

## TRAUMATISMOS DE BAZO (HERIDAS Y CONTUSIONES)

### Discusión

Dr. SILVEIRA.—Después de expresar nuestro agradecimiento por la calidad del trabajo del Relator, por los correlatos y las contribuciones, nosotros debemos expresar al Dr. Ferreira nuestras disculpas por haberle hecho llegar nuestra modesta colaboración tarde y que no figurara en su relato.

Nuestra cosecha en este tema comprende 23 esplenectomías como tratamiento de traumatismo de bazo en la actualidad.

El trabajo a que se refiere el Dr. Ferreira en su relato, que tiene que ver con quien dirige la palabra, es un trabajo del año 1956 y comprende únicamente 6 casos de esplenectomía con 0 mortalidad por traumatismo de bazo.

Quiero referirme en forma de pregunta, al relator o relatores y demás contribuyentes, sobre si la experiencia que se tiene de una complicación alejada es únicamente la que está en el relato o si hay algo más por ahí; me quiero referir al problema de la esplenosis.

Tuve un caso, en el año 1960, de un cuadro agudo de vientre que se presentó como un cuadro oclusivo agudo; fue intervenido y se le encontró un infarto de una ansa intestinal que se reseco; queriendo buscar las causas, encontramos entre las dos hojas del mesenterio una masa polilobulada con una característica de consistencia blanduzca, prolongándose hacia arriba y hacia abajo por elementos individualizados, corpúsculos de forma arriñonada. Abrimos el área izquierda del mesenterio y extirpamos uno de esos elementos para obtener material para la histología. Fue enviado al laboratorio de anatomía patológica central, y la contestación con respecto a la naturaleza histológica fue que no se podía asegurar por aquel examen de lo que se tratara, pero que a lo que más se parecía era precisamente al tejido esplénico.

El enfermo había tenido, doce años antes, un traumatismo del hipocondrio izquierdo, por una topada de un vacuno; era el antecedente que había. Al revisar un poco la literatura, nos hemos encontrado con que hay autores que han descrito como causa directa de oclusión tardía en el traumatismo de bazo, las propias impactaciones en el mesenterio, en la raíz, en el origen de los vasos del mesenterio de los elementos esplénicos.

Muy curioso fue el hecho de tener que abrir la hoja izquierda del mesenterio para obtener el material para el estudio anatomopatológico, pero con esto no queremos dar la idea, ni tan siquiera la presunción, de que se trate de elementos subperitoneales, puesto que sabemos que el peritoneo se aísla de esos elementos que han caído dentro de su cavidad, con el tiempo.

Dejo la pregunta a la Mesa, a la Asamblea, en el sentido de si tienen casos similares de elementos esplénicos, dando ellos directamente una oclusión intestinal con un antecedente lejano como una contusión de hipocondrio izquierdo.

Dr. BERMUDEZ.— Uno mis felicitaciones a las que se han expresado al Relator y Correlatores, por la corrección con que han confeccionado sus relatos.

Voy a referirme a puntos prácticos; ya se han destacado las dificultades que existen en el diagnóstico en ciertas circunstancias patológicas, especialmente los politraumatizados; en particular, lo práctico, en lo que se refiere a dificultades de diagnóstico cuando la hemorragia está complicada. Creo que las dificultades son obvias si se hace un buen balance del enfermo, analizando las circunstancias patológicas, la naturaleza etiológica del traumatismo y, fundamentalmente, por el estudio radiológico correcto, por los signos de ocupación radiológicos, que aprendimos hace alrededor de treinta años.

El otro problema práctico en el cual quiero insistir, y en eso discrepo con el Relator, es en la necesidad del drenaje, del avenamiento de la logia esplénica después de esplenectomía. No soy sistemático en nada porque creo que en medicina no se puede ser sistemático desde que no es una ciencia exacta, pero hago lo posible por drenar las logias esplénicas no solamente después de esplenectomía por traumatismo, sino de esplenectomía por cualquier patología esplénica, porque nadie está seguro dado el régimen tensional que tiene la logia esplénica, que no vaya a producirse un derrame postoperatorio.

Y la prueba está que muchas de las complicaciones que figuran, como la infección de colecciones de la logia esplénica, tal vez no se hubiera producido si hubiera habido un avenamiento correcto por aspiración. Sabiendo que la logia subfrénica izquierda está sometida a un régimen tensional de una presión subatmosférica intratorácica y que los simples drenajes a veces solamente drenan, como las vejigas de los retencionistas crónicos, por rebozamiento. Es necesario hacer la aspiración aun cuando ésta pueda parecer útil; nunca me he tenido que arrepentir de dejar un avenamiento por aspiración de la logia esplénica, al que preconizo exteriorizar por vía subperitoneal y posterior para obviar todos los inconvenientes que puede tener el traumatismo del ángulo esplénico del colon con un tubo de drenaje. Nunca me he tenido que arrepentir y sí he tenido muchas satisfacciones por eso.

El otro punto que para mí es práctico, es que yo recurro con preferencia a las incisiones oblicuas o transversas terminadas en la parte externa, a nivel del décimo espacio, para que me permita prolongarla en el tórax en un espacio intercostal sin seccionar sin reborde costal; estoy en desacuerdo con que sea a nivel del noveno, como preconiza el señor Relator, porque evidentemente las dificultades de una esplenectomía siempre van a estar en la parte alta, y en la parte alta son fácilmente solucionables por vía torácica.

Dr. PRADERI.— Simplemente quisiera contribuir al análisis de este tema que ya ha sido exhaustivamente estudiado, con el recuerdo de dos o tres situaciones específicas que se pueden plantear en materia de ruptura de bazo.

Una de ellas es la ruptura espontánea o pseudospontánea de bazo, que tiene el inconveniente de que presenta al cirujano un enfermo que no tiene la etiqueta de traumatismo, que llega con una patología del hipocondrio izquierdo de la base del tórax y muy a menudo plantea problemas de diagnóstico muy difíciles, situaciones que nos ha tocado vivir, antes de llegar al diagnóstico exacto de ruptura de bazo.

Es discutido si el traumatismo inicial existió pasó inadvertido en un enfermo que estaba dormido o que estaba borracho, o si el traumatismo inicial fue mínimo, como puede ser la tos o el vómito. El hecho es que no hay que olvidar que sin traumatismo y en situaciones de este tipo, se puede presentar una ruptura de bazo (como nos tocó a nosotros tratar en una oportunidad que publicamos en nuestro trabajo sobre hemoperitoneo espontáneo), y es precisamente una de las causas de hemoperitoneo espontáneo. Esto a su vez se ve más a menudo en los bazos patológicos que en los bazos normales.

La segunda situación que quiero recordar, es la ruptura de bazo asociada a una ruptura de diafragma; cuando se rompe un diafragma izquierdo por contusión, el bazo se puede estrangular, infartar y romperse; es otra situación que hemos tenido que tratar, en la cual se produce muy a menudo una lesión en dos tiempos. El cirujano va a tratar una lesión diafragmática y encuentra un bazo roto, y en la ruptura del bazo muy a menudo ha contribuido la estrangulación del pedículo a través del orificio diafragmático.

Y la tercer situación curiosa que nos ha tocado tratar, es la ruptura de bazo en un abdomen patológico. Un enfermo que estaba internado por una afección de cadera, operado y enyesado, hizo patología abdominal, empezó con dolores y vómitos (estaba internado en Traumatología); el enfermo, que estaba febril, se cayó del primer piso de Traumatología hacia la calle e ingresó al Hospital de Clínicas con un cuadro doloroso de hipocondrio derecho.

Ese enfermo se fracturó costillas, puño, cadera, una serie de traumatismos, neumotórax; lo interesante es que ese enfermo, que nos llegó a los cinco días, tenía dolor del lado derecho y le encontramos, analizando la historia, que cada vez que el enfermo se había agravado, lo habían recuperado con sangre. Y pese a que lo vivos por primera vez de tarde, de noche, el enfermo tenía el ombligo azul. El signo de ombligo azul es signo de hemoperitoneo o hemoretroperitoneo. Al día siguiente operamos al enfermo, de mañana, y tenía una ruptura de bazo que llevaba siete días, asociada a una colecistitis aguda supurada que había sido la causa inicial de sus males. Había sido una colecistitis aguda bajo yeso, había dado un estado febril; eso había determinado que el enfermo se cayera, y el enfermo con una colecistitis aguda tenía una ruptura de bazo. La asociación de un abdomen infectado con un hemoperitoneo, provocó un postoperatorio complejo que, felizmente, el enfermo salvó en buenas condiciones.

**Dra. MURGUA.**— Hace unos años estudiamos el número de traumatizados de bazo del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Pereira Rossell; en todos se comprobaron lesiones viscerales. Salvo en los traumatismos de riñón que no se operaron, en todos los demás la comprobación fue operatoria.

Los resultados fueron más o menos los mismos que lo que se ha dicho acá; en los casos en que la lesión del bazo era la única lesión, prácticamente todos los enfermos fueron recuperados, con excepción de uno que tuvo un accidente anestésico y falleció en la mesa. Uno de ellos falleció sin diagnóstico por el hecho, que también se dijo acá, de presentar una lesión, una fractura expuesta de pierna; fue operado y transportado al Servicio de Ortopedia del hospital, donde quedó sin vigilancia del cirujano general y el niño falleció antes de que pudiera ser intervenido.

Dentro de los traumatizados con lesiones asociadas, hubo un alto porcentaje de mortalidad. A este propósito, es importante recalcar que en esos casos, más que a la lesión asociada, la muerte se debe a la falta de un perfecto sistema de reanimación, y en ese sentido nos referimos sobre todo a las transfusiones. Hemos visto morir enfermos en la mesa de operaciones porque la transfusión no pasa; nunca operamos un traumatizado de abdomen sin tener cateterizadas dos venas, por las cuales hacemos pasar, por una de ellas, sangre y por la otra suero fisiológico, a fin de tener asegurada siempre una vía venosa capaz de ser utilizada de urgencia.

También presentamos en una oportunidad a la Sociedad de Cirugía, el caso de un niño politraumatizado que le había pasado la rueda de un vehículo por el abdomen y que presentaba múltiples lesiones. Ese niño fue operado con este criterio: se le colocó un litro de sangre en cada brazo y presentaba lesiones múltiples (tenía una decapsulación del lóbulo superior, estallido del lóbulo derecho, rotura de bazo, un gran hematoma en el duodeno, rotura de riñón derecho y el arrancamiento de la vesícula biliar.

Hicimos la esplenectomía, le reinjertamos la vesícula biliar que todavía tenía porciones de peritoneo y se liberó el hematoma duodenal, comprobándose que no había lesiones de duodeno, y no se tocó el hematoma retroperitoneal.

Ese niño, pese a haber tenido una hemorragia profusa, habiéndose aspirado un litro y medio de sangre en el acto operatorio, sin embargo después evolucionó bien y ulteriormente se le hizo un estudio de colecistografía comprobándose que la vesícula funcionaba normalmente, y en cambio quedó con una oclusión del riñón derecho que, a causa del hematoma, fue después a la esclerosis renal.

Dr. B. RIOS. Aunque me comprenden un poco las generales de la ley, porque el Dr. Nelson Ferreira es de mis pagos, hablando paisano, y formado en nuestro medio, no puedo menos que decir algo para congratularme y congratularnos con el excelente trabajo que ha traído y que revela la madurez que ha alcanzado. Claro está que esto se debe a su propia capacidad, a su vocación, a su disciplina, a su inteligencia, pero también se debe un poco al medio. Él ha alcanzado esto en un lugar donde se le permitió que lo hiciera, y eso nos toca y nos halaga un poco; además nos da la satisfacción, puesto que es el segundo en nuestro Servicio, Servicio que habremos de dejar algún día, retirados por la vida o por la muerte, y será él quien deba sustituirnos, lo que nos permite estar enteramente tranquilos, como ustedes pueden ver, seguros de que seremos sustituidos con ventaja y que la cirugía en nuestro medio no sentirá absolutamente nuestra ausencia.

Dr. TEJERINA.—Por sobre todo con carácter de homenaje al brillo con que la Mesa ha tratado el tema en consideración, quiero participar de esta amable reunión científica ocupándome de ciertos aspectos vinculados a la ruptura del bazo; y digo expresamente ruptura de bazo, porque entre alguna de ellas figuran las rupturas espontáneas que, por ende, no son traumáticas. Tengo alguna experiencia y ello me permite decir que la ruptura espontánea puede producirse en enfermos sin antecedentes imputables a esplenopatía, con bazo sano. El bazo puede romperse, no sabría decir porqué, pues no he encontrado tromboflebitis de la vena esplénica, porque no he encontrado nada que explique fragilidad o haga suponer fragilidad espontánea del bazo, fragilidad particular del bazo. Lo cierto es que cuando hay un hemoperitoneo, cualquiera sea su importancia, la ruptura debe figurar en la consideración clínica. Cuando me tocó una ruptura espontánea hice el diagnóstico, tratándose de una mujer joven en plena actividad genital, de tubario roto; la incisión fue infraumbilical, pero debió prolongarse rápidamente hacia arriba porque el vientre inundado en sangre mostraba que la sangre fluía sobre todo del abdomen superior.

● Otro aspecto que quiero destacar subrayándolo, es aquello que se relaciona con la ruptura del bazo en el curso de la gastrectomía, por causa de una valva que se hunde en el hipocondrio izquierdo en el tratamiento final del muñón gástrico cuando se intenta ligar algunos de los vasos cortos, a lo que Ricardo Finochietto muy expresivamente llamó el “valvaso” (?); nosotros hemos decidido terminar con los “valvasos” descartando, la valsa; usamos solamente, en este momento y es todo lo que se permite, el separador de Finochietto, el separador amplio, es decir, que no tiene rama profunda como para poder lesionar el bazo. Cuando esto sobreviene en el curso de la gastrectomía, se ve que pequeños desgarros siguen sangrando, sangran de continuo, y si el bazo no se quita, ese enfermo tiene un postoperatorio tormentoso y casi seguro que ese enfermo tiene que reoperarse. Por eso es que se impone, como se ha dicho, la esplenectomía.

Por otra parte hay que considerar la situación que de la esplenectomía deriva hacia el muñón gástrico, por lo que se refiere a la irrigación del estómago; la gastrectomía tiene que extremarse en esos casos y estudiar bien la circulación gástrica para asegurar una buena nutrición del muñón.

Otra cosa sobre la que quiero insistir, relacionada con la rotura del bazo, es que la operación destinada a eliminar el órgano roto en grado variable, debe ser una operación rigurosamente anatómica ajustada a técnica. No haya que proceder con la precipitación o el apuro que caracterizaban a las operaciones urgentes de antaño; hay que hacer una buena anestesia, una muy amplia exposición y proceder al tratamiento riguroso de los pedículos, como se hace en el tratamiento de la esplenectomía, que exigen extirpación del bazo en seguida. Exactamente: el aspirador retira la sangre, la mano barre los coágulos y se prepara la logia esplénica como para hacer una esplenectomía en perfectas condiciones. ¿Para qué? Para evitar las esplenosis; además, no solamente las hemorragias secundarias sino también las esplenosis, es decir, que

trozos de bazo que se encuentran en la logia esplénica, puedan implantarse y luego acarrear trastornos, como ya se ha dicho en el curso de esta reunión.

Y, por último, lo que se refiere a la laparatomía, en el sentido de usar distintos tipos de laparatomía para ruptura de bazo, porque en algunos casos para extirpar enormes bazos hemos tenido que recurrir, creo que con buen sentido, a la toracopleurolaparatomía. En la ruptura de bazo hemos terminado al final en la laparotomía vertical, y digo vertical agregando, además, paramediana interna, desde el apéndice xifoide hasta el ombligo sobrepasando al ombligo en lo que sea necesario según el caso.

Con una buena anestesia se consigue una perfecta exposición con un perfecto control de la logia esplénica. Lavado, secado, lavado y secado final con suero, hasta conseguir una rigurosa hemostasia. Se podrá discutir si se drena o no se drena; los que son partidarios del drenaje harán muy bien en colocar un tubo, cosa que hacemos con frecuencia por contraabertura en el flanco, que sacamos por remolque. Pero no confiar al drenaje los riesgos que depara la hemostasia insuficiente, el drenaje nunca ha hecho hemostasia; al lado del drenaje se puede hacer una terrible hemorragia; por eso es que la hemostasia la tiene que asegurar el cirujano y alguna exudación, mínima por lo común, eso sí, a cargo del drenaje.

Dr. CENDAN.— Quisiera reiterar públicamente la felicitación que hice a los relatores por su excelente trabajo.

No me voy a referir a ningún punto especial del problema, sino exclusivamente al problema de la hemorragia. En los traumatismos del bazo, traumatismos abdominales, la vía de abordaje corriente, habitual, la más práctica, la más útil, la que permite mayor libertad de maniobras, es evidentemente la mediana supraumbilical que puede ser prolongada, como anotaba el Dr. Tejerina, hacia abajo.

Sin embargo hay una situación que deberá ser tenida en cuenta y es el de la herida y, sobre todo, las heridas por bala. En esos casos cuando se trata de heridas de hipocondrio, las lesiones asociadas son prácticamente sistémicas y en ese caso la mediana no es una incisión suficientemente buena como para cumplir con todo lo que el cirujano tiene que desear. El abordaje de la lesión esplénica, que puede ser realizado por mediana, en este caso puede ser insuficiente y es necesario tener la posibilidad de abordaje amplio del retroperitoneo. No es posible retirarse conforme de un vientre este tipo con una esplenectomía, sin hacer una exploración muy completa del retroperitoneo, especialmente de la zona del pedículo renal. Para ello el mejor tipo de incisión es aquella a la que se ha referido el Prof. Bermúdez; nosotros seguimos la incisión tipo Constantini, realizada más abajo. Es decir, realizamos una incisión oblicua abdominal hacia el décimo espacio intercostal, una laparatomía seccionando el oblicuo mayor en la dirección de sus fibras hasta sus inserciones altas, es decir, que queda a la vista el reborde.

En esas condiciones hacemos la exploración y ante la menor duda de lesión hacia atrás, prolongamos con una torcofrenotomía sin necesidad de hacer abertura de la cavidad pleural.

Esto nos permite llegar perfectamente al retroperitoneo alto, que no es dominable de otro modo, a su pedículo y en especial esta incisión tiene importancia cuando la lesión asociada es una lesión del ángulo esplénico del colon. Las lesiones del riñón, ángulo esplénico del colon y del bazo, que hemos tenido que tratar, son así perfectamente tratables y solucionables sin el problema que crean los malos abordajes.

Dr. PERTUSO.— Yo había hecho dos preguntas; creo que una de ellas está contestada y era referente al drenaje del hipocondrio izquierdo. La otra era referente a la experiencia que han tenido en traumatismo de bazo de significación clínica, por esplenoportografía. Junto a casos de quiste hidático puncionado y siguiendo un método de la entrevista personal dirigida, en realidad obtuvimos cuatro enfermos en los cuales, al realizar la esplenoportografía, se extrajo líquido hidático. Fueron todos intervenidos de urgencia.

Pero en uno ocurrió un hecho que puede tener algún interés; se consideró que extraer líquido y dejar la aguja dentro del quiste, prevenía el derrame del líquido intraperitoneal.

Cuando se fue a intervenir, el bazo estaba prácticamente cortado como un salchichón porque el enfermo primero no había sido trasladado con la suficiente delicadeza y, en segundo lugar, había recuperado la motilidad diafragmática. La esplenoportografía se hace con anestesia del frénico controlada radioscópicamente; si la intervención no se sigue, inmediatamente el accidente puede llevar a la complicación hemorrágica que existe latente. De manera que si se pretende actuar de esa forma, la táctica debe ser extremadamente cuidadosa; uno de los enfermos fue tratado así y se comprobó que no había ningún tipo de derrame dentro del peritoneo.

La otra cosa que quería decir, es que parezco tener, a pesar de la corta edad, un tactismo positivo por las heridas de bazo en el curso de la gastrectomía.

Intervine en cuatro situaciones, una nuestra y tres de compañeros; dos fueron reconocidas al principio de la operación y dos al final. Las dos que se reconocieron al principio de la operación, que creemos que se producen en el momento de ligar los vasos cortos, terminaron simplemente con una gasa caliente sobre el bazo, y al terminar la operación el bazo no sangraba y se dejó. Y las dos que se reconocieron al final, entre las cuales una es la mía, terminaron con una esplenectomía porque el cirujano evidentemente a veces no tiene paciencia para esperar a ver si la hemostasis se produce sola.

Dr. PIQUINELA.— Me asocio a las felicitaciones al Relator y a los Correlatores, aunque con estos dos últimos no ignoro que me comprenden un poco las generales de la ley.

Voy a contestar con un solo caso, la pregunta que formuló el Dr. Cesarino Silveira. Le recuerdo a él que el caso de esplenosis operado por mí, era un enfermo viejo, esplenectomizado, que había sufrido una serie de intervenciones iterativas por episodios oclusivos a repetición por adherencias. Mi intervención fue motivada para poner término a la repetición de los cuadros

oclusivos, con una operación de Noble; ese enfermo es la primera operación de Noble con plegado total que he realizado y fue al realizar la misma que se encontraron en las vecindades del ángulo ileocecal una serie de nódulos de color parecido al parénquima esplénico, que fueron extirpados sólo algunos con finalidad biopsica; ni por asomo sospechamos la naturaleza histológica de los nódulos (los nódulos eran instalaciones esplénicas).

Dr. STAJANO.— No puedo dejar de asociarme a las felicitaciones a relatores, al Relator oficial, de gran mérito, con algo de lo que anoche dije: la alta jerarquía que adquirían los relatos de los últimos tiempos, correspondientes a los cirujanos del Interior, con relatos brillantes y llenos de hechos interesantísimos.

Surge de todo eso la complejidad del diagnóstico en la rotura de bazo: es un cuadro muy complejo, un problema complejo de por sí cuando la multiplicidad de lesiones asociadas, unas ostensibles, otras disimuladas que aparecen después al día siguiente o a los dos o tres días o más, revelando la complejidad del cuadro del politraumatizado con la cantidad de procesos que contribuyen a su sintomatología shockante y dislocante de todos los metabolismos y de todas las consecuencias de ese traumatismo grande.

Pero voy a dedicarme a dos hechos que son como de injerto en el tema, que son: uno, algo de clínica corriente, quirúrgica, y de la cual creo haber expresado mi opinión varias veces, se relaciona con el valor del Douglas en los traumatismos del bazo con estallido de la cápsula. El mecanismo de dolor del Douglas tiende, de acuerdo con lo clásico, a ser explicado por la ocupación del Douglas; esto es verdad con un proceso inflamatorio, un proceso séptico. En los procesos no sépticos el Douglas duele sin estar ocupado y duele contemporáneamente a la crisis distensiva en la cápsula por un hematoma subcapsular del bazo, por ejemplo. Y el Douglas es sumamente doloroso de la misma manera que es doloroso en el curso de distensión de un embarazo ectópico. Clásicamente se decía que el Douglas dolía por la sangre ocupando el mismo, y la sangre en el Douglas es absolutamente indolora. Lo que produce el dolor irradiante en toda la concavidad del Douglas es la distensión del órgano que sufre; en ese momento el Douglas duele; pasada la distensión se estabiliza el Douglas, aunque esté lleno de sangre.

En la misma forma lo hemos comprobada en las oclusiones valvulares del intestino; el Douglas no está ocupado, hay un traumatismo visceral que en el momento de la agudeza de la distensión produce el dolor del Douglas; se estabiliza, se pasa y el dolor de Douglas desaparece.

Y una última cosa para decir: es la exploración en la esplenectomía, si es shockante o no es shockante; no me explicaba antes porqué una extirpación de bazo, una esplenectomía, en los tiempos en que los cirujanos operaban rápido pretendían operar rápido, por deporte o por cualquier otro motivo, se morían los enfermos de esplenectomía y decían: porque es shockante. He visto hacer esplenectomías exteriorizando el bazo y colgando del pedículo, y ligando el pedículo a la vista con toda precisión, y esos enfermos se mueren de íleo paralítico. He visto morir a dos o tres, y esa impresión me quedó

grabada; lo hice experimentalmente y provoca un shock brutal. Conclusión: la esplenectomía debe hacerse en vientre adentro, no exteriorizar por chiquito qu sea el bazo, si no hacerlo sin traccionar el meso; esa tracción del meso evidentemente es shockante y puede causar la muerte, y además determinante de la complicación pulmonar tan frecuente en los procesos de distensión capsular del bazo.

Dr. PERDOMO.— En lo que respecta a las consideraciones que se hicieron a propósito de algunos puntos y que nosotros no pudimos tratar en los correlatos por falta de tiempo, desde el punto de vista estadístico es conveniente hacer algunas precisiones.

En primer lugar me voy a referir a lo dicho por el Prof. Bermúdez en relación al drenaje. Nosotros conocíamos la opinión del Prof. Bermúdez y la inscribimos en los trabajos, pero debo decir honestamente, que en los 99 casos que tenemos, nunca drenamos personalmente y en los 91 casos que corresponden a la estadística propiamente de los 50 cirujanos del Clínicas, se drenaron alrededor de 20 y nosotros no pudimos sacar en conclusión, en ningún caso, el valor que pudo haber tenido drenar o el valor que pudo haber tenido el no drenar. Nunca sacamos esa conclusión, excepto en un caso, que también le da la razón al Dr. Tejerina en el sentido de que el drenaje demostró una hemorragia que hubo que reintervenir; pero ese es un problema de hemostasis y no de otra índole.

De modo que lo que nosotros podemos decir, y no es nuestra experiencia la que habla en ese sentido, es que el drenaje es un asunto opinable en materia de valor.

El otro punto que importa señalar, siempre desde el punto de vista de la estadística que hemos realizado, es el que se refiere a las incisiones. Nosotros encontramos que estadísticamente se hicieron tantas incisiones transversales, oblicuas, como incisiones verticales, pero en los únicos casos en que el cirujano se vio necesitado de ampliar la incisión fue cuando usó incisión vertical; cuando usó incisión transversal u oblicua, la incisión siempre le sirvió para resolver casi todos los problemas. Y le sirvió en ese sentido: si es necesario ampliar es para abordar mejor el bazo que no se puede movilizar, punto en que la incisión transversal sirve mejor. Si es necesario ampliar porque hay que abordar el retroperitoneo, punto en que la incisión transversal sirve mejor; si es necesario ampliar porque hay que abordar a veces el hígado, punto en que la incisión transversal sirve mejor; y si es necesario ampliar a veces, es porque hay que abordar el tórax, punto en que la incisión transversal se amplía mejor hacia el tórax. De manera que de estas consideraciones que nosotros observamos, nos pareció que era un asunto que se inclinaba favorablemente al uso del tipo de incisiones en forma transversal, oblicua, o la incisión de Del Campo a la cual se refirió el Dr. Ferreira.

Dr. FILGUEIRA.— Solamente quería expresar que cuando nosotros empezamos la estadística, estábamos convencidos de que la mayor parte de las rupturas esplénicas en el acto operatorio se debían a traumatismos.

Los hechos que nosotros hemos reflejado, simplemente demuestran los números que hemos obtenido de las historias recogidas en el Hospital de Clínicas, en los cuales se ve que en un solo caso, de acuerdo a la descripción operatoria, la ruptura se realizó por el instrumento, la valva. Incluso nosotros, luego de ver todos estos hechos y analizarlos, pensamos lo que las estadísticas muestran que es sobre todo por la tracción del ligamento gastrosplénico, sobre todo cuando se libera la gran curva.

Dr. FERREIRA.— En primer lugar deseo agradecer efusivamente a todas aquellas personas que se han dedicado al tema y que a la vez, inmerecidamente, lo han elogiado, elogio que cabría más para los Correlatores que para el relato que he desarrollado.

Si se me permite, en mi modestísima experiencia deseo contestar alguna de las preguntas que se han formulado y que me han resultado, a su vez, sumamente interesantes en este tema.

Una de ellas es la del Dr. Karlen; plantea el problema de la continuidad de la hemorragia después de la esplenectomía, continuidad de la hemorragia que puso en serio peligro la vida de un paciente.

Este punto lo tratamos en el relato y manifestamos justamente lo que dice Kirseiner al respecto, de que cuando los bazos son muy grandes es común observar que a través del ligamento frenosplénico vienen venas hacia el bazo que ponen en serio peligro la vida del paciente en la esplenectomía.

Kirsehner, incluso, habla de venas del tamaño de un pulgar, señalando la hemorragia importante que puede producirse en la logia esplénica a pesar de haberse ligado con todo cuidado, como en el caso del Dr. Karlen, el pedículo esplénico.

Estas venas son, en lo que respecta al modo de cohibir la hemorragia, difíciles; tanto es así, que el ideal a veces es poder trabajar con el aspirador y electrocoagulador al mismo tiempo, para poder efectuar esta hemostasis.

No quiero hablar más de esto porque si no, si contesto a todas las personas que han intervenido, se va a hacer sumamente largo y pesado esta terminación de relato.

En lo que respecta al Dr. Cesarino Silveira, agradezco su contribución; no le voy a responder, dado que ha estado perfectamente contestado por el Prof. Piquinela. Sabemos, y además está citado en el relato, que Cotlar y Cerise describen un cuadro de oclusión intestinal provocado por la misma esplenosis; la autoridad del Prof. Piquinela me impide seguir hablando de este tema. Saber, eso sí, que de las estructuras abdominales que se rompen en la cavidad peritoneal hay dos que pueden implantarse, y ellas son el bazo y el eudometrio.

Es cosa curiosa; el bazo cuando se implanta, generalmente es el bazo normal. El bazo patológico generalmente no desarrolla, a pesar de que hay un caso descrito por Stobie.

En cuanto al Prof. Bermúdez, agradezco su colaboración en el tema y evidentemente no me voy a poner a discutir dada la amplia experiencia del Prof. Bermúdez en la materia. Conocemos todos los trabajos, incluso sobre

drenaje y el medio tensional que se da en la logia subfrénica izquierda. Pero le quiero adelantar que personalmente no hemos drenado nunca en los 10 casos tratados por nosotros; nunca hemos drenado la logia esplénica y que tampoco nos arrepentimos de ello. Consideramos siempre que poner en contacto un medio aseptico con el exterior, como es la sangre que se derrama dentro del vientre, puede crear un medio de septicidad dentro de la cavidad peritoneal; somos también de los que creemos que la sangre es un gran medio de cultivo cuando se le pone en contacto con el exterior. Pero tampoco somos de los que contraindicamos o pensamos que está contraindicado un drenaje; al contrario, en el relato justamente precisamos en qué casos somos partidarios del drenaje de la logia esplénica.

En lo que respecta a incisión, siempre digo una cosa: que la incisión que debe de hacer el cirujano en las urgencias, es aquella que esté más acostumbrado a realizar; son operaciones que pueden realizarse rápidamente la mayor parte de ellas, bien tecnicadas, y voy a repetir que la mejor incisión es la que el cirujano esté más habituado a hacerla. Conocía la opinión, al respecto, del Dr. Cendán sobre la incisión de Constantini, pero nosotros no hemos realizado dicha incisión.

Al Dr. Praderi agradezco su intervención; conocemos casos publicados: uno, de posibles roturas espontáneas, incluso de bazos sanos; nos relató, y está descrito, un caso del Dr. Valls, pero nosotros siempre pensamos que todas estas roturas espontáneas reconocen un mínimo traumatismo, porque, suponemos, un paciente que camina varios kilómetros en bicicleta, llega, se le rompe el bazo; algún problema tensional puede haberse creado dentro del bazo y, además, téngase presente que el bazo, después de las comidas, aumenta enormemente de tamaño. Así que existen una serie de condiciones que predisponen al bazo a la rotura, pensando en que siempre existe un mínimo de traumatismo.

En cuanto a la asociación con las heridas de diafragma, en nuestra casuística figuraban tres casos, pero debo decir que existen autores, como Me Cort y colaboradores, que dicen que la rotura de diafragma la mayor parte de las veces pasa desapercibida al cirujano; las pequeñas heridas de diafragma y que es más frecuente que la fractura de costillas.

En lo que respecta a la Dra. Murguía, estamos completamente de acuerdo con lo que ella ha manifestado y le agradezco la colaboración en el tema. Ella ha hablado sobre las asociaciones lesionales y estamos completamente de acuerdo sobre la reanimación que debe efectuarse en esos casos.

En cuanto al Dr. B. Ríos, desde luego que me inebnen las generales de la ley y creo que ha hecho elogios que no me corresponden; también le agradezco la colaboración en el tema.

Al Prof. Tejerina, desde luego tengo que decirle dos palabras con mi modestísima experiencia. Veo que ha hablado de roturas espontáneas en bazos sanos; algo he contestado anteriormente y para mí ha sido realmente un gran honor que el Dr. Tejerina se haya referido a este tema.

Habló luego de la gastrectomía, sobre las roturas cuando se hace la gastrectomía al traccionar los vasos cortos, en fin, lo mismo del drenaje; compartimos su opinión.

En cuanto al Dr. Cendán, lo mismo; agradezco su colaboración y ampliamente me referí en lo que respecta al abordaje.

El Dr. Pertuso (?) habla de las lesiones en las esplenoportografías; también están consideradas en el relato a través no de mi experiencia, sino de la experiencia del Dr. Paulowsky (?), el cual, al hacer esplenoportografías, hace siempre la anestesia del frénico para evitar que el diafragma se moviera y que, por lo tanto, la aguja traumática el bazo.

En cuanto al Prof. Piquinela, no tengo nada que decirle, salvo que agradecerle porque conocemos su vastísima experiencia en este tema.

Al Prof. Stajano, en fin, hemos seguido siempre sus trabajos; admiramos sus trabajos y ellos están consignados en mi relato; incluso seguimos la patogenia de la distensión visceral de la que él habla. Creemos que a veces es difícil ir a extirpar un bazo sin exteriorizarlo cuando se está en un mare magnum, permítaseme la expresión, de sangre en el interior y resulta más fácil, más rápido, tratar, como manifestaba cuando hice el relato, de tomarlo con la mano derecha y, si es posible, efectuar su exteriorización.

Nada más; muchas gracias y perdonen que me haya extendido un poco.

Dr. YANNICELLI.—La Mesa une sus felicitaciones al distinguido colega Relator e igualmente a los distinguidos colegas, uruguayos y argentinos, que se han ocupado del tema.

Desde un punto de vista panorámico, por fuera o por encima de lo que se ha discutido y desde que actuamos en la cirugía de niños, hemos tenido nuestra propia experiencia en cirugía de urgencia; nos referimos a los bazos traumáticos; y en la cirugía que hicimos, sobre todo en el Instituto de Pediatría, con los bazos patológicos, hemos adquirido también una experiencia que cabe bien dentro de lo que se ha manifestado acá. A veces drenamos, a veces no drenamos; cuando llegamos a ver que una fosa esplénica no sangra, no hacemos drenaje; otras veces drenamos, y todos sabemos que un tubo que denuncia un escurrimiento mayor, nos está denunciando, desde luego, una hemorragia.

Con respecto a incisiones, también hacemos a veces paramedianas, a veces medianas y a veces transversas; el niño se ofrece más fácilmente al abordaje esplénico por la incisión mediana y mismo paramediana.

Pero por encima de los detalles que significa la realización del acto operatorio y que todos estamos de acuerdo, creo que lo más difícil de todo es un bazo friable, después un bazo que tiene un pedículo corto, un bazo adherido; en fin, todo eso que ya se ha dicho acá.

Pero hay algo que nos está diciendo, a través de las estadísticas presentadas, sobre todo por el Dr. Perdomo, que están escapándose una cantidad de enfermos traumatizados de bazo y otros que son intervenidos tardíamente, y otros en que los diagnósticos se han hecho muy tardíamente. Y entonces yo digo, ¿dónde está el progreso de la cirugía oportuna?, ¿qué beneficio sacan

los enfermos? Porque aquí nos encontramos con una estadística que habla de un 8 % de mortalidad; claro que no es comparable con otras, hay que ver cada caso en particular; pero hay sin operar 4 enfermos que aparecen en la necropsia y de 38 en 99 más de cuatro horas en hacer el diagnóstico. Tomé nota de lo que iba diciendo el Dr. Perdomo, de los cuales cinco a diez días y a veces más de diez días. Lo peligroso es que no se haya pensado en que hay una ruptura de bazo; nosotros alguna vez pensamos en rotura de bazo, pensamos en que se había detenido la hemorragia y hasta tuvimos oportunidad de demostrar que se podía, en un ambiente vigilado; teníamos en ese momento un grupo de practicantes internos muy avezados y de cirujanos colaboradores; y ese enfermo que había sangrado evidentemente, pero que había dejado de hacerlo, esperamos la evolución y como no surgió ninguna complicación lo dejamos, demostrando que hay heridas de bazo que pueden pasar. Si bien es cierto que el esplenectomizado no sufre nada, podemos pensar que, sobre todo en la edad infantil, un bazo que se queda, que no es imprescindible sacar, puede servir para algo; incluso puede ser que más adelante lo sepamos mejor.

Es claro que durante ese tiempo vivimos los sinsabores de la gravedad que significaba estar auscultando la posibilidad de una agravación de ese enfermo. Pero ya estaban todos enterados en las guardias y lo primero que se tenía que hacer eran transfusiones; estaba el chico perfectamente clasificado y llamar al cirujano de guardia; que si existiera esto en todos los casos difíciles que se plantean mientras se resuelve el problema del diagnóstico, no pasaría lo que está pasando en estas estadísticas.

Quiere decir que estamos atrasados en el diagnóstico oportuno de los traumatismos de bazo y veo que precisamente se trata de un sector donde no se puede hablar ni de carencia de equipo, ni de carencia de material humano, porque tengo entendido que hay tres guardias. Y entonces, pienso yo, si ese colegiado de las guardias no está haciendo mal y si antes cuando había uno solo, que tenía la obligación de mirar todo, que vivía en el hospital y que era responsable de todo lo que iba pasando, no era más oportuno; si no tendremos que volver a las guardias personales, con ayudantes, pero dándole la responsabilidad de una sola persona para que organice mejor y para que vea mejor.

A pesar de los avances que en materia quirúrgica podemos hacer, la mortalidad no va bajando y los diagnósticos tardíos están apareciendo cada vez más.

Parecería que nos vamos todos encarrilando a un tipo de cirugía, la que es más novedosa, y nos vamos olvidando que la gran cirugía es la que produce mayor mortalidad de los temas ya muy conocidos desde el punto de vista de la patología de la clínica, que vamos abandonando la observación elemental de la clínica que es la que puede acertar un diagnóstico precoz.

De manera que es indudable que la estadística que nos trajo el Dr. Perdomo es importante a los efectos de ir analizando reformas en las guardias que tienen que atender los casos de urgencia en ese sector hospitalario y en todos los otros sectores hospitalarios, y que tendremos en cuenta lo que nos corresponde.

Viernes 1º de diciembre

**ASAMBLEA GENERAL**