

TRAUMATISMOS DE BAZO

Dres. FELIX A. PEREYRA, H. FARAONI,
ENRIQUE TESTA y E. LAZO SOSA

El año pasado, en un modesto trabajo, hicimos conocer la experiencia del Instituto de Cirugía de Haedo (República Argentina), en el "Tratamiento del politraumatizado grave" que fuera Tema Oficial del 17º Congreso Uruguayo de Cirugía. Debemos ahora contribuir al Tema de este Congreso —"Traumatismos del bazo"— con la experiencia del mismo Instituto.

En el sector de cuidado intensivo, en los últimos cinco años —desde el 1º de agosto de 1962 hasta el 31 de julio de 1967— han estado internados por períodos variables de tiempo 5.060 pacientes. De este total, 404 fueron traumatizados graves. Debemos hacer aquí la salvedad de que la cifra de 420 traumatizados que se consignara el año anterior incluía los traumatismos de cráneo que excluimos en esta oportunidad. De esos 404 traumatizados, 42 padecieron lesión esplénica que obligó a esplenectomía en la totalidad de los casos: 32 del sexo masculino y 10 del femenino. Las lesiones estaban localizadas únicamente en el bazo en 21 enfermos (50%) y en otros 21 se acompañaban de lesiones con otra localización, así distribuidas:

Bazo puro	21
Bazo y hueso	7
Bazo y tórax	4
Bazo e hígado	3
Bazo, hígado y páncreas	1
Bazo, vejiga y óseo	1
Bazo y riñón	1
Bazo, riñón y páncreas	1
Bazo y colon izquierdo	1
Bazo y cráneo facial	1
Bazo, cava inferior y óseo	
Total	42

De estos 42 pacientes fallecieron 7 (14,3%). En 6 de ellos la injuria esplénica estaba asociada a lesiones graves de otra localización y solamente 1 que podemos considerar como bazo puro se trató de un hombre joven que llegó en estado de shock intenso y la laparatomía demostró que el pedículo esplénico se encontraba seccionado en su totalidad y el bazo nadaba libre en el abundante hemoperitoneo que inundaba la cavidad; falleció sin que fuera posible sacarlo de su estado de shock.

En la gran mayoría de nuestros casos, como es habitual en otras estadísticas modernas, la lesión tuvo su origen en accidente de tránsito, ya sea en ocupantes de vehículos o peatones embesitados por ellos; un caso por coz de caballo y otro por un violento pelotazo.

El cuadro de hemoperitoneo o hemorragia interna se presentó de inmediato en todos los casos de esta serie; ninguno con intervalo libre por ruptura subcapsular o hematoma periesplénico con inundación peritoneal tardía, que recordamos haber asistido en años anteriores en un número limitado de casos.

Es indudable que el diagnóstico precoz de lesión esplénica y su tratamiento oportuno, obligadamente quirúrgico, incide notablemente en el pronóstico de estos enfermos.

El cuadro clínico está influido por la magnitud de la lesión esplénica y consecuente hemorragia, y por las lesiones concomitantes de otras vísceras. El antecedente del tipo de traumatismo y de la zona afectada por el mismo no siempre es fácil de obtener por el estado del enfermo. Pasado el shock primario de origen nervioso, los signos clínicos serán los de la hemorragia interna (taquicardia, hipotensión, palidez, etc.) con algunas características, no siempre presentes o claras, que nos podrán orientar hacia la fosa esplénica. El dolor, referido en la casi totalidad de los casos, se localizó en hipocondrio izquierdo y base de tórax de ese lado. Tiene importancia, aunque no es patognomónico, su irradiación al hombro izquierdo; algunas veces hay que provocarlo colocando al paciente en Trendelenburg. La inspección cuidadosa puede descubrir limitación de los movimientos del hemitórax izquierdo y abdomen del mismo lado. La percusión puede demostrar el aumento del área de matidez esplénica, aun en el decúbito lateral derecho y desaparición del espacio de Traube. En cuanto a la distensión abdominal y contractura parietal, discutida por muchos autores en los derrames hemáticos, aunque de menor intensidad que en la perforación de víscera hueca, se encontró en la casi totalidad de nuestros casos. El tacto rectal puede encontrar al Douglas ocupado y doloroso. Si el enfermo no se opera y continúa la hemorragia, llega a la descompensación y se produce la muerte por shock irreversible.

La hemorragia subcapsular puede provocar un cuadro en dos tiempos. En el momento del trauma el parénquima esplénico

sufre una dislaceración, conservándose íntegra la cápsula. El hematoma intracapsular aumenta de tamaño hasta que la tensión provoca su ruptura con irrupción de sangre en la cavidad peritoneal y el cuadro relatado. El período latente postraumático, durante el cual es casi constante el dolor localizado en hipocondrio izquierdo, es de duración variable y se encuentran descritos casos de pocos días hasta de un mes. Similar a éste sería el caso de las pequeñas lesiones de parénquima con ruptura capsular en que se forma un hematoma localizado en la "loge" esplénica; al reblandecerse el coágulo cae y se produce una hemorragia secundaria intraperitoneal con su cortejo sintomático varios días después del traumatismo. Este puede haber sido de leve intensidad y el paciente no asignarle importancia y seguir su ritmo de vida normal; en esos casos, ante un cuadro de hemorragia intraperitoneal de origen indeterminado, es necesario pesquisar con un interrogatorio minucioso el antecedente de traumatismo que puede orientar hacia la ruptura de ese órgano. Traumatismos de leve intensidad pueden provocar lesiones en bazo patológicos, con esplenomegalia, esplenitis y periesplenitis, palúdicos, tifoides, etc.

Los exámenes complementarios son de relativo valor. La radiografía simple de abdomen en decúbito dorsal y posición de pie puede mostrarnos imagen de derrame libre en cavidad peritoneal, elevación del hemidiafragma izquierdo, aumento de tamaño de la sombra esplénica, dilatación del estómago y su rechazo hacia la línea media. La radiografía contrastada: imagen dentada de la gran curva gástrica y descenso o deformación del ángulo esplénico del colon. La radioscopia: paresia del hemidiafragma izquierdo. El hemograma no tiene nada de característico y la anemia variará de acuerdo a la intensidad de la hemorragia. La punción abdominal (cuando es positiva) confirma el cuadro de hemorragia interna y obliga o apresura la operación; cuando es negativa no debe invalidar el cuadro clínico. La efectuamos en el parietocólico izquierdo y en nuestros casos fue casi siempre positiva.

En cuanto al tratamiento, obligadamente quirúrgico y lo más temprano posible, debe ser la esplenectomía, ya que el taponaje o la sutura han dado pésimos resultados.

De acuerdo a nuestra experiencia, la mejor vía de abordaje es la incisión subcostal o transversa.

RESUMEN

Se contribuye al Tema —"Traumatismo de bazo"— con la experiencia de los últimos cinco años del Instituto de Cirugía de Haedo. Se analizan algunos aspectos de la misma y se hacen algunas someras consideraciones sobre el cuadro clínico y procedimientos diagnósticos.

TRAUMATISMOS DE BAZO *

Estudio estadístico

Dres. M. O. CAMAÑO, C. ALVARIZA
y O. GUERRERO

En la presente contribución hacemos el estudio estadístico de 21 lesiones traumáticas del bazo tratadas en la Clínica Quirúrgica "I" que dirigió el Prof. P. Larghero desde 1945 hasta 1963 y desde entonces a cargo del Prof. W. Suiffet.

Los traumatismos iatrogénicos no los hemos tenido en cuenta.

FRECUENCIA

Cuadro I

Ingresos en veintidós años	22,000
Ingresos por traumatismos	921
Traumatismos de abdomen	173
Traumatismos de bazo	21
Contusiones de abdomen	73
Lesiones de bazo	14
Heridas de abdomen	100
Lesiones de bazo	7

Hay una lesión de bazo cada mil ingresos; una cada cincuenta de los ingresos por traumatismo. Uno de cada ocho de los traumatismos de abdomen tiene afectado el bazo. Su lesión es 2,7 veces más frecuente en las contusiones que en las heridas.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "I", Prof. W. Suiffet.

EDAD Y SEXO

En nuestra serie hay 15 hombres y 6 mujeres en una proporción de 3/1 aproximadamente.

Están comprendidos entre 16 y 70 años. En el cuadro II mostramos la distribución.

Cuadro II

E d a d	Nº	Muertes
16 a 19	3	—
20 a 29	5	1
30 a 39	6	2
40 a 49	3	1
50 a 70	3	—

ETIOLOGIA

Cuadro III

TRAUMATISMOS PENETRANTES

Tipo de injuria	Nº	Muertes	%
Herida de bala	5	3	40,0
Arma blanca	2	—	—
Total	7	2	28,6

TRAUMATISMOS CERRADOS

Accidentes de tránsito	8	2	25,0
Caídas	3	—	—
Deporte	1	—	—
Escopetazo	1	—	—
Golpe por animal	1	—	—
Total	14	2	14,3

El trauma esplénico es el doble más frecuente en las contusiones que en las heridas. La mortalidad es dos veces mayor en las lesiones abiertas.

TRAUMATISMOS ASOCIADOS

En 6 observaciones la lesión fue única en 15 hubieron otros sectores afectados (cuadro IV).

Cuadro IV

Lesiones abdominales:

Riñón	8	Lesiones torácicas	6
Hígado	3	Fracturas de miembros	4
Estómago	3	Traumatismo de cráneo	2
Colon	1	Traumatismo raquímedular	1
Páncreas	1		
Diafragma	3		

Total: 32 lesiones asociadas

SINTOMATOLOGIA

El dolor abdominal (del cuadrante superior izquierdo o difuso) es el síntoma más frecuente, presente en 13 observaciones. Lipotimias o mareos en 6. El dolor en el hombro izquierdo figura en 2 de nuestras historias.

Signos de shock y/o anemia aguda fueron observados en 18. En 3 no había anemia.

Irritación peritoneal en el cuadrante superior izquierdo: 12 casos. En 7 irritación difusa.

El tacto rectal mostró Douglas doloroso 8 veces, 3 indoloro; en el resto no consta.

Signos de ocupación de la logia frénica en cuatro pacientes.

Formas clínicas

Rupturas primarias: 20 en 21 (95,2%), con diagnóstico o tratamiento antes de las 24 horas.

No registramos rupturas en dos tiempos o con síntomas tardíos.

Hematoma de la fosa frénica: 1 observación con intervención a los diez días del traumatismo.

No tenemos ninguna observación de "ruptura espontánea" o por traumatismo mínimo.

TRATAMIENTO

El *tiempo* entre el traumatismo y la intervención, lo mostramos en el cuadro V.

Cuadro V

Tiempo	Nº	Muertes	%
0 a 6 horas	13	4	31
7 a 12 horas	4	—	—
13 a 24 horas	3	—	—
10 días	1	—	—

Vías de abordaje: Incisión transversa, 13 casos; incisión de Constantini, 5; paramediana transrectal izquierda, 2; mediana supraumbilical, 1 observación.

Procedimientos realizados: Esplenectomía, 21; drenaje del hipocondrio izquierdo, 3; sutura de diafragma, 3; sutura de estómago, 3; sutura de hígado, 2; pancreatometomía distal, 1; colostomía transversa, 1; traqueostomía, 2.

Transfusión: Nuestros enfermos recibieron un promedio de 1.300 c.c. de sangre.

COMPLICACIONES

En 16 pacientes hubieron 34 complicaciones, que detallamos en el cuadro VI.

Cinco enfermos tuvieron una evolución sin complicaciones, en el grupo de los traumatismos cerrados. Todas las lesiones esplénicas por heridas hicieron complicaciones postoperatorias.

Cuadro VI

Complicaciones abdominales:	Complicaciones torácicas:
Supuración herida	Neumopatía postoperatoria ...
Absceso subfrénico	Neumotórax
Absceso Douglas	Hemotórax
Infección hematoma retroperitoneal	Hemoneumotórax a tensión ..
Fístula gástrica	Empiema
Fístula hipocondrio izquierdo .	Obstrucción respiratoria
Ileo postoperatorio	Paro cardíaco
Oclusión intestinal	Embolia pulmonar
Hemorragia postoperatoria ...	Complicaciones miembros inferiores:
Fiebre postoperatorio inmediato.	Varicoflebitis
	Tromboflebitis

TIEMPO DE INTERNACION

El tiempo de internación promedio es, en nuestra serie, de 12,5 días.

MORTALIDAD

Hubieron cuatro fallecimientos, lo que nos da una mortalidad de 19%. Por heridas, 2 (28,6%). Por contusiones, 2 (14,3%).

OBSE RVACION I.— Historia N° 4.537, 1947. Hombre de 32 años. Herida de bala en hipocondrio izquierdo. Herida de bazo y hematoma retroperitoneal. Se hizo esplenectomía y no se actuó sobre la lesión retroperitoneal. El postoperatorio fue accidentado; sangró, distensión abdominal importante, neumopatía, se infectó el hematoma retroperitoneal. Fallece.

Comentario: Mala evolución a consecuencia de las complicaciones y de la lesión retroperitoneal no tratada.

OBSE RVACION II.— Historia N° 5.418, 1948. Hombre de 20 años. Herida de bala en región precordial con salida en región lumbar izquierda. Lesión de estómago, diafragma, bazo y riñón. Sutura de diafragma y estómago. Esplenectomía. Drenaje de hipocondrio izquierdo. Postoperatorio: hemo neumotórax hipertensivo; tratado mejora. Fallece a las 24 horas de la intervención. Necropsia: gran hemorragia retroperitoneal por lesión renal no tratada.

Comentario: Muerte por tratamiento incompleto.

OBSE RVACION III.— Historia N° 22. 17. Hombre de 30 años. Arrollado en un accidente de tránsito. Traumatismo craneoencefálico de tórax (fracturas costales, enfisema subcutáneo), de abdomen (rotura de hígado, bazo y riñón, hematomas de mesos, epiplón y retroperitoneo) y raquimedular (paraplejía). Esplenectomía, sutura de hígado traqueostomía. Fallece al cuarto día del postoperatorio.

Comentario: Muerte a consecuencia de la gravedad de las lesiones.

OBSE RVACION IV.— Historia N° 23.290. Hombre de 43 años. Arrollado en un accidente de tránsito. Traumatismo de tórax grave (fracturas costales múltiples con lesión pleuropulmonar); en abdomen; rotura de bazo y riñón, hematoma retroperitoneal. Esplenectomía, traqueostomía. Postoperatorio: hemo neumotórax a tensión, paro cardíaco, convulsión, tratamiento inefectivo, muerte al quinto día.

Comentario: Falleció a consecuencia de las lesiones torácicas tratadas en forma inadecuada.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1) Los traumatismos del bazo son poco frecuentes, afectan a los hombres (3/1 con respecto a las mujeres) entre 20 y 40 años

y son producidos por traumatismos cerrados en una proporción de 2/1 en relación a las heridas.

2) La tres cuartas partes de los enfermos tienen otras lesiones viscerales abdominales o en otros sectores del organismo.

3) El 95,2% son rupturas primarias.

4) La mayoría de las observaciones fueron tratadas antes de las 6 horas del traumatismo y fueron abordadas por insición transversa de hipocondrio izquierdo; recibieron promedialmente 1.300 c.c. de sangre.

5) El 75% de los enfermos tuvo promedialmente dos complicaciones postoperatorias.

La mitad de las complicaciones son infecciosas (abdominales, torácicas o en los miembros inferiores).

6) Tiempo de internación promedial de 12,5 días.

7) Mortalidad global de 19%. Las heridas penetrantes con lesión esplénica son más graves y tienen una mortalidad de 28,6%.

8) La mortalidad está vinculada a las lesiones asociadas, retroperitoneales, torácicas y multiviscerales. La edad de los enfermos y el retardo en el tratamiento no influyeron en los pacientes que tuvieron mala evolución.