

CORRELATO.

LESIONES TRAUMATICAS PEROPERATORIAS DEL BAZO *

Dr. JOSE L. FILGUEIRA

Hemos analizado, en estrecha colaboración con el Dr. Roberto Perdomo, las historias del Hospital de Clínicas con lesiones traumáticas peroperatorias del bazo. Recogimos 30 observaciones cuyo estudio fundamenta esta contribución al tema de los traumatismos esplénicos.

El cirujano se encuentra con gran frecuencia expuesto a este tipo de accidente operatorio, cuando actúa en las inmediaciones del bazo, por lo que creemos de interés su revisión. Es nuestra intención destacar las características de tales lesiones, y a través de su mejor conocimiento promover medidas de reconocimiento y prevención más efectivas.

I.— CONSIDERACIONES GENERALES

En lo que respecta al sexo, se encuentra un predominio del masculino respecto al femenino con cifras de 19 y 11 casos respectivamente.

Las edades se distribuían de la siguiente manera:

15 a 30 años	
31 a 50 años	
51 a 70 años	17
71 a 90 años	

En el cuadro 1 se estudia la topografía y tipos patológicos correspondientes a las lesiones primarias que motivaron los distintos actos quirúrgicos. Podemos observar que la patología afecta en forma predominante al esófagogastroduodeno (20 casos), siguiendo en orden de frecuencia el colon y el lóbulo izquierdo de hígado, en 4 oportunidades respectivamente, y por último encontramos al páncreas y la suprarrenal izquierda con 1 caso cada uno.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Piquincla, Hosp. de Clínicas.

Cuadro 1

LESIONES PRIMARIAS. TOPOGRAFIA Y PATOLOGIA

Esófago gastroduodeno: 20	Colon: 4	Lób. izq. hígado 4	Páncreas: 1	Supra- renal: 1
Úlcus gástrico 6	Sigmoiditis .. 2	Q. H. 2	Tumor .. 1	Tumor ..
Neoplasma gástrico 5	Neoplasma .. 1	Herida .. 2		
Úlcus duodenal ... 4	Traumatismo 1			
Herida de estómago 1				
Hernia diafragmá- tica 2				
Neoplasma de esó- fago 1				
Divertículo duodeno 2				

En el cuadro 2 se analizan los distintos tipos de operaciones efectuadas en relación a la patología referida.

Se destaca la gastrectomía subtotal distal como la operación que provee el número mayor de lesiones esplénicas iatrogénicas. En 3 oportunidades se produjo en otras operaciones sobre el gastroduodeno en su sector bajo (extirpación de divertículo de duodeno, gastroenteroanastomosis y cierre de úlcus gástrico prepilórico perforado).

Cuadro 2

OPERACIONES PRIMARIAS

Gastrectomía subtotal distal	13
Otras operaciones sobre estómago bajo y duodeno	8
Operaciones sobre sector esófago cardiotuberositario	5
Operaciones sobre colon izquierdo	4
Operaciones sobre quistes hidáticos del lóbulo izquierdo de hígado	2
Varias	3

En 5 pacientes el incidente tuvo lugar mientras se actuaba sobre el sector esófago cardiotuberositario (sutura de herida de bala de cúpula gástrica, descenso gástrico y sutura del hiatus diafragmático, operación de Nissen, esofagectomía total más gastrectomía parcial proximal, y vaguectomía).

En 4 casos la operacion iba dirigida al colon: 3 colectomías parciales (por sigmoiditis y neoplasma) y una exteriorización del colon perforado (por traumatismo).

Se encuentran además lesiones esplénicas durante la liberación adventicial en 2 casos de quistes hidáticos de lóbulo izquierdo de hígado; en una sutura de herida del lóbulo izquierdo de hígado; en una pancreatectomía corporocaudal (en la cual la ruptura de la vena esplénica a nivel del pedículo obligó a efectuar la esplenectomía prematuramente); y en una suprarrenalectomía izquierda.

Comentario: Evidentemente, estos hechos demuestran que son las operaciones dirigidas hacia el gastroduodeno las que ofrecen más riesgos de lesionar el bazo y, dentro de ellas, la gastrectomía ocupa un lugar prominente. En forma más alejada, se presentan como causa del traumatismo esplénico las intervenciones sobre el colon que obligan a la movilización del ángulo izquierdo y las dirigidas al lóbulo izquierdo del hígado, en especial por hidatidosis.

Deben tenerse en cuenta además, las operaciones que se efectúan en el retroperitoneo. En los cuestionarios se nos relata un caso de ruptura esplénica postnephrectomía izquierda en abordaje extraperitoneal, y otro en nephrectomía llevada a cabo por vía intraperitoneal.

II.— LESIONES ANATOMOPATOLOGICAS

Los tipos de lesión esplénica se determinan en el cuadro 3.

Se aprecia que la lesión ampliamente mayoritaria es el desgarro.

En 6 descripciones operatorias se le topografía en el hilio; en otras 4 en la zona suprahiliar (en estos casos la operación se llevaba a cabo sobre el sector esófago cardiotuberositario).

Cuadro 3

LESIONES TRAUMATICAS DEL BAZO

Desgarro hiliar	6
Desgarro suprahiliar	4
Desgarro infrahiliar	5
Hemorragia pedicular por ruptura vasos cortos	2
Hemorragia pedicular	1
Desgarro polar inferior	1
Superficie cruenta	2
Ruptura vena esplénica	1
Hematoma subcapsular	1
No especificados	7

En 5 oportunidades el desgarro asienta en la zona infrahepática. La mayoría de ellos se produjeron durante gastrectomías distales, salvo uno que fue determinado por colectomía parcial.

En 2 casos de gastrectomía la hemorragia se generó en el pedículo por desgarro de vasos cortos. En un caso se produce ruptura del pedículo por valvas.

Otro desgarro es polar inferior. En una quistectomía por quiste hidático de lóbulo izquierdo de hígado, que al parecer adhería al bazo, en la cara interna de éste queda una superficie cruenta y sangrante.

Una observación muestra un hematoma subcapsular del bazo, generado, aparentemente, al liberar adherencias de un tumor suprarrenal; en otra se produce la ruptura de la vena esplénica.

En 7 casos no se menciona la lesión anatomopatológica encontrada.

III.— PATOGENIA

Es un aspecto de interés porque de su análisis es posible extraer datos sobre la génesis y, por ende, sobre la prevención de las lesiones esplénicas traumáticas peroperatorias.

En 13 oportunidades el desgarro esplénico se produjo mediante tracción del ligamento gastrosplénico durante la exploración gástrica o, lo que es más frecuente, al esqueletizar la gran curva. Ello dio lugar a desgarro en el hilio esplénico, ya sea por tironeamiento de tractos fibrosos o adherencias que van hasta la cápsula esplénica y que la desprenden y desgarran el parénquima, o bien por ruptura de vasos cortos durante esa maniobra, lo cual determina una hemorragia en el pedículo.

Cuando esta tracción se lleva a cabo en la parte alta del ligamento gastrosplénico, especialmente en las intervenciones que actúan sobre el sector cardioesofagotuberositario, tiene mayor posibilidad de lesionar el bazo. A ese nivel el ligamento es más corto y el bazo está más fijo por su cara externa. El órgano no puede acompañar a la tracción que lo solicita y se desgarrar.

En 4 casos el desgarro esplénico se produjo al liberar el ángulo esplénico del colon, por tracción del ligamento esplenocólico.

Existen otras causas, también a tener en cuenta. En una oportunidad el mecanismo de ruptura fue una valva que traumatizó el pedículo. En una respuesta a nuestro cuestionario se menciona la ruptura del polo superior del bazo, también determinada por una valva. En 2 casos de la serie existían adherencias al bazo de quistes hidáticos de lóbulo izquierdo de hígado y en uno de tumor de glándula suprarrenal izquierda.

Es importante considerar la relación existente entre los órganos retroperitoneales y el bazo, y tener presente la posibilidad de herirlo por su cara posterior, retrohiliar, especialmente al decolar el peritoneo. Recordamos el caso ya mencionado de ruptura esplénica al realizar una nefrectomía izquierda por vía extraperitoneal.

IV.— DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

De los 30 casos de la serie, en 28 el *diagnóstico se efectuó en el acto operatorio*. En ese sentido es importante revisar la logia esplénica al final de la intervención, especialmente cuando el órgano sobre el que se actuó, la patología que motivó la intervención o el tipo de operación realizada nos sitúa ante la posibilidad de una lesión esplénica por traumatismo inadvertido. En 7 casos el diagnóstico se realizó en esta revisión.

Con mayor frecuencia la lesión se aprecia en el momento de producirse o poco después, especialmente si sangra en forma abundante.

En 2 casos *el diagnóstico se efectuó en el postoperatorio* por la existencia de síntomas de anemia aguda. En uno de ellos existía avenamiento de la celda esplénica que puso de manifiesto la hemorragia. Se observa la importancia del avenamiento en circunstancias que hacen temer la complicación que estudiamos.

En los cuestionarios se relatan otras 2 observaciones de diagnóstico postoperatorio: una luego de una esofagocoloplastia retrosternal y otra después de una nefrectomía izquierda.

En esta situación los signos físicos locorreionales se ven oscurecidos por estar cursando el paciente el postoperatorio de una intervención abdominal.

En relación a *la conducta* frente a la lesión esplénica iatrogénica reconocida, tenemos los siguientes datos:

Esplenectomía de entrada	28 Obs.
Intento de hemostasis del desgarro. Fracaso. Esplenectomía	Obs.
Compresa durante la operación sobre el desgarro. Al retirarla sigue sangrando. Esplenectomía	Obs.

Todas nuestras observaciones se refieren a casos en que se hizo esplenectomía. No registramos otras posibilidades en las que el bazo hubiera dejado de sangrar sin realizarse su extirpación. Tal posibilidad está abonada, sin embargo, por el caso que se nos relata en un cuestionario: desgarro polar inferior mínimo, mechado provisorio, al final de la operación ya no sangra y se abandona la lesión; no hay complicaciones postoperatorias.

En la casuística analizada existen 2 *complicaciones* inherentes a la ruptura esplénica. Una muerte por shock y anuria secundaria a ruptura esplénica que pasó desapercibida en el primer acto quirúrgico y que fue reintervenida tardíamente. Otro enfermo hubo de ser reintervenido por hemoperitoneo debido a hemorragia del muñón pedicular, luego de esplenectomía por lesión iatrogénica, con evolución favorable.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

1) Se analizan 30 casos en los cuales se produjo una ruptura peroperatoria del bazo.

2) Se destaca que las lesiones patológicas primarias asientan preferentemente en el sector esófago gastroduodenal, siguiendo en orden de frecuencia (aunque en porcentajes mucho menores) el colon, el lóbulo izquierdo de hígado y ocasionalmente el páncreas y los órganos retroperitoneales.

3) El tipo de operación que más frecuentemente determinó la ruptura esplénica fue la gastrectomía subtotal distal; le siguieron las intervenciones sobre el área esófago cardiotuberositaria y luego la hemicolectomía izquierda.

4) La lesión anatomopatológica predominante fue el desgarro, que generalmente asienta en el hilio esplénico o en sus inmediaciones.

5) La tracción brusca del ligamento gastrosplénico, por tironeamientos de tractos fibrosos que desprenden la cápsula del parénquima o por ruptura de vasos cortos, aparece generalmente como la responsable de la hemorragia; por tironeamiento del ligamento esplenocólico se puede determinar las mismas consecuencias. Más raramente son traumatismo por valvas los responsables de la lesión esplénica.

6) En 28 casos el diagnóstico de ruptura esplénica se hizo en el acto operatorio. En 2 oportunidades el desgarro pasó desapercibido y obligó a una reintervención; en uno de ellos el avenamiento de la celda esplénica facilitó el diagnóstico y la reintervención precoz.

BIBLIOGRAFIA DE AUTORES NACIONALES

1. BERMUDEZ, O.—Aspectos graves y urgentes del traumatizado del tórax. "17º Congr. Urug. Cir.", 1: 83-106; 1966.
2. CAMAÑO, M. C. Reintervenciones de urgencia en la cirugía del bazo, aparato urogenital, peritoneo y retroperitoneo. "15º Congr. Urug. Cir.", 2: 171-176; 1964.

- CAMAÑO, M. C.; CASTIGLIONI, J. C. y MACILLADO, R.—Contusión de abdomen. Estudio estadístico. "17º Congr. Urug. Cir.", 2: 231-237; 1966.
4. CAZABAN, L. A.—Ruptura de bazo por traumatismo no penetrante toracoabdominal producido por arma de caza. "Rev. Cir. Uruguay", 36: 294-296; 1966.
 5. CHIFFLET, A.—El politraumatizado grave. "17º Congr. Urug. Cir.", 1: 7-14; 1966.
 6. CUCULIC, C. R.—Contribución estadística de los traumatismos de abdomen del Instituto de Ortopedia y Traumatología. "7º Congr. Urug. Cir.", 1: 274-280; 1956.
 - DEL CAMPO, R.—Las lesiones traumáticas del bazo en el niño. Esplenectomía. "Arch. Ped. Urug.", 11: 416-425; 1940.
 8. ECHEVERRÍA, O. — Ruptura de bazo. Hemorragia retardada. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 3: 70-75; 1932.
 9. FERNÁNDEZ CHAPELA, A. M.— Rupturas y heridas de bazo. "6º Congr. Urug. Cir.", 2: 277-292; 1955.
 10. FERREIRA, N.—A propósito de los traumatismos cerrados de bazo. "25º Congr. Soc. Méd. Quir. Centro Rep.", pág. 117-121; 1964.
 11. FOLLE, J. A.—"Contribución al conocimiento de la patología esplénica". Tesis. Montevideo, 1953.
 12. GARCÍA CAPURRO, R.—Tratamiento de los grandes traumatismos múltiples. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 30: 3-8; 1959.
 13. GIURIA, F.—Rupturas traumáticas del bazo normal. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 24: 367-383; 1953.
 14. GIURIA, F.—Radiología de las rupturas traumáticas del bazo. "6º Congr. Urug. Cir.", 2: 362-367; 1955.
 15. LARGHERO, P. and GIURIA, F. Traumatic rupture of the spleen. "Surg. Gynec. Obst.", 92: 385-404; 1951.
 16. MASANA, J. Traumatismo toracoabdominal cerrado. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 32: 619-625; 1961.
 17. OTERO, J. P. Traumatismos de abdomen. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 21: 331-398; 1950.
 18. PERDOMO, R. y FILGUEIRA, J. L. Paracentesis diagnóstica en las complicaciones peritoneales del politraumatizado grave. "17º Congr. Urug. Cir.", 2: 202-212; 1966.
 19. PEREYRA, F. A.; FARAONI, H. y TESTA, E. El politraumatizado grave. "17º Congr. Urug. Cir.", 2: 197-201; 1966.
 20. PIQUINELA, J. A. Esplenosis. Trasplante peritoneal múltiple de tejido esplénico consecutivo a la ruptura traumática del bazo. "An. Fac. Med. Montevideo", 39: 389-398; 1954.
 21. PIQUINELA, J. A. Las rupturas traumáticas del bazo. "An. Fac. Med. Montevideo", 45: 159-180; 1956.
 - PIQUINELA, J. A.—Contusión de abdomen. "Día Méd. Urug.", 311: 2521-2539; 1959.
 23. PRADINES, J. C.—Anatomía patológica de los traumatismos de abdomen. "7º Congr. Urug. Cir.", 1: 236-259; 1956.

24. PRAT, D.—Cirugía del bazo y de la logia frénica. "An. Fac. Med. Montevideo", 8: 31-85; 1923.
25. RIOS BRUNO, G.—El politraumatizado. Importancia, mecanismo lesional, patología. "17º Congr. Urug. Cir.", 1: 15-29; 1966.
26. SANTOS DUBRA, A. y VARELA, N.—Ruptura espontánea de bazo leucémico. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 26: 3-11; 1955.
27. SILVEIRA BARCELLOS, C.—Traumatismos del hipocondrio izquierdo. "2º Congr. Urug. Cir.", 1: 328-336; 1951.
28. SILVEIRA BARCELLOS, C.—Traumatismos del abdomen. "7º Congr. Urug. Cir.", 1: 149-194; 1956.
29. STAJANO, C.—"Sistema neurovegetativo y shock". Ed. Salvat. Barcelona, 1946.
30. STAJANO, C.—Idées directrices physiologiques dans l'interprétation clinico-diagnostique des traumatismes de la rate. "Mem. Acad. Chir.", 78: 454-457; 1952.
31. STIFFET, W. El abdomen en el politraumatizado. "17º Congr. Urug. Cir.", 1: 143-167; 1966.
32. TERRA, E.—Hemorragia en cirugía esplénica. "Medicina en el Uruguay". Ed. Impresos S.A. Montevideo, 1965.
33. VALLS, A.—Rotura espontánea de bazo normal. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 22: 46-48; 1961.