

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HEMATOMA SUBCAPSULAR DEL BAZO

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS ULTIMOS 10
AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE

DIOS

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la

Facultad de Ciencias Médicas de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

por:

OSCAR AUGUSTO MOLINA CIFUENTES

En el Acto de Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

ANATOMIA

DIAGNOSTICO CLINICO

DATOS CLINICOS

DATOS DE LABORATORIO

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

DATOS RADIOLOGICOS

PRESENTACION DE CASOS

ANALISIS DE RESULTADOS

COMENTARIO

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La lesión más común intraperitoneal asociada a trama de abdomen es ruptura esplénica; sin embargo, una revisión de literatura revela que un 20 % de todas las lesiones esplénicas traumáticas resultan en una ruptura retrasada del mismo (5), con formación de hematoma subcapsular (7). Como regla la hemorragia esplénica es reconocida inmediatamente como una catástrofe abdominal aguda (5).

Ocasionalmente podría permanecer sin detectarse por horas o días y llega a ser conocida al romperse el hematoma subcapsular hacia el peritoneo (5). Es sabido que la hemorragia producida al principio causa sintomatología vaga, luego el hematoma desarrollado puede producir un cuadro clínico no específico (5). La dificultad para identificar hematomas esplénicos se refleja en el hecho de que la mayoría de los pacientes llegan a la sala de operaciones sin un diagnóstico definitivo (5), pues la naturaleza de la lesión y la variabilidad de las mismas conducen a un atraso en el diagnóstico y a un aumento subsiguiente en el grado de mortalidad (15).

Es de tomar en cuenta que ésta entidad no tiene solamente origen traumático, puesto que puede ocurrir aparentemente en forma espontánea en el Bazo normal como en el enfermo (Nicoll 1968) (5).

Sabiendo que esta entidad presenta dificultad marcada en su diagnóstico pretendemos efectuar una comparación de los hallazgos en nuestro medio en relación a los hallazgos reportados en la literatura mundial.

OBJETIVOS

1. Dar a conocer la incidencia de Hematoma Subcapular del Bazo tratados en el Hospital General San Juan de Dios, en los últimos diez años.
2. Identificar causas predisponentes de dicha entidad.
3. Evaluación de métodos diagnósticos disponibles en nuestro medio para su diagnóstico.
4. Desarrollar una metodología encaminada al diagnóstico y tratamiento, mediante la revisión de bibliografía nacional y extranjera.
5. Determinar la morbi-mortalidad que ocasiona ésta entidad.
6. Que el presente trabajo sirva de referencia para futuras consultas.

MATERIAL Y METODOS

Para el presente trabajo de tesis, se revisaron los libros de sala de operaciones y las fichas clínicas de los pacientes archivadas en el Departamento de Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

El material bibliográfico, fue obtenido de la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, del INCAP y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

El método empleado: un análisis retrospectivo de los casos obtenidos en un período de diez años y revisión de literatura comparando datos obtenidos en nuestro estudio en relación con los casos reportados en la literatura mundial.

ANATOMIA DEL BAZO

SITUACION:

Es un órgano linfoideo situado en la parte más externa del hipocondrio izquierdo atrás del estómago, debajo y delante del diafragma, encima del riñón izquierdo, del colon transverso y del ligamento frenocólico izquierdo. Es único, aunque raramente se encuentran Bazos supernumerarios, en números variables en la proximidad del Bazo normal.

Mide aproximadamente: 12 centímetros de longitud, 8 de anchura y 3 de grosor. Tiene un color rojo oscuro, es notable por su blandura y gran friabilidad.

Tiene la forma de un tetraedro irregular de base anterior y vértice posterior, tiene una dirección oblicua casi semejante a las últimas costillas.

CONFIGURACION EXTERIOR Y RELACIONES:

Por su forma tiene tres caras, tres bordes, una base y un vértice.

CARAS:

Una cara externa o diafragmática, una cara inferointerna renal y una cara superointerna o gástrica. La cara diafragmática corresponde al diafragma y por su intermedio al fondo del saco pleural izquierdo el pulmón izquierdo y la pared costal. La cara renal descansa en la cápsula suprarrenal izquierda la parte superexterna de la cara superior del riñón. La cara gástrica se relaciona con la cara posterior del estómago.

cara renal, una serie de fisuras dispuestas en una sola fila por la que los brazos esplénicos penetran en el Bazo o salen de él. El conjunto de éstas fositas constituyen el hilio del Bazo.

BORDES:

Los tres bordes se distinguen en supero externo, inferointerno o interno. El borde superoexterno o dentado separa la cara gástrica de la cara diafragmática. El borde inferointerno está situado entre la cara renal y la cara diafragmática, concavo abajo y adentro, se aloja en el canal comprendido entre el diafragma por una parte y el extremo superior y el borde externo del riñón por otro. El borde interno separa la cara renal de la cara gástrica. Alojado y comprendido entre la cara posterior del estómago y la cara anterior del riñón.

BASE O EXTREMO EXTERNO:

Mira hacia abajo, delante y fuera, descansa sobre la cola del páncreas por dentro, sobre el colon transverso y el ligamento frenocólico izquierdo por fuera.

VERTICE O EXTREMO IZQUIERDO:

Mira arriba, atrás y adentro, está situado a nivel de las 10^a y 11^a vértebras dorsales y a 2 centímetros de la columna vertebral corresponde por abajo, a la cápsula suprarrenal, por arriba, al diafragma y algunas veces al lóbulo izquierdo del hígado.

IRRIGACION:

Esplénica rama del tronco celiaco, se dirige de derecha a izquierda siguiendo en la mayor parte de su trayecto la cara posterior del páncreas, cruza en seguida el borde superior y la

cara anterior de la cola del páncreas para llegar al hilio del Bazo, en donde se divide en sus ramas terminales. El retorno venoso está dado por la vena esplénica, ésta nace de la reunión de las venas que emergen del hilio del Bazo. Se extiende de aquí hasta la cara posterior de la cabeza del páncreas, en donde se une a la mesentérica mayor para formar el tronco porta, discurre por el canal que presenta la cara posterior del páncreas por abajo de la arteria esplénica.

TOPOGRAFIA TORACOESPLÉNICA:

Al extremo interno está situado en el décimo espacio intercostal, a 2 cm. aproximadamente de la columna vertebral, el extremo externo corresponde al borde inferior de la décima costilla a 4 cm. por encima del extremo anterior de la onceava costilla, el borde inferior sigue la onceava costilla, luego se levanta para llegar al extremo externo. El borde superoexterno corresponde a una línea curva de concavidad inferior que une los dos extremos, ésta línea cruza la novena costilla a nivel de la línea escapular y la octava a nivel de la línea axilar media.

EMBRILOGIA

BAZO

El bazo aparece en embriones de 10 mm. de longitud C.A. como una condensación localizada de células mesodérmicas en el mesogastrio dorsal. Este engrosamiento pronto se proyecta sobre la superficie izquierda del mesogastrio dorsal en la cavidad peritoneal general. El mesogastrio puede ahora ser subdividido en una porción entre el bazo y la curvatura mayor del estómago, el esbozo pancreático dorsal que se extiende cranealmente en el mesoduodeno, crece en el mesoduodeno, crece en el mesogástrico dorsal al igual que el bazo y esta parte del

mesenterio posteriormente se fusiona con el peritoneo de la pared abdominal posterior, ventral al esbozo renal izquierdo. Como resultado, la parte izquierda del saco peritoneal que se encuentra detrás del mesogástrico dorsal es obliterado. La porción persistente de la parte dorsal del mesogástrico dorsal une ahora el Bazo con el riñón y suprarrenal y es llamado ligamento Lino-renal. Una arteria, rama de la arteria celiaca, pasa en el mesogástrico dorsal hacia la curvatura mayor del estómago. También irriga el esbozo del bazo y forma la arteria esplénica de la anatomía adulta. La porción proximal de esta arteria viene a yacer retroperitonealmente con el cuerpo y cola del páncreas. La porción anterior del mesogástrico dorsal, que une el bazo con el estómago se denomina Epíplón gastroesplénico (6).

ETIOLOGIA

Las fuerzas etiológicas en las que se debe sospechar como causa de trauma esplénico son: 1) Accidentes automovilísticos; 2) Peleas; 3) Caídas de más de un metro de altura; 4) Deportes en los que se entra en contacto con las personas, y 5) Otros traumatismos sin producir heridas penetrantes(11). En los traumatismos anteriores presentan una ruptura inmediata en un 85%, ruptura tardía en un 15%.

DIAGNOSTICO CLINICO

DATOS CLINICOS

SINTOMAS:

Posteriores al trauma días o semanas: dolor abdominal superior no específico, posiblemente más pronunciado en el lado izquierdo, fatiga, pérdida de peso, náusea y/o vómitos (5), que además se puede irradiar hacia hombro y brazo izquierdo(3), como también hacia la espalda(1). Estos síntomas no pueden ocurrir, ser leves o ser enmascarados por otras lesiones severas (13).

El trauma esplénico resultará en una ruptura inmediata o tardía(7), la naturaleza de la lesión y la variabilidad de las mismas frecuentemente conducen a un atraso en el diagnóstico, y un aumento subsiguiente el grado de mortalidad (15). Debe tenerse un alto índice de sospecha sobre un hematoma del bazo en desarrollo cuando ha habido un trauma brusco en el tórax inferior izquierdo, particularmente cuando es asociado con fractura de la parrilla costal inferior izquierda, además cuando el traumatismo es asociado con hematuria gruesa, ya que un 51 % de pacientes con trauma esplénico brusco presentan este último signo(7).

SIGNS CLINICOS:

La secuencia de eventos siguientes a un trauma brusco del Bazo comienza cuando el traumá resulta en un rompimiento subcapular gradualmente expandiéndose, el cual continuará aumentando por varios días o semanas, seguido de la ruptura de la cápsula con hemorragia a cavidad abdominal.

Uno de los elementos patológicos principales de la enfer-

medad es la presencia de una masa en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, la cual con mucha frecuencia solamente se palpa en fase tardía en el curso de la enfermedad (1), además una disminución en su hematocrito (3). Dolor referido al hombro izquierdo signo de Kerr positivo, suele encontrarse frecuentemente en traumatismo esplénico asociado a Hematoma Subcapular del Bazo (3).

DATOS DE LABORATORIO

Como dato importante el examen de sangre se encuentra en controles seriados de Hemoglobina, un descenso de la misma, y en frotos periféricos se ve Anemia Hipocrómica Microcítica (1).

Controles seriados de Hemoglobina y Hematocrito muestran un descenso de ambos, así como una Leucocitosis moderada(8). Anemia Hipocrómica Microcítica se observa en estudios de frote periférico, en 1969 Drapanas et al, reporta aumento de DHL mayor de 1,500 U. y TGO en 100 U. en uno de sus casos reportados.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

DATOS RADIOLOGICOS

Las radiografías simples y la exploración con medio de contraste pueden ser muy útiles para detectar lesión en el Bazo(2).

RAYOS X:

Cualquiera de los signos siguientes en una placa de tórax y/o abdomen debe hacer sospechar que hay lesión en el mismo:

1. Fractura de costillas izquierdas inferiores en sentido posterior(2).
2. Elevación del hemidiafragma izquierdo(2).
3. Derrame pleural izquierdo, atelectasia(1-2).
4. Desplazamiento del estómago medial hacia el frente y hacia la derecha, flexión esplénica y posiblemente un desplazamiento hacia abajo y medial del riñón izquierdo(5-3).
5. Desplazamiento de la burbuja gástrica hacia la línea media.

Una sombra esplénica engrandecida o que aumenta de volumen en radiografías seriadas(16).

Asas "centinelas" distendidas en el cuadrante superior izquierdo, por el efecto irritante de la sangre en la zona(2).

ANGIOGRAFIA:

Esta ha sido utilizada en el diagnóstico de cualquier tipo de hemorragia intra abdominal secundaria a trauma (1).

Se puede ver por angiografía una ruptura subcapsular del bazo, con un hematoma en formación, cuando todavía es pequeño y mucho antes de que ocurra una ruptura retrasada (7). Quizás sea el medio más sensible para detectar una lesión en el bazo, y puede demostrar la presencia de una masa expansiva, defectos en la periferia o un derrame real del medio de contraste (2).

Brindle en el año de 1972, describió una serie de signos angiográficos estableciendo la ruptura y la correlación con la severidad clínica de esta lesión. Diferenciándolo de una lesión parenquimal mínima, a través de hematomas intra esplénicos y subcapsulares, hasta fragmentos grandes secundarios a la fractura del bazo (1).

El patrón angiográfico asociado con la ruptura oculta del bazo fue descrita por Drapanas et al, en el año de 1969 y los hallazgos más comunes son:

1. Áreas abasculares en la periferia del bazo con apariencia de excavamiento (1).
2. Tortuosidad de la arteria principal con compresión de los vasos biliares (1).
3. Separación del bazo de la pared abdominal por un defecto de llenado del material de contraste (1).

Este procedimiento se encuentra asociado con un riesgo neglibible y una morbilidad pequeña, el equipo y el personal

especializado necesario para llevar a cabo este procedimiento es caro, pero parece insignificante en comparación a la posibilidad de hacer un diagnóstico conciso preoperatorio, especialmente significativo de una lesión sólida, para diferenciar un hematoma subcapsular (1).

TOMOGRAFIA ULTRASONICA:

Este método se ha utilizado para investigar masas abdominales y para determinar si es de naturaleza quística o sólidos y también determinar el tamaño y contorno de la lesión. Las lesiones neoplásicas sólidas pueden ser identificadas de esta manera, pero un diagnóstico diferencial entre un hematoma esplénico crónico y un seudoquiste del páncreas no es posible.

CENTELLOGRAMA:

Existen varios materiales radioactivos que se usan para efectuar la gammagrafía esplénica pero el más comúnmente usado es el Tenesio 99 coloide de sulfuro (^{99m}Tc), el cual es captado por las células del sistema retículoendotelial. En vista de que estas células presentan una distribución homogénea a través de todo el parenquima esplénico, la gammagrafía establece la integridad de este órgano cuando existe una distribución equitativa de recuento radioactivo (1).

Los hallazgos encontrados en centellograma de hematoma subcapsular del bazo son:

1. Defecto periférico y/o central de tamaño y forma variable (1).
2. Secuestro retardado de los glóbulos rojos marcados con Cr^{51} , con un aumento en el área de captación como se

mira en las gammagrafías posteriores (1).

3. Una distribución evidente de la anatomía y fragmentación (1).
4. Defectos periféricos los cuales parecen que sirven como un espacio entre el bazo y la pared abdominal (1).

Una desventaja significativa de esta técnica es la incapacidad de demostrar defectos más pequeños de 2 cms. y la incapacidad de diferenciar entre áreas infectadas, quistes y abscesos. Más, sin embargo, ésta desventaja se encuentra sobrepuerta por las ventajas que tiene de que no es un método invasivo y que disminuye la cantidad de exposición a las radiaciones de esta técnica, el tenesio ^{99m}Tc . se usa en la gammagrafía y se puede efectuar en una hora con mucha facilidad, simplicidad y gastos mínimos una vez esté completo el equipo.

PRESENTACION DE CASOS

CASO No. 1

Registro clínico No. 6204-74.

M. 27 años, ingreso el 3/5/74. Paciente referido de Hospital Departamental quien 6 días antes había sufrido caída de árbol de una altura de más o menos 6 metros. A su ingreso en su evaluación inicial como dato positivo se encontró: paciente consciente orientado con signos vitales en límites estables, en radiografía de tórax reportan: infiltrado bronconeumónico basal bilateral más marcado en base pulmonar izquierda, por lo que el paciente fue ingresado a una sala de medicina con el diagnóstico de: 1) Politraumatizado; 2) Bronconeumonía basal bilateral y 3) Desnutrición crónica del adulto.

Al 4º. día de ingreso como datos positivos se encuentra: Palidez generalizada, Hemoglobina de 4 gramos y dolor abdominal generalizado a la palpación profunda. Al 6º. día a su evaluación se encuentra Abdomen: dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo, además se agrega el diagnóstico de anemia normocítica hipocrómica, iniciándosele tratamiento con Sulfato ferroso y ácido fólico.

Al 27avo dí a el paciente continuaba pálido, quejándose de dolor en cuadrante superior izquierdo de estómago, en esta ocasión se sospecha una ruptura subcapsular de bazo, por lo que se tramita el traslado del paciente a una sala de cirugía.

El 32avo dí es trasladado y a su evaluación de ingreso se encontró: paciente quejumbroso, con una palidez generalizada y que a la palpación abdominal encuentran: masa en epigastrio de consistencia semidura, no desplazable, muy dolorosa a

la palpación; efectuaron serie gastroduodenal en la cual reportaron: Efecto de compresión extrínseca sobre fondo de estómago, tomándolo como un Hematoma subcapsular del Bazo. Al 38avo día se le toma Centellograma y en el cual reportan: Masa en cuadrante superior izquierda que desplaza al estómago hacia línea media, la cual es compatible con un Hematoma subcapsular del Bazo. Con los datos anteriores al 55avo día de estancia se le toma: Arteriograma esplénico selectivo y del tronco celíaco. Este es realizado sin complicaciones reportando: Hematoma subcapsular del Bazo, embolizado selectivamente y en forma satisfactoria. Recomendando en esta ocasión radiografías seriadas, 1 semanalmente por 1 mes para ver grado de regresión esplénica previa esplenectomía.

76avo. día de estancia. Paciente se queja de dolor en hombro y brazo izquierdo, además dolor en cuadrante superior izquierdo de estómago, se le habían estado tomando radiografías semanales de control en las cuales reportaban persistencia de masa en cuadrante superior izquierdo de abdomen que en ningún momento presentó regresión, además reportaron una densidad en base pulmonar izquierda, paciente había venido presentando picos febriles de 38° C. a 38.5°C.

Al 101avo. día de estancia el paciente fue operado mediante laparotomía exploradora, encontrando en la misma: Absceso que abarca: Bazo con adherencias a diafragma izquierdo; cola de páncreas, colon transverso y aorta abdominal. Los cuales fueron liberados drenando 3000 cc. de material purulento. Además de Esplenectomía por adherencias que se encontraron se efectuó resección de una parte de cola de páncreas; se dejó drenaje con Pen-rose.

El primer día post-operatorio presenta escleróticas ictericas, lo cual atribuyen a transfusión del día anterior; pruebas hepáticas entre límites normales; al 5o. día tubo de drenaje se

encontraba drenando material purulento fétido, el mismo fue retirado al 9o. día post operatorio, se dio egreso al 24avo. día post operatorio en condiciones generales aceptables.

Nota: este caso presentó 3 etapas definidas: la primera un manejo médico, de problemas secundarios al mismo; segunda fase: de diagnóstico y tercera fase: tratamiento quirúrgico y sus complicaciones.

CASO No. 2

Registro Clínico No. 7526-76.

F. 50 años. Ingresó el 17/7/76. Paciente referida de Hospital departamental, quien en historia refiere que 4 días antes recibió punta de pie en abdomen, a su ingreso en dicho Hospital presentó una hemoglobina de 10 gramos, y que 4 días después presentó una hemoglobina de 6 gramos, por lo que fue referida a este hospital con una impresión clínica de: Ruptura del Bazo, a su ingreso se veía paciente en mal estado general, deshidratada, pálida, con signos vitales entre límites normales, en abdomen presentaba a la palpación dolor en epigastrio y borde costal izquierdo, además se percute el Bazo el rebasa borde costal izquierdo; fue ingresada con una impresión clínica del Trauma cerrado de abdomen; Hematoma sub capsular del Bazo. La hematología de ingreso encontró una hemoglobina de 6 gramos y un grupo sanguíneo 0-, radiografías de abdomen de tórax-abdomen; se ve: silueta esplénica aumentada de tamaño; 6 horas después de su ingreso le fue tomada S. G. D. en la cual se ve: estómago desplazado hacia abajo y hacia la línea media, hay signo de "sierra" y el estómago no se distiende en forma completa, con datos radiográficos anteriores se confirma el diagnóstico de Hematoma Subcapsular del Bazo, se pide transfusión y no hay del tipo de la paciente, por lo que no se

interviene quirúrgicamente; al tercer día paciente desmejora; estado general presenta palidez más cianosis de lecho ungueal, se ve intranquila, taquipneica, en base pulmonar derecha se escuchan estertores finos, hay dolor a la palpación en cuadrante superior izquierdo de abdomen. Luego de transfusión de 1000 cc de sangre completa O- fue intervenida quirúrgicamente al cuarto día de ingreso encontrando: sangre negra en cavidad abdominal, hematoma gigante que distiende cápsula esplénica, con adherencias a diafragma. Al tratar de separar hematoma éste se rompe, se rasga un vaso el cual sangra abundantemente, se liga, se efectúa Esplenectomía y se deja drenaje de pen-rose.

Al segundo día post operatorio en control radiográfico de tórax reportan derrame pleural izquierdo, pen-rose se retira al 5o. día post operatorio sin problemas; se resolvió el problema pulmonar y le fue dado egreso el 16avo. día post ingreso en buenas condiciones.

CASO No. 3

Registro clínico No. 17391-78.

M. 35 años. Fue traído por Bomberos refiriendo que lo encontraron tirado suponiendo que fue atropellado por automóvil; paciente se encuentra en estado de ebriedad, politraumatizado especialmente en: testículo derecho, muslo derecho y tórax anterior, sus signos vitales se encuentran entre límites normales; se ingresa con una impresión clínica de: 1) Politraumatizado; 2) Ruptura parcial de escroto; 3) Trauma cerrado de abdomen.

En emergencia se efectuó limpieza y sutura de escroto y 8 horas después de su ingreso se efectuó laparotomía exploradora

encontrando 400 cc de sangre en cavidad peritoneal, además un hematoma subcapsular de Bazo, efectuando esplenectomía y se deja drenaje con pen-rose, retirado al 5o. día post operatorio; en radiografía de control en esa fecha reportan: Proceso neumónico basal izquierdo, a lo cual le dejan tratamiento. Paciente evoluciona satisfactoriamente y se le da egreso el 18avo día post ingreso en buenas condiciones generales.

CASO No. 4

Registro clínico No. 7332-79.

M. De 17 años. Consultó el 8/4/79. Refiriendo malestar general dolor en hipocondrio izquierdo de 3 días de evolución, vómitos de 1 hora de evolución, como antecedente refiere haber recibido puntapié en hipocondrio izquierdo hacia 3 días. A su ingreso se encontró paciente en regulares condiciones generales, con signos vitales entre límites normales y que durante su estancia en la emergencia presentó cuadro de hipotensión moderada, el dolor abdominal es más marcado en cuadrante superior izquierdo de abdomen; Hematología reportó una hemoglobina de 8.15 grs. Desmejoró su estado general y en vista de cuadro abdominal y con el diagnóstico clínico de: 1) Trauma cerrado de abdomen; 2) Hematoma subcapsular de Bazo secundario a 1. es laparotomizado, encontrándose: Hemoperitoneo de 1500 cc. además un Hematoma subcapsular del Bazo, por lo que se le efectúa esplenectomía.

Paciente evoluciona satisfactoriamente dándosele egreso al 7o. día post operatorio. Recuento plaquetario efectuado durante el mes siguiente, se encontró dentro de límites normales.

ANALISIS DE RESULTADOS

SEXO: feminino masculino

Masculino: 3
Femenino: 1

EDAD: Años

Menor edad: 17 años.
Mayor edad: 50 años.

TIEMPO DE ESTANCIA:

Menor tiempo: 8 días.
Mayor tiempo: 3 meses, 5 días.

TIEMPO DE DIAGNOSTICO:

Diagnosticados a su ingreso: 2.
A las 12 horas post ingreso: 1.
Al mes de ingreso: 1.

TIPO DE DIAGNOSTICO:

Clinicamente: 1.
Examen físico, Laboratorio y
Rayos X complementarios: 2.
En acto operatorio: 1.

OPERACION EFECTUADA:

Esplenectomía y Drenaje en los 4 pacientes.

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Un caso: Absceso del cual se drenaron 3000 cc.
 Tres casos: Se encontró sangre en cavidad abdominal.

COMPLICACIONES:

Un caso: Ictericia secundaria a transfusión, y drenaje de material purulento a nivel de tubo de drenaje.
 Dos casos: Presentaron problema pulmonar.

COMENTARIO

El traumatismo abdominal cerrado fue la principal causa de consulta en los cuatro pacientes de nuestra serie reportada. Los casos 2 y 4 con historia de haber recibido puntapié en abdomen; el caso 1 con historia de haber caído de un árbol de más de dos metros de altura y el caso 3 atropellado por un automóvil.

En la revisión de literatura las causas fueron así: 1) Accidentes automovilísticos; 2) Peleas; 3) Caídas de más de un metro de altura; 4) Deportes, en los que se entra en contacto con las personas; y 5) Otras causas de trauma abdominal cerrado (1).

A la evaluación de ingreso de los pacientes, 3 refirieron a la palpación de abdomen: dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo, en uno de estos pacientes se percuteía Bazo el cual rebasaba borde costal izquierdo.

Los signos presentados en éstos tres casos no difieren de lo encontrado en estadística extranjera.

El problema de Anemia fue interpretado así: Caso 1) Desnutrición crónica del adulto, posteriormente como una Anemia microcítica hipocrómica. Caso 2) Quien a su ingreso tenía el antecedente de un control de Hemoglobina en el que en 4 días de diferencia había bajado de 10 gramos de Hemoglobina a 6 gramos. Caso 4) Paciente que durante su estancia en la emergencia presentó cuadro de hipotensión moderada y que en un control de Hemoglobina reportó 8.15 gramos.

Palidez, hipotensión más descenso de la Hemoglobina fueron los signos principales para efectuar el diagnóstico; hallaz-

gos que coinciden con los encontrados en otros estudios reportados en la literatura mundial (11), (3), (13), (1).

Las complicaciones post operatoria fueron así: Caso 1) Ictericia post-transfusión, y por drenaje de tubo dando material purulento. Caso 2) y 3) Problema pulmonar.

En la literatura revisada dan complicaciones en aproximadamente 30% de pacientes a los que se les efectúa Esplenectomía por Hematoma Subcapsular del Bazo. Las cuales son así: Atelectasia, Neumonía, Derrame pleural, Hemotórax, Dehincencia de herida, Hemorragia intra abdominal, Hemorragia gastro intestinal, Pancreatitis, Fístula gastrointestinal y pancreáticas, Pielonefritis, Insuficiencia renal, Fiebre de origen indeterminado y Absceso subfrénico. La hemorragia intra abdominal ocurre únicamente en aproximadamente el 6% de pacientes con esplenectomía post trauma. Un adicional 6% de pacientes desarrollan hematoma subfrénico en el período post operatorio inmediato. En aproximadamente 1% de casos de trauma esplénico serio los síntomas no ocurren, son leves o son enmascarados por otras lesiones severas (13).

A pesar que en el presente estudio no hubo mortalidad se estima que en el Hematoma Subcapsular del Bazo se desarrolla una fase latente entre la lesión y la ruptura retrasada.

Diagnóstico y operación durante esta fase deberían llevar a no más de 1% de mortalidad, la ruptura retrasada del mismo, entidad clínica bien establecida tiene un 10% de mortalidad (7).

CONCLUSIONES

1. El Hematoma Subcapsular del Bazo es una entidad poco frecuente y que en cuya revisión de 10 años se encontraron 4 casos.
2. La angiografía es un método seguro y certero para diagnosticar un Hematoma Subcapsular del Bazo.
3. El signo de la sierra dentada en control en la serie gastro duodenal hace sospechar grandemente en el Hematoma Subcapsular del Bazo.
4. No hubo mortalidad en ninguno de los casos revisados.
5. La forma retardada tiene un período latente de longitud variable durante el cual no existen síntomas.
6. Las características clínicas principales son: dolor en cuadrante superior izquierdo de abdomen, que ocasionalmente se irradia a hombro y brazo izquierdo y un descenso de Hemoglobina y Hematócrito.
7. La causa más frecuente fue traumatismo abdominal cerrado.
8. Una masa palpable en cuadrante superior izquierdo de abdomen se encuentra en la fase tardía de dicha entidad.
9. Entre los métodos diagnósticos más importantes para verificar la integridad del bazo se encuentran: Angiografía, Tomografía ultrasónica y Centellograma esplénico.
10. Neumonía basal izquierda, Derrame pleural izquierdo e

Ictericia, se presentaron como complicaciones post operatorias.

11. La incisión efectuada en las operaciones fue mediana.

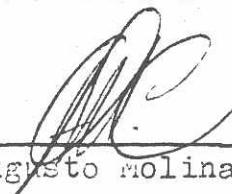
RECOMENDACIONES

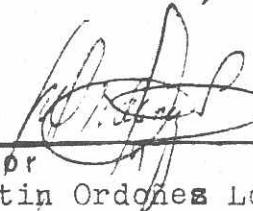
1. Es importante reconocer la secuencia y sintomatología que produce el Hematoma Subcapsular del Bazo por dificultad que presenta en su diagnóstico.
2. La Gamagrafía esplénica y la Angiografía deberían ser utilizadas en todo paciente con trauma cerrado de abdomen y sospecha de Hematoma Subcapsular del Bazo.
3. Es de considerar la posibilidad de un Hematoma Subcapsular del Bazo en pacientes con una sintomatología no específica relacionada con el cuadrante superior del abdomen, especialmente si se encuentra una masa que ocupa espacio y existe el antecedente de trauma abdominal cerrado.
4. Efectuar estudios seriados de Hemoglobina, Hematócrito en pacientes con una impresión clínica de trauma abdominal cerrado en quien se sospecha un Hematoma Subcapsular del Bazo.
5. Efectuar tratamiento quirúrgico inmediato en pacientes en los cuales se ha confirmado el diagnóstico de Hematoma Subcapsular del Bazo.
6. Se sospecha Hematoma Subcapsular del Bazo en todo paciente con esplenectomía primaria o secundaria e historia de traumatismo cerrado y que posteriormente presenta signos de shock, ya sea manifestación inmediata, mediata o tardía.

BIBLIOGRAFIA

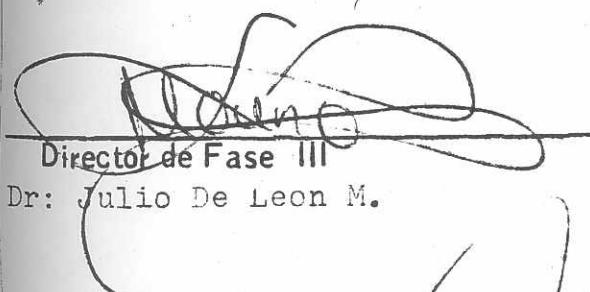
1. Ayala, L. A., Williams, L. F., and Widrich, W. C.: --- Occult Rupture of the Spleen. Ann Surg., 179: 472, 1974.
2. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica: Trauma Cerrado de Abdomen. Febrero de 1977, págs. 219-20.
3. Drapans, T., Yates, A. B.; Buckman, R. and Whaley, M.: The Syndrome of Occult Rupture of the Spleen. Arch Surg. 99: 298, 1969.
4. Foley, W., Thompson, N. W., Herlocker, J. E., and Campbell, D.: Occult Rupture of the Spleen. Surg. Gynecol. Obstet., 128: 1215, 1969.
5. Kristensen, J. K. et al: Ultrasonic Scanning in the Diagnosis of Splenic Haematoma. Acta Chir Scand 137: 657-7, 1971.
6. Langman, Jan.: Embriología Médica. Editorial Interamericana S. A. 2da. Ed. México, D.F. 1969. Cap. 13, págs. 254-55.
7. Lewis, M. I., et al.: Use of Angiography to Diagnosis Subcapsular Hematoma of the Spleen before delayed ruptura. Am Surg 39: 587-91, Oct. 1973.
8. Lorimer, W. S., Jr.: Occult rupture of the Spleen. Arch. Surg. 89: 434, 1964.
9. Rouviere h.: Compendio de anatomía y disección. Salvat editores, S. A. Tercera edición. Mallorca 43- p. Bar -

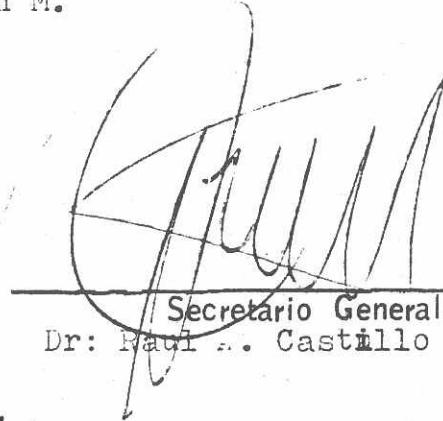
- celona, 1972. Págs. 577-81, 589, 596-97.
10. Smitid, K. P.: Splenic scintigraphy, a large congenital fisure mimicing Splenic hematoma. Radiology 123 (1): 169. Jan. 1977.
11. Slate, R. W., L. C. Getzen, and R. C. Laning: One hundred cases of traumatic rupture of the Spleen. Arch. Surg. 99: 498, 1969.
12. Solheim K., et al: Subcapsular rupture of the Spleen an the liver, the value of selective angiography. Acta Chir Scand. 139: 523-7, 1973.
13. Suitor, E. H. et al.: Subprenic hematoma late complication of traumatic rupture of Spleen. N.Y. State, J. Med. 72: 2325-7, 15 Sept. 1972.
14. Washburn, M. E. et al.: Experimental subcapsular hematoma of the Spleen, natural history and radioisotope scan correlation. Ann Surg. 187 (4): 407-10, April 1978.
15. Wener, L.: Scintiscan diagnosis of Splenic hematoma. Surg. Gynecol. Obst. 134: 430-2. Mar. 1972.
16. Wener, L. and C. D. Boyle: Splenic Scintiscanning in the preoperative diagnosis of subcapsular hematoma. N. Engl. J. Med. 277: 35, 1967.


Br. Oscar Augusto Molina Cifuentes.

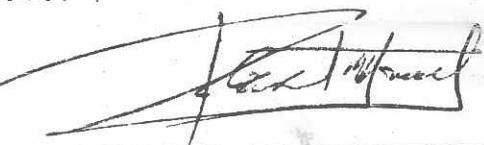

Asespr
Dr: Martin Ordóñez Lorenzana.


Revisor
Dr: Julio Rolando Noriega Gonzales.


Director de Fase III
Dr: Julio De Leon M.


Secretario General
Dr: Raúl Castillo

Vo.Bo.


Decano
Dr: Rolando Castillo Montalvo.