

RADIOLOGIA DE LAS RUPTURAS TRAUMATICAS DEL BAZO

Dr. FEDERICO GIURIA

Presentaremos hoy a ustedes el resultado de nuestras investigaciones sobre las observaciones recogidas a través de diez años, en lo que respecta a las rupturas traumáticas del bazo, y especialmente a su estudio radiológico.

En julio de 1953 presentamos a la Sociedad de Cirugía la parte clínica de nuestro trabajo, con una clasificación, enumerando una serie de tipos clínicos, que pueden y deben ser individualizados por el cirujano de urgencia, frente a una ruptura traumática del bazo.

Hoy traemos a ustedes la continuación de ese trabajo, con el estudio radiológico, tal como creemos puede ser encarado por el cirujano de urgencia. Para poder seguir nuestra exposición, es necesario tener presente la clasificación que nosotros habíamos presentado en aquella época, de estos cuadros clínicos. Se puede observar que las rupturas traumáticas del bazo han sido divididas en tres grupos fundamentales:

1º) El grupo de rupturas en las cuales prima el síntoma hemorragia, aquéllas que se presentan con gran síndrome anémico, anemia grave, y que están divididas en varios subtipos: a) las hemorragias inmediatas, y b) las hemorragias retardadas.

2º) El gran grupo de las rupturas traumáticas de bazo, que se presentan en la clínica bajo la forma de un tumor o de una tumoración de la región de l'hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo, mejor dicho, de la zona o la región tóracoabdominal izquierda.

3º) Tenemos el grupo de las rupturas que se presentan en clínica con pseudo síntomas inflamatorios y aparente toque peritoneal, ya sea generalizado o localizado en la fosa esplénica.

En lo que respecta al primer grupo, aquellos casos en que el síntoma dominante es el gran síndrome anémico, podemos afirmar, que la radiología no sólo no es necesaria, sino que quizás sea bizantinismo científico peligroso, en enfermos cuyo cuadro clínico, cuyo síndrome anémico y cuyos antecedentes traumáticos no dejan lugar a duda sobre el diagnóstico y, el cirujano de urgencia, no debe perder el tiempo, aparte de que el examen radiológico, para tener valor, debe ser realizado con todo cuidado, pudiendo representar no sólo una pérdida de tiempo precioso, sino también la adopción o la aparición de síntomas graves relacionados con las distintas posiciones en las cuales se coloca el enfermo, fenómenos de anemia cerebral o anemia bulbar. De manera tal, pues, que no vamos a presentar a ustedes, absolutamente nada en el sentido radiológico, sobre este gran grupo de rupturas traumáticas de bazo.

No sucede lo mismo con el segundo grupo, es decir aquéllos en que prima la sintomatología tumoral. Este grupo está dividido en dos subgrupos, que llamamos hematomas subcapsular del bazo, otro que llamamos hematoma de la fosa esplénica.

Hematoma subcapsular del bazo, produce o da origen a un síndrome clínico muy evidente, que no vamos a describir en este momento; ha sido descripto con absoluta precisión, y también da origen a un síndrome radiológico; este síndrome radiológico del hematoma subcapsular del bazo tiene, en general, los caracteres que poseen todas las esplenomegalias, ya que en sí, no es más que un aumento del tamaño del bazo, aumento irregular si se quiere, pero aumento del órgano en sí.

Sus componentes son, pues: 1º) aumento de la sombra del bazo; 2º) desplazamiento del colon hacia abajo; 3º) desplazamiento del estómago hacia adentro; 4º) en el período doloroso agudo, íleo generalizado, a predominio en la región tóracoabdominal izquierda y flanco izquierdo; 5º) en muchos casos y en un plazo variable entre veinticuatro y treinta y seis horas, aparece un derrame pleural izquierdo cuya patogenia ha sido muy bien puesta de relieve por el profesor Stajano, que lo ha des-

cripto con el nombre de hemorragia pleural intrascendente. Además está decir que éste derrame pleural no es característico y típico, sólo o exclusivo de la ruptura del bazo, sino que se ve en cualquier distensión parenquimatosa o de víscera maciza o hueca a nivel del vientre superior.

El segundo gran cuadro clínico es hematoma de la fosa esplénica, también tiene un cuadro clínico muy particular, y una patogenia que hemos puesto de manifiesto en nuestro trabajo del año 1953. Diremos que desde el punto de vista radiológico, se encuentran aquí agrupados todos los signos de la ruptura del bazo, a saber: 1º) la elevación del hemidiafragma izquierdo; 2º) el desplazamiento mediano de la sombra gástrica; 3º) la opacidad subfrénica; 4º) el descenso de la porción izquierda del colon transversal; todo esto acompañado de mayor o menor íleo regional en disminución radiada de la fosa esplénica hacia la periferia.

Siempre nos llamó la atención de que, en estos síndromes no se hubiera intentado o puesto a punto un estudio radiológico, precoz, que evitara la formación de estos síndromes secundarios, a una ruptura del bazo; sin embargo, revisando la literatura mundial, pocos son los signos radiológicos en los cuales se puede contar, la observación de los casos clínicos, con su clínica, con sus resultados operatorios y con su radiología, nos ha llevado a crear un síndrome radiológico que llamamos síndrome radiológico precoz, del hematoma de la fosa esplénica; para comprenderlo es necesario decir dos palabras de la fisiopatología: la sangre derramada de una fosa esplénica normal, entra en contacto con dos estructuras anatómicas, que comandan la sintomatología clínica y radiológica. a) En contacto con el peritoneo parietal que recubre las inserciones diafragmáticas costales, irrita los nervios intercostales, provocando distalmente dolor y contractura abdominal, y en el sentido proximal irradiaciones dolorosas altas a localizaciones variables; b) su contacto con las vísceras huecas vecinas colon, estómago e intestino delgado, provoca un íleo local de intensidad variable, en razón del volumen de sangre derramada. De estas vísceras es el colon por su topografía y caracteres anatómicos, el elemento fundamental. Distendido en la zona de presión negativa del abdomen, se eleva y viene a interponerse como un balón neumático entre la pared

abdominal y las estructuras que delimitan la entrada de la logia de Constantini. Este cierre, en telón ascendente, localiza el derrame en la logia y ulteriormente al coagular éste, la concreción del hematoma hipotumoral. Estos hechos fisiopatológicos dan origen al síndrome radiológico típico, que permite afirmar un diagnóstico que sin él sería poco menos que presuntivo.

El síndrome radiológico está compuesto por los siguientes elementos: a) íleo regional: fundamentalmente producido por el colon distendido y elevado; en segundo lugar por el intestino delgado. Tiene su máximo en la región tóracoabdominal izquierda disminuyendo en forma radiada hacia el resto del abdomen; b) contractura muscular: se evidencia radiológicamente por la forma de las partes blandas de la pared lateral del abdomen, y por el desplazamiento de la sombra cólica hacia adentro y por la contractura frénica, descenso del diafragma; c) desplazamiento del estómago hacia adentro, la varita permite precisar este hecho fehacientemente; d) la fractura costal, cuando existe fundamentalmente en la zona de proyección esplénica es un dato más a tener en cuenta. Debemos hacer notar que en este síndrome radiológico faltan parte de los signos clásicos de tumor u ocupación de la fosa esplénica, caracterizados por el desplazamiento hacia adentro del estómago, hacia abajo del ángulo cólico con sombra uniforme de fosa esplénica, explica esto la fisiopatología antedicha; la distensión y el elevamiento del colon ocultan la imagen opaca de un derrame que por otra parte generalmente en estas condiciones no es muy abundante.

Por último, trataremos de trazar el síndrome radiológico del tercer grupo de las rupturas traumáticas del bazo; aquéllas que se presentan con síntomas pseudoinflamatorios y aparente toque peritoneal ya sea secundario, hemoperitoneo secundario o hematoma envejecido de la fosa esplénica. Hemoperitoneo secundario, fue descrito por vez primera en nuestra comunicación de 1853, con un caso; en el momento actual, conocemos cuatro casos; se caracteriza clínicamente porque es un enfermo que ingresa por un cuadro doloroso difuso generalizado abdominal, a predominio en fosa ilíaca derecha, con nada, o discretísima contractura a predominio también en esta zona; en un vientre balonado, con una detención del tránsito, con dolor a la presión y a la decompresión. Frente a este cuadro físico hay un aparente buen es-

tado general, una presión arterial que se mantiene dentro de los límites normales, un pulso regular también dentro de límites normales, una temperatura discretísima, con 37,2°, 37,3°; un hemograma que muestra una ligera anemia y un hematócrito que se encuentra apenas ligeramente disminuída entre 38 y 40. Llama la atención de entrada la discrepancia entre el cuadro abdominal, el cuadro físico y la poca repercusión general. Radiológicamente, se aprecia una imagen de un ilius paralítico a predominio regional en hipocondrio y flanco izquierdo pero, con gases diseminados por el resto del abdomen; imagen, aparece una típica imagen de ocupación de la fosa esplénica, a veces, como en este caso, signos de contractura parietal, que se delimitan perfectamente, en la fosa ilíaca derecha. Evidentemente no es el cuadro radiológico de un apendicitis, sin embargo, todos estos enfermos, salvo uno, fueron intervenidos con el diagnóstico de apendicitis.

El estudio radiológico que a ustedes presento, fue informado como sin ninguna cosa anormal, y no fue tenido en cuenta por el cirujano para plantear la duda diagnóstica; sin embargo, esta discrepancia entre el cuadro clínico, cuadro a predominancia en foas ilíaca derecha, y el cuadro radiológico que predomina en el hipocondrio o región tóracoabdominal izquierda llama poderosamente la atención, y debe hacerse el cirujano de urgencia pesquise el accidente traumático; confirmado éste, el diagnóstico no ofrece dudas. Insistimos en este cuadro; insistimos porque tiene consecuencias terapéuticas fundamentales, hasta el momento, este cuadro clínico; el hemoperitoneo secundario, tiene una altísima mortalidad, 50 %, y en esta mortalidad, el acto quirúrgico parece actuar como causa preponderante; la simple apertura del peritoneo por un Mac Burney explorador, desequilibra totalmente al enfermo; la presión de límites normales, cae a 6, 7, 4; se mantiene en esa cifra y termina con el enfermo; a veces, como en este caso, durante el acto operatorio; otras veces, sumiéndolo en un shock irreversible, del cual no puede salir, como en el caso que me es personal, para morir a las 36 horas.

Como consecuencia, preconizamos como tratamiento de este cuadro en particular, la intubación para tratar el íleo, la recuperación por medidas médicas del enfermo, que es un anémico crónico, con gran fragilidad y luego, diferir la intervención.

Por último, dos palabras sobre el hematoma envejecido de la fosa esplénica; su radiología es exactamente igual a la del hematoma de la fosa esplénica; su única importancia es, que comprobado debe ser intervenido, puede dar origen a hemorragias recurrentes a nivel del hematoma y aun a hemoperitoneo secundarios, a través de mucho más tiempo del que pueda imaginarse.