gástrica; opacidad difusa del abdomen (ruptura de bazo y perforación de yeyuno alto).

*neal*; b) *empujes de crecimiento por crisis*; c) *aumento progresivo*; d) *organización*, llegando a la curación; e) *infección y supuración* 3º) *Hematoma subcapsular*; esencialmente variable en su importancia puede evolucionar de distinta manera: a) *reabsorberse u organizarse*; b) *aumento brusco, progresivo, por crisis y desgarrar capsular consecutivo*, pudiendo originar

una hemorragia en peritoneo libre o un hematoma periesplénico. 4º) *Hemorragia en dos tiempos*: el bazo se desgarró en un tiempo, sangra en cantidad variable; la hemorragia se detiene horas y mismo uno o dos días, después de lo cual vuelve a sangrar, en ambos casos en peritoneo libre; en el momento de la inter-



**Fig. 6.**—J. M. Placa a las cinco horas del accidente. Se ha iniciado la intubación habiéndose evacuado el estómago y administrado una pequeña cantidad de sustancia opaca.

vención hay sangre vieja y reciente en el peritoneo y él o los desgarros esplénicos pueden estar sangrando en ese momento o la hemorragia haberse detenido nuevamente. El mecanismo de hemostasis no es siempre el mismo y quizás no es siempre único: hipotensión propia del estado de shock y retracción vascular postraumática; taponamiento por coágulos en distintos estados de organización (es lo que hemos visto en tres casos de nuestra

serie); taponamiento a expensas del epiplón o de un órgano vecino. No es exacto hablar de hemorragia retardada porque lo corriente es una hemorragia inicial no siempre moderada ni tampoco hay en estos casos período de latencia o intervalo libre ya que el período intermediario no es completamente asintomá-



**Fig. 7.**— H. R. Placa a las veinticuatro horas del accidente. Elevación del hemidiafragma izquierdo; hipocondrio izquierdo ocupado; estómago desplazado hacia la línea media; colon descendido (hematoma periesplénico).

tico. 5º) *Hemorragia a forma “peritoneal difusa”* o *“peritoneal circunscrita”*: Se trata de casos vistos tardíamente en los que se reúnen asociándose, tres circunstancias: a) hemorragia inicial o repetida, no mortal; b) hemostasis espontánea de la ruptura esplénica; c) sangre dentro de la cavidad, que no se reabsorbe, pudiendo colectarse e infectarse como en uno de nuestros casos.



El cuadro clínico es consecutivo a la repercusión que la sangre no reabsorbida, a menudo lacada y frecuentemente infectada, desencadena en su contacto, verdadero hemoperitoneo secundario y persistente, difuso o colectado, generando un cuadro peritoneal, en nuestro caso circunscrito.



Fig. 8.— H. R. Aspecto similar al de la placa anterior.

La ruptura esplénica es en general, una lesión intraperitoneal aislada; puede asociársele, aunque raramente, una lesión de otra víscera llena o de una víscera hueca (yeyuno en uno de nuestros casos).

#### CONSIDERACIONES CLINICAS

Los distintos tipos anatomoclínicos y evolutivos considerados en el capítulo anterior hacen prever la existencia de situa-

ciones diferentes, no todas exactamente comparables. De cualquier manera, valen para las distintas situaciones, los *hechos comunes* siguientes: a) la *topografía* de la *injuria*; b) la *intensidad* del trauma, aun cuando por sí sola no permite afirmar ni negar la posibilidad de una ruptura; c) las *huellas cutáneas*

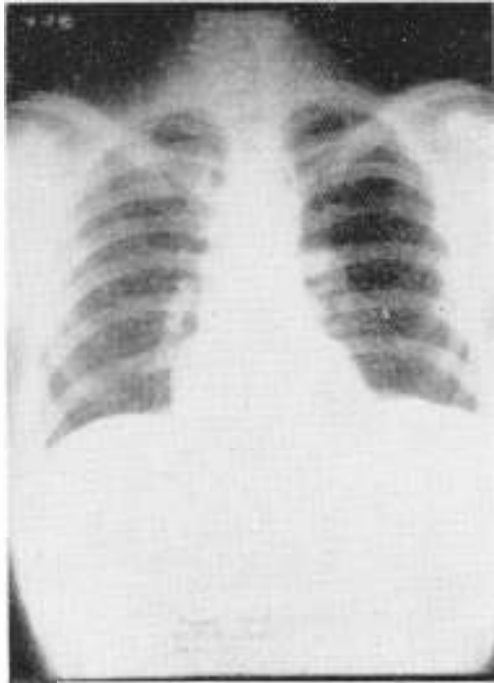


Fig. 9.—I. P. Placa a los doce días del traumatismo. Opacidad uniforme del hipocondrio izquierdo; ligero derrame pleural izquierdo (hematoma de la logia esplénica).

o *subcutáneas* del trauma, de gran valor localizador en los politraumatizados; d) la presencia de *fractura de costillas izquierdas*, uni o pluricostal, especialmente interesando las 5 ó 6 últimas o, en su ausencia, la limitación respiratoria por dolor, traduciendo una contusión torácica o tóracoabdominal importante; e) la *hematuria* acusando una ruptura renal izquierda aun cuando en nuestra serie no hay ningún caso de ruptura esplénica y renal

asociadas; f) los signos evidentes o frustrados de *anemia aguda*: lipotimias, pérdida inicial del conocimiento, palidez casi constante, inestabilidad del pulso y de la presión especialmente cuando el paciente intenta incorporarse (esta última de gran valor en nuestra serie, función en buena parte de la pérdida inicial de sangre y de la continuidad de la hemorragia); g) el *shock* de



Fig. 10.—I. P. Placa a los dieciséis días del traumatismo. Opacidad del hipocondrio izquierdo; ha aumentado el derrame pleural.

grado variable puede estar presente o ausente; el estado general no guarda necesariamente relación con la gravedad de las lesiones y en los politraumatizados puede ir por cuenta de las lesiones asociadas exponiendo a ignorar en algunos casos la ruptura esplénica.

Consideramos que pueden describirse *cinco formas anatómicas* fundamentales cada una de las cuales posee un cuadro clínico particular y matices evolutivos variados. Corresponden a los distintos tipos de hemorragia precedentemente analizados; por razones de espacio es imposible estudiarlas aquí. *El diagnóstico positivo* puede hacerse en la mayoría de los casos a la condición esencial de pensar en la posibilidad de ruptura esplé-

nica en *todo* traumatizado. Se basa fundamentalmente en tres órdenes de hechos: 1º) Contusión tóracoabdominal, torácica o lumbar izquierdas, con o sin fractura de costillas; 2º) Conjunto de síntomas inmediatos o sucesivos, funcionales y generales y síntomas y signos físicos revelados por el examen del abdomen,



Fig. 11.—I. P. Placa a los dieciséis días del traumatismo. Opacidad uniforme flanqueada por intestino moderadamente distendido; se aprecia un asa delgada dilatada flanqueando arriba y a izquierda la zona de opacidad (hematoma intraperitoneal circunserito).

estos últimos de gran valor; 3º) Examen radiológico (opacidad anormal de la logia esplénica, modificaciones en hemidiafragma izquierdo, desplazamientos viscerales, derrame pleural izquierdo e íleo regional, estos dos últimos especialmente en los hematomas).

*El pronóstico* depende esencialmente de dos factores: las lesiones asociadas y el diagnóstico tardío. Sobre esto último se puede actuar favorablemente en base a un reconocimiento precoz, generalmente posible, a una intervención urgente y al manejo adecuado de los medios de sostén y reparación.



**Fig. 12.**—I. P. Placa a los dieciséis días del traumatismo. Se aprecia la sombra del hematoma de la logia esplénica (opacidad de hipocondrio izquierdo; colon descendido; ángulo esplénico desplazado abajo y adentro) y la sombra correspondiente al hematoma intraperitoneal enquistado pelviabdominal.

*El tratamiento* es la esplenectomía que, en general, es fácilmente realizable a través de una incisión en el hipocondrio izquierdo dada la poca frecuencia de otras lesiones intraperitoneales. El preoperatorio está dominado por la transfusión masiva de sangre que debe continuarse durante la intervención; es

recomendable evacuar el contenido gástrico, lavando el estómago si es necesario e iniciar la intubación intestinal. El postoperatorio debe ser estrictamente vigilado favoreciendo con medidas adecuadas la normalización del volumen sanguíneo. Debe hacerse la profilaxis de las dos grandes complicaciones postoperatorias que han probado ser fatales: el íleo y las complicaciones pulmonares, combatiéndolas enérgicamente si anuncian su aparición.

*La evolución alejada* de los esplenectomizados por ruptura de bazo es buena; quedan generalmente sin secuelas. El órgano es sustituido en su función por el sistema reticulohistiocitario restante y la esplenosis, quizás más frecuente de lo que se ha admitido hasta ahora es por ella misma, asintomática.