

TERCERA SESION PLENARIA

TEMA:

TRAUMATISMOS DE BAZO  
(HERIDAS Y CONTUSIONES)

RELATOR:

Dr. NELSON FERREIRA BUADAS

PONENTES: \*

Traumatismos de bazo. Heridas y contusiones. *Dr. Nelson Ferreira.*

Traumatismos de bazo. Documentos clínicos y necrópsicos. *Dr. Roberto Perdomo.*

Lesiones traumáticas peroperatorias del bazo. *Dr. José L. Filgueira.*

CONTRIBUCIONES:

Traumatismos de bazo. *Dres. Jorge A. Buquet, Jorge A. Dussaut y Sebastián Vilamajo.*

Traumatismos de bazo. *Dres. Félix A. Pereyra, H. Faraoni, Enrique Testa y E. Lazo Sosa.*

Traumatismos de bazo. Estudio estadístico. *Dres. M. O. Camaño, C. Alvariza y O. Guerrero.*

DISCUSION

\* La exposición del Relator y los Ponentes fueron publicadas en el Tomo I, pág. 139 a 247.

## TRAUMATISMOS DE BAZO

Dres. JORGE A. BUQUET, JORGE A. DUSSAUT  
y SEBASTIAN VILAMAJO

En el Servicio de Guardia dependiente del Servicio de Cirugía General del Policlínico "Gregorio Araoz Alfaro" (de Lanús, República Argentina), a cargo del Prof. Dr. Juan C. Casiraghi, hemos atendido 19 pacientes por traumatismo de bazo, desde 1961 hasta la fecha. La estadística del Servicio es mayor, pues comprende 59 casos, pero se consideran únicamente estos últimos 19 por haber sido los anteriores motivo de otra publicación.

Teniendo en cuenta el mecanismo causal, se observa que 17 casos correspondieron a traumatismos cerrados del abdomen, que solamente un caso fue ocasionado por traumatismo abierto y que hubo una rotura espontánea en una esplenomegalia.

### *Traumatismos cerrados:*

Accidentes de tránsito .....	14 casos
Coz .....	1 caso
Golpe banal (contra una mesa)	1 caso
Caídas por resbalones	1 caso

### *Traumatismo abierto:*

Herida de bala, con lesiones viscerales asociadas	1 caso
---	--------

### *Rotura espontánea:*

Esplenomegalia	1 caso
----------------	--------

### *Tipos de lesión:*

Traumatismo con desgarro primario de la cápsula esplénica .....	18 casos
Traumatismo con integridad inicial de la cápsula (hematoma subcapsular)	1 caso

El análisis de nuestra serie nos lleva a efectuar algunas observaciones que concuerdan con la experiencia general sobre el tema. El bazo, que se conserva indemne con bastante frecuencia en los traumatismos abiertos del abdomen, es fácil presa en los traumatismos cerrados. Los accidentes de tránsito aportan el mayor caudal de estas lesiones, pero aunque la contusión (el golpe directo) en la región esplénica caracteriza el caso típico, se debe tener presente que no son raras las roturas espontáneas sin traumatismo aparente (en general bazos patológicos) y que no es necesario que el traumatismo sea muy intenso para provocar su lesión (una caída banal, el esfuerzo violento para mantener la posición erecta, etc.), figuran esporádicamente entre sus causales.

### DIAGNOSTICO

Dada la estructura anatómica del bazo en cualquier clase de traumatismo, la lesión habitual es el desgarro o el estallido. La integridad inicial de la cápsula o su desgarro simultáneo con la pulpa esplénica determina dos clásicos cuadros de rotura del

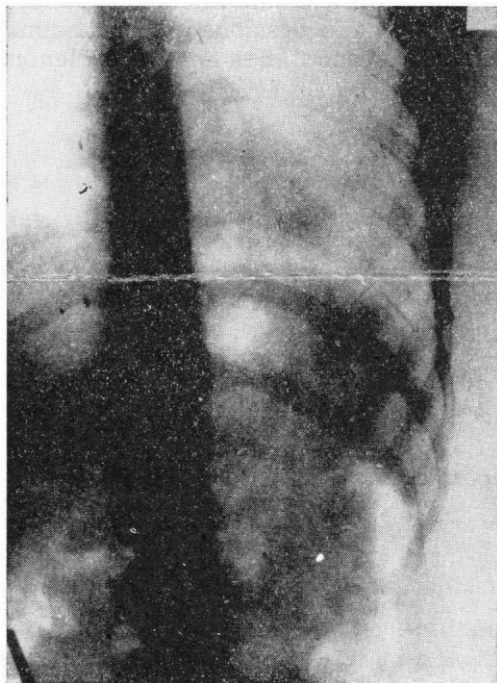


Fig. 1.—Hematoma subcapsular del bazo.

bazo: la herida abierta y el hematoma subcapsular que caracterizan sendos cuadros clínicos. En el primer caso, el antecedente *traumático acompañado* de un importante cuadro de shock hemorrágico y las manifestaciones abdominales de hemorragia interna no ofrecen en general (en nuestra experiencia) dudas sobre el responsable de hemoperitoneo. En el hematoma subcapsular, en cambio, los síntomas pueden ser muy solapados en las primeras horas o primeros días hasta que finalmente el aumento de tensión del hematoma rompe la cápsula, con la brusca inundación peritoneal, configurando el cuadro de la hemorragia en dos tiempos, característica de este tipo de lesión. Esta última eventualidad es la más interesante para considerar porque es la que crea realmente incertidumbre en el diagnóstico, en el período de hematoma subcapsular, obligando a una estricta vigilancia del paciente, aguzando el examen clínico y reiterando los exámenes complementarios (hemograma, hematócrito, punción abdominal), entre los que juega un papel destacado la radiografía directa del abdomen, focalizada en hipocondrio izquierdo. Se ha caracterizado un síndrome radiológico del hematoma subcapsular, con el aumento de la opacidad del área esplénica, el desplazamiento de la cámara aérea gástrica hacia derecha y el rechazo del ángulo del colon izquierdo hacia abajo, con el agregado, en algunas circunstancias, de un derrame pleural izquierdo. La arteriografía de la esplénica puede ser también un medio a emplear en el hematoma subcapsular.

## TRATAMIENTO

La demostrada segmentación esplénica ha permitido planear la realización de esplenectomías segmentarias que sabemos que en muy pocos casos ha sido llevada a cabo y es de prever que la utilización actual de los polimerizantes rápidos (cianoacrilatos) en cirugía abra una nueva perspectiva a la posibilidad de las segmentectomías esplénicas. Pero si bien esta técnica puede tener su indicación para algunas circunstancias, no la consideramos aconsejable en el bazo traumatizado, para la que creemos más exenta de riesgo la esplenectomía total. Esta intervención, relativamente fácil y benigna en los casos comunes de heridas abiertas, se puede transformar en una operación laboriosa y de riesgo en los hematomas subcapsulares de larga evolución, rotos secundariamente. Estos crean firmes adherencias de periesplenitis, que dificultan la liberación del órgano y el acceso a los pedículos, terminando las intervenciones, a veces, en verdaderas pulpectomías esplénicas. En cuanto a la vía de acceso, hemos utilizado indistintamente la incisión subcostal o transversal izquierda en los traumatismos comunes del bazo. Si existe el previo cono-

cimiento de una esplenomegalia o si se sospecha la concomitancia de otras lesiones viscerales asociadas, la incisión que preferimos es la pararrectal izquierda. Ante la posibilidad de una esplenopatía en la que se tema que una importante periesplenitis dificulte la liberación frenoesplénica, aconsejamos la incisión en *S* itálica preconizada por Casiraghi, la que permite por la curvatura de su cola posterior el acceso al tórax. En presencia de un hematoma subcapsular, aconsejamos la ligadura previa de los vasos esplénicos, en el borde superior del páncreas, a fin de disminuir el riego esplénico y periesplénico, para hacer menos hemorrágica la esplenectomía.