

Hematoma esplénico gigante crónico. Presentación de un caso

Chronic giant splenic hematoma. A case

Lic. Margarita Ricardo Zaldivar¹, Dra. Sahyly Mojena Fariñas², Msc. Dr. Alexander Rodríguez Hernández³, Msc. Dra. Marcia Licea Jimenez⁴, Dr. Benedicto De Laz Castro⁵, Dra Bárbara Yaquelín Daudinot Gómez⁶

¹ *Licenciada en Tecnología de la Salud (Especialidad Imagenología). Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Asistente*

² *Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral e Imagenología. Profesora Asistente*

³ *Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente*

⁴ *Especialista de 1er. Grado en Imagenología. Master en Medios Diagnósticos. Profesora Asistente*

⁵ *Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral e Imagenología. Profesor Asistente*

⁶ *Especialista de 1er. Grado en Imagenología. Profesora Auxiliar*

RESUMEN

Paciente masculino de 40 años de edad, con antecedentes de alcoholismo que acude al cuerpo de guardia de cirugía por haber recibido trauma contuso en el abdomen hacia el lado izquierdo; se le realizó ultrasonido abdominal en el cual se encontró: hígado, riñones y grandes vasos, normales; bazo de tamaño normal con imagen compleja que medía 147 x 133 mm; se decide ingresarlo y debido a su satisfactoria evolución fue dado de alta, con parámetros clínicos normales y se decide seguimiento por consulta. A los tres meses acude al cuerpo de guardia de cirugía, por dolor abdominal intenso descrito a tipo cólico, mal localizado y referido en todo el abdomen de alrededor de una semana de evolución, acompañado de decaimiento, sudoración y palidez. Es valorado por la guardia de cirugía y se encuentra inestabilidad hemodinámica por lo que se decide su ingreso.

Palabras clave: bazo, alcoholismo, ultrasonido abdominal, diagnóstico por imagen

SUMMARY

Male patient, 40 years old, with the record of alcoholism, he came to surgery emergencies, after strong trauma in the left side of the abdomen; abdominal ultrasound was ordered: liver, kidneys and great vessels, normal and in the spleen a complex image sized 147 x 133 mm, was found; it was decided to enter the patient who presented a good evolution in the hospital and he was discharged and to be followed in Out Patients Department. Three months later he came to see the doctor due to strong abdominal pain described as colic pains, but diffuse in the whole abdomen, started about one week, accompanied by weakness, sweat and paleness. He was evaluated by the surgeon, finding to the patient hemodynamically instable and due to that reason his entrance to the hospital was decided.

Keywords: spleen, alcoholism, abdominal ultrasound, imaging

INTRODUCCIÓN

Se menciona el bazo como el órgano intraabdominal que más comúnmente se lesiona en trauma contuso y en el trauma penetrante del torso izquierdo.¹ Existen diferentes medios imagenológicos útiles para el diagnóstico de cualquier trauma abdominal, en este caso trauma esplénico: ultrasonido diagnóstico, tomografía axial computarizada (TAC) y radiografías de abdomen y tórax.

El ultrasonido abdominal es un método no invasivo de alta sensibilidad y confiabilidad, es una técnica decisiva en la elección del tratamiento quirúrgico² en el diagnóstico de lesiones del bazo pues permite demostrar rupturas, hematomas y evolución, así como la presencia de líquidos libres en la cavidad peritoneal. La TAC es el método por excelencia para demostrar lesiones intraabdominales especialmente lesiones del bazo, en las cuales se logra una certeza de 95%. La TAC permite visualizar el tipo y la magnitud de lesión esplénica, por lo cual representa el método óptimo para la gradación del trauma, se realiza siempre y cuando el paciente se encuentre hemodinámicamente estable.² Este fue uno de los casos en que se pudo realizar la TAC siendo muy útil la misma.

La radiografía simple de abdomen es demasiado inespecífica y por consiguiente de muy poca utilidad diagnóstica cuando se sospecha de lesión esplénica.

La radiografía de tórax aunque de por sí no permite establecer el diagnóstico, es útil para determinar fracturas de costillas en el lado izquierdo, elevación del diafragma izquierdo y derrame pleural.

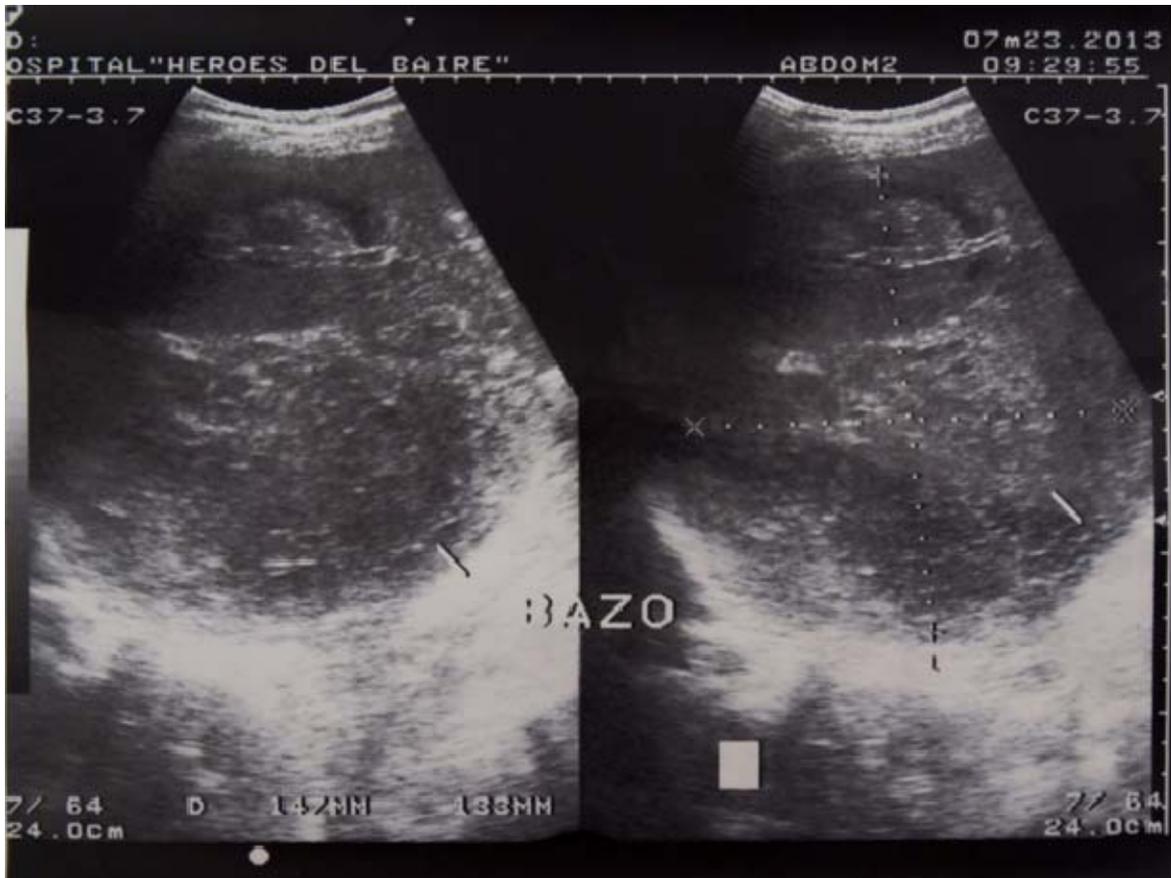
La controversia de extirpar o no el bazo se basa en su importancia como órgano hematopoyético,³ pero a un mayor grado de lesión es más frecuente la resección de esta víscera.

Los traumatismos de abdomen se clasifican en abiertos y cerrados.⁴ Siempre que se produce una rotura esplénica cerrada lo que se espera que ocurra es que el hematoma se reabsorba por lo que se mantiene una conducta expectante, en este caso fue diferente, el hematoma evolucionó hacia la cronicidad y aumentó de tamaño empeorando el estado del paciente luego de tres meses del egreso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 40 años de edad, con antecedentes personales de alcoholismo que acude al cuerpo de guardia de cirugía por haber recibido trauma contuso en el abdomen hacia el lado izquierdo, se le realiza ultrasonido abdominal donde se encontró gran imagen compleja relacionada con hematoma en la capsula esplénica que medía 147 x 133 mm (Imagen No. 1). Se decide su ingreso, se mantuvieron todos los parámetros normales, se evolucionó una semana y no hubo ninguna variación por lo que se decidió el alta médica y seguimiento por consulta externa.

Imagen No. 1. Imagen compleja en la cápsula del bazo



A los 3 meses del alta acude al cuerpo de guardia por dolor abdominal intenso descrito a tipo cólico, mal localizado y referido en todo el abdomen de alrededor de 1 semana de evolución, acompañado de decaimiento, sudoración y palidez. Es valorado por la guardia de cirugía y se encuentra inestabilidad hemodinámica por lo que se decide su ingreso, se le realiza ultrasonido (US) y se encuentra en el mismo que el hematoma había disminuido de tamaño ahora media 120 x 121 mm (Imagen No. 2), pero había aumentado el líquido en la cápsula del bazo, no había líquido libre en el abdomen, por lo que se decide su ingreso nuevamente.

Imagen No. 2. Imagen compleja en la capsula del bazo con líquido en la misma



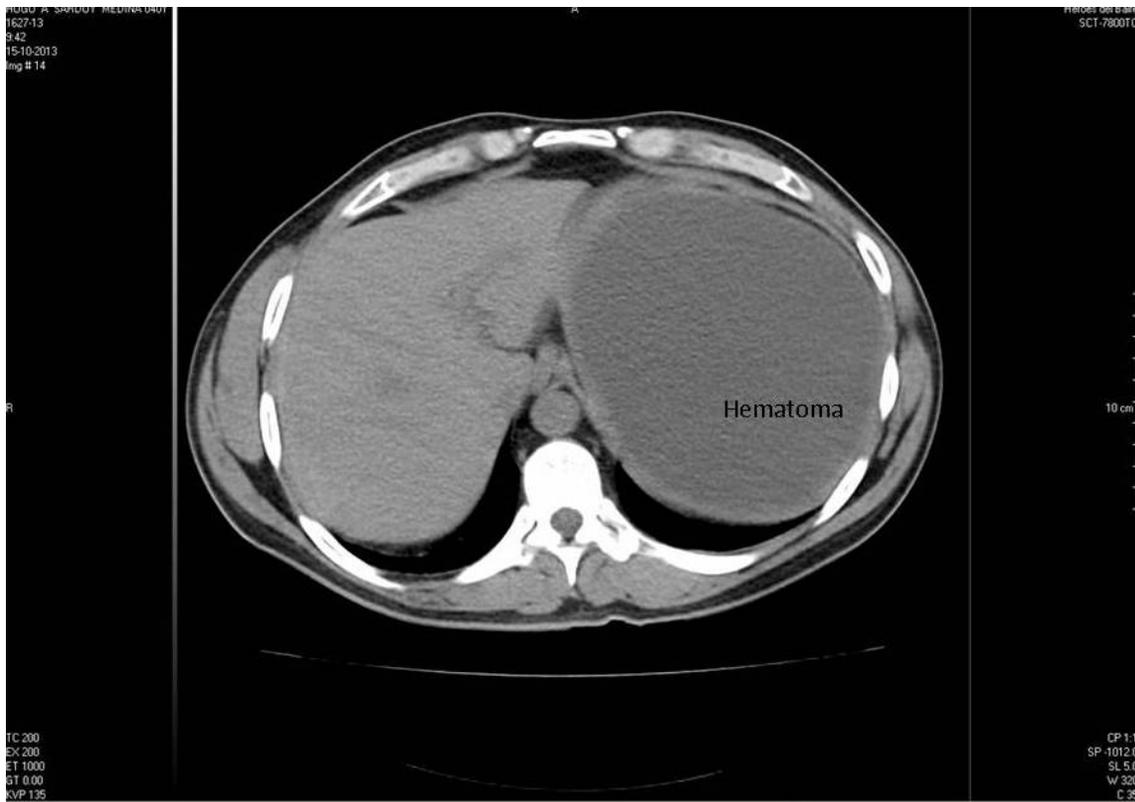
Se mantiene con valores normales en los exámenes de laboratorio y se realiza US y TAC simple de abdomen donde se describe:

TAC abdominal:

Se observa imagen hipodensa (12-22 UH) de contornos bien definidos, mide (168 x 147mm), proyectada en región infra-diafragmática izquierda que desplaza el riñón izquierdo y bazo (Imagen No. 3).

ID: Hematoma esplénico.

Imagen No. 3. Imagen hipodensa (12-22 UH) de contornos bien definidos, proyectada en región infra-diafragmática izquierda que desplaza el riñón izquierdo y bazo



Se interviene quirúrgicamente de urgencia con el diagnóstico de Hematoma Subcapsular Esplénico realizándose laparotomía exploratoria; se encuentra gran hematoma subcapsular, conteniendo 2200 mililitros de sangre que se aspiran y se decide realizar esplenectomía.

La evolución postoperatoria fue algo tórpida, a pesar de estar con tratamiento conservador y antibióticos a los cuatro días de la operación en el horario de la madrugada comenzó con hipo persistente y vómitos, continuaron los síntomas y se le realizó US en el que se encontró gran distensión abdominal, asas intestinales con líquido en el interior de las mismas, moderada cantidad de líquido libre inter asas y fondo de saco. Líquido en el espacio hepato renal, imagen compleja hacia la celda esplénica que mide 108 x 90 mm. Se le colocó sonda de Levine y se le realiza aspiración gástrica donde drena 260 ml de líquido biliar de color verde oscuro, se recibieron complementarios, en los que se constató anemia y alcalosis metabólica, se decidió reintervenir quirúrgicamente y se encontró hematoma recidivante. A partir de aquí tuvo una evolución satisfactoria y fue dado de alta.

Después del egreso regresa al cuerpo de guardia refiriendo presentar tos seca, expectoración blanquecina, sin falta de aire, fiebre en ocasiones de 38°C, al examen físico respiratorio: murmullo vesicular audible, se auscultaban estertores y crepitantes en ambos campos pulmonares hacia las bases, por lo que se ingresa con el diagnóstico nosológico de neumonía intrahospitalaria, recibe tratamiento médico con antibióticos y cuidados de enfermería, a los cuatro días se le da el alta, se siguió por consulta externa. Fue remitido a su médico de familia donde se sigue y se trabaja con el mismo para la erradicación del hábito de ingestión de bebidas alcohólicas.

DISCUSIÓN

La cirugía de trauma del bazo es un reto para la toma de decisiones del cirujano general, tanto por el temor que se tiene a la sepsis en el posoperatorio, como por tomar una actitud radical que evitaría reintervenciones y estancias prolongadas además de las complicaciones consecuentes a la supresión de la función esplénica.⁵

Se encontró en trabajo realizado de trauma esplénico en hospitales rurales que ocurre con mayor frecuencia en sexo masculino.⁶ De la misma forma hubo similitud en este estudio con nuestro caso en uno de los pacientes con este diagnóstico de trauma de bazo tuvo complicaciones con sangrado posoperatorio y absceso esplénico que prolongo su estancia en la sala.⁶

Se debe seguir trabajando en el hábito de ingestión de bebidas alcohólicas ya que generan un problema tanto para la salud del paciente como para la familia y la sociedad.

La TAC es el mejor estudio para la definición de los factores determinantes de la indicación de la esplenorrafia y el seguimiento de estos traumatismos siempre y cuando el paciente llegue hemodinámicamente estable. Es el ultrasonido un medio diagnóstico de gran utilidad en la práctica diaria de todo servicio de urgencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez Cordovés J, Díaz Mesa J, Madrigal Batista G, Collera Rodríguez S, Torres Core R, Queral Gómez Quintero R, et al. Esplenomegalia gigante por quiste esplénico: Presentación de un caso. Rev Cubana Cir [revista en la

Internet]. 2006 Jun [citado 2014 Jun 03] ; 45(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000200008&lng=es.

2. Hilario Barrio A, Borrueal Nacenta S, Plá Romero A, Sánchez Guerrero A, García Fuentes C, Chico Fernández M, et al. Manejo conservador de las lesiones esplénicas: experiencia en 136 pacientes con traumatismo esplénico cerrado. Radiología [revista en la Internet]. 2010 October [citado 2014 Jun 03] ; 52, (5):442-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033833810002535>

3. Dueñas J, Lizarbe V, Muñiz J. Lesiones en traumatismo cerrado de abdomen en Cusco. Anales de la Facultad de Medicina [revista en la Internet]. 2002 [citado 2014 Mayo 02] ; 63(1): Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1472>

4. Laffita Labañino W, Abilio Luciano CS, Fernández Expósito W, González López J, García Cordero JE. Caracterización de traumas abdominales en pacientes atendidos en Clínica Multiperfil. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2014 Jun 05] ; 52(3): 194-204. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000300004&lng=es.

5. Olivera Sandoval O, Mederos Curbelo ON, Faedo Borges F. Cirugía conservadora de la función esplénica en el adulto joven. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 1995 Dic [citado 2014 Jun 03] ; 34(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931995000200012&lng=es.

6. Rodríguez Paz CA, González De Blas JJ, Carreón Bringa RM. Experiencia en trauma de bazo en un hospital rural de San Luís Potosí. Cir Ciruj [revista en la Internet]. 2009 [citado 2014 Jun 05];77(2):115-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66211459007.pdf>

