

## ABSCESO EN UN CASO DE RUPTURA OCULTA DEL BAZO \*

Dres. Luis Arturo Ayala  
Antonio París  
Guillermo Colmenares  
Itala de París  
Antonio Clemente

### INTRODUCCION :

Aunque conocidos desde hace mucho tiempo (2,4) los abscesos del bazo (A.B.) son una entidad clínica rara, cuya etiología más frecuente es la diseminación hematógena de focos sépticos distantes.

Luego del primer reporte en 1964 (7), se han publicado solamente 26 casos de ruptura oculta del bazo (R.O.B.) caracterizados por la presencia de una masa tumoral inflamatoria en el hipocondrio izquierdo secundaria a la organización de un hematoma capsular.

En la inmensa mayoría de los casos de R.O.B. nunca se llegó a un diagnóstico pre-operatorio (1,5,7,9,10,11); pero publicaciones ulteriores (1,3) han ofrecido evidencia suficiente de que si clínicamente se sospecha R.O.B., el uso de gammagrafía con tecnecio 99 m (Tc. 99 m) y arteriografía permite un diagnóstico preciso.

El reciente incremento en la incidencia de traumatismo abdomino-torácicos en accidentes de tránsito (especialmente en Venezuela) es sugestivo de que estas lesiones se harán más frecuentes, de allí el interés divulgativo del caso que presentamos, el cual, además de combinar dos entidades sumamente raras (A.B. y R.O.B.) demuestra que es posible e importante llegar a un diagnóstico pre-operatorio exacto de estas lesiones.

### RESUMEN DEL CASO

El 21 de enero de 1974, un ganadero de 64 años de edad, natural y procedente de Calabozo, ingresó al Servicio de Enfermedades Trasmisibles del Hospital Universitario de Caracas, con un cuadro febril prolongado con temperaturas hasta de 39° centígrados acompañado de sudoración profusa, escalofríos intensos y dolor cólico en abdomen superior. Como antecedentes importantes refirió un traumatismo toraco-

---

\* Trabajo presentado en el XIII Congreso Venezolano de Cirugía. Barcelona, Edo. Anzoátegui. Marzo, 1975.

abdominal izquierdo bajo con fractura de costilla al sufrir caída de un caballo tres años antes de su ingreso, paludismo en su juventud y diarreas ocasionales. Los únicos hallazgos importantes al examen físico fueron Vitiligo en cara y miembros superiores y la presencia de una masa redondeada palpable en hipocondrio izquierdo, dura y dolorosa, de 25 cms. de diámetro, móvil con la respiración. Estudio exhaustivo de laboratorio reveló valores normales de química sanguínea, pruebas de función hepática, coagulación, orina, heces y título de antiestreptocina. Resultados negativos de hemocultivo, urocultivo, reacción de Widal, Paul-Bunell y Mono-Test. Los únicos resultados anormales correspondían a leucocitosis con desviación de la fórmula leucocitaria a la izquierda y elevación de la velocidad de sedimentación globular. Evaluación hematológica fue considerada como normal.

La radiografía de tórax reveló un derrame pleural izquierdo pequeño y en el estudio radiológico de estómago, duodeno e intestino delgado se apreció desplazamiento y compresión extrínseca en los órganos vecinos a la masa tumoral. El colon por enema identificó diverticulosis moderada de colon descendente y sigmoides y la urografía de eliminación fue reportada como normal. La arteriografía selectiva demostró una zona avascular en el polo inferior del bazo y separación entre éste y la pared abdominal. El gammagrama con Tc 99 m revela un defecto de captación en las mismas zonas.

El 18 de marzo de 1974 con el diagnóstico de R.O.B. se intentó practicar esplenectomía por una incisión sub-costal izquierda, la exploración reveló la presencia de un gran absceso en el polo inferior de la masa tumoral previamente palpada. Este tumor se encontró rodeado de múltiples pseudo-membranas y adherencias a los órganos vecinos, las cuales sólo permitían apreciar una pequeña parte de la cara anterior del bazo. El colon trasverso y descendente aparecían normales sin signos de inflamación reciente aún en la zona vecina al absceso. Debido a irritabilidad miocárdica con hipotensión mantenida que no respondió al tratamiento instituido fue necesario interrumpir la intervención llevándose a cabo solamente drenaje del absceso cuya pus se cultivó obteniéndose crecimiento de *Escherichia Coli*. En el período post-operatorio se produjo una infección menor de la herida y el paciente fue dado de alta el octavo día después de la intervención. Ha permanecido asintomático hasta el control de los nueve meses en el cual se identificó como secuela de la infección una eventración parcial de la herida operatoria.

## COMENTARIOS

En el diagnóstico diferencial de este paciente se planteó la posibilidad de una lesión maligna de los órganos del hipocondrio izquierdo, esplenomegalia de variada etiología, quiste primario del bazo, pseudo-quiste del páncreas y ruptura oculta del bazo.

El diagnóstico pre-operatorio de R.O.B. fue considerado como el más posible (1) por la presencia del tumor palpable, doloroso tanto espontáneamente como a la presión, acompañado de fiebre, escalofríos y malestar general (2), por el antecedente inequívoco de traumatismo severo (3) y por los signos típicos puestos en evidencia en los estudios radiológicos, angiográficos y gammagráficos. No se encontró evidencia de enfermedad general, hematológica o esplénica primaria, ni tampoco se obtuvo una historia previa sugestiva de diverticulitis o de la presencia de cualquier otro foco séptico distante.

El hallazgo de un absceso como elemento central de este tumor que presenta las características típicas de un caso de R.O.B. sin haber sido capaces de identificar otra etiología explicativa de su presencia nos permitió elegir un procedimiento quirúrgico menor ante las dificultades anestésicas presentadas por el paciente. Este caso confirma una de las conclusiones de nuestro reporte anterior en cuanto a que "la posibilidad de R.O.B. debe ser considerada en todo paciente con sintomatología no específica referida al hipocondrio izquierdo, especialmente si hay un tumor palpable y el antecedente de trauma es positivo" (1,) e ilustra la importancia de llegar a un diagnóstico pre-operatorio preciso para planear racionalmente el tratamiento y decidir adecuadamente ante cualquier eventualidad intra-operatoria.

## DISCUSION

Abscesos del bazo fueron bastante comunes a finales del siglo pasado y comienzos del presente (2,4) debido a las complicaciones de fiebre tifoidea y paludismo. Recientemente se considera que un 75% de estos abscesos son secundarios a la diseminación hematológica de un foco séptico distante especialmente de endocarditis bacteriana (14), el resto son debidos a extensión directa de otro absceso intra-abdominal o a enfermedades hematológicas o primarias del bazo y a trauma (15%). La utilización de métodos efectivos de mantenimiento de las funciones vitales ha traído como consecuencia la sobrevida prolongada de pacientes con problemas sépticos graves, en estos casos los abscesos esplénicos son relativamente frecuentes (6) y en ellos se han identificado una gran variedad de especies bacterianas. Desde un punto de vista anatomopatológico estos abscesos pueden ser únicos o múltiples y las alteraciones del parenquima esplénico dependen del número de abscesos, de su gravedad y de si existe o no una lesión primaria del bazo. En el pasado el tratamiento indicado para un A.B. se reducía a esplenotomía y drenaje. (2,4), Gatacz y colaboradores (6) practican drenaje simple del absceso en muy raras ocasiones y sólo en caso de abscesos gigantes y Whelan (12) utiliza el método solamente en abscesos del polo inferior. La mayoría de los autores opinan que, excepto en circunstancias especiales, el tratamiento de elección es la esplenectomía.

El bazo es uno de los órganos más frecuentemente lesionados en víctimas de traumatismos abdominales no penetrantes (8), en el 85% de los casos (3) la laceración envuelve tanto a la cápsula como al parénquima, lo cual se traduce en un cuadro de hemorragia interna más o menos cataclísmica; en el otro 15% la integridad de la cápsula esplénica se mantiene formándose así un hematoma subcapsular, el cual puede romperse más o menos tardíamente. En aproximadamente el 1% de los casos la cápsula permanece intacta y el proceso de organización del hematoma puede continuar hasta su resolución completa, pero también puede dar origen a síntomas inespecíficos referidos al hipocondrio izquierdo producidos por un tumor doloroso o inflamatorio (palpable o no) y también puede dar origen a un absceso esplénico (1). La literatura presenta abundante información concerniente a las formas aguda y tardía de ruptura esplénica, pero la forma crónica no fue reconocida como una entidad clínica hasta 1964 cuando Lorimer (7) la llama ruptura oculta del bazo, desde entonces varias publicaciones aisladas han reportado solamente 26 casos. En 1969 Drapanas y colaboradores (3) reconocen la importancia de llegar a un diagnóstico pre-operatorio preciso y basándose en ciertas manifestaciones clínicas comunes y signos radiológicos y arteriográficos típicos enuncian un síndrome de R.O.B. caracterizado por la presencia de un tumor de hipocondrio izquierdo con desplazamiento y compresión estrínseca de órganos vecinos y una imagen angio-

gráfica patognomónica. Ayala y colaboradores en 1964 (1) presentan cuatro casos sugiriendo que ante la sospecha clínica, el gammagrama con Tc 99 m facilita el diagnóstico precoz de la lesión, previniendo la alta morbilidad asociada con la tardanza en el tratamiento de estas lesiones. Una característica interesante de esta entidad es que las manifestaciones clínicas de rupturas ocultas pueden no aparecer hasta años después de sucederse el traumatismo (1,3,7) y en muchos casos el paciente niega toda historia de trauma. La reacción inflamatoria da origen a pseudo-membranas firmemente adheridas a los órganos vecinos; este aspecto ha originado confusiones intra-operatorias con lesiones malignas (3,5,7), y pseudoquistes del páncreas (1) y en ocasiones se han llevado a cabo operaciones radicales innecesarias (7). El tratamiento de elección es la esplenectomía la cual resuelve definitivamente el problema. La mortalidad asociada con R.O.B. es del 7.6%.

## **DIAGNOSTICO**

### **Punto 1. — DIAGNOSTICO CLINICO**

Al revisar los casos reportados hasta ahora, encontramos que los hallazgos más comunes son dolor en el hipocondrio izquierdo (73%), ya sea espontáneo o a la palpación, a veces con irradiación al hombro izquierdo o a la región lumbar, generalmente continuo y sordo pero ocasionalmente severo, punzante y empeorado con la respiración profunda. Todos los casos (100%) presentaron sintomatología inespecífica (malestar, anorexia, escalofríos, fiebre, pérdida de peso, etc.). En la mitad de los pacientes reportados se encontró una masa palpable en la región sub-costal izquierda y la historia de trauma fue obtenida en el 42% en los casos complicados con abscesos la sintomatología puede ser más severa y localizada, con dolor exquisito a la palpación y en ocasiones reacción peritoneal; la fiebre es más alta y de tipo séptico y más marcado el toque al estado general.

### **Punto 2. — DIAGNOSTICO RADIOLOGICO**

La radiología simple ofrece signos indirectos. En las placas del tórax puede observarse elevación del hemi-diafragma izquierdo, derrame pleural, atelectasias basales y en ocasiones evidencias de fracturas costales. Hemiparesia diafragmática puede observarse a la fluoroscopia. En las radiografías de abdomen se notaría desplazamiento o indentación de la imagen aérea del fondo gástrico, pérdida de la sombra del psoas y en general opacidad del cuadrante superior izquierdo. La radiología en contraste da evidencia de compresión extrínseca del estómago y flexura esplénica del colon. La mayoría de los autores están acordes en que la arteriografía selectiva constituye un método excelente de diagnóstico, los signos típicos más comunes, son: presencia de zonas avasculares periféricas o centrales, separación de la pared abdominal con o sin modificaciones del contorno; menos frecuentemente se observarán comunicaciones arteriovenosas, ramas arteriales anormales y trombosis de la vena esplénica.

### **Punto 3. — DIAGNOSTICO GAMMAGRAFICO**

El sulfuro radioactivo de Tecnesio (Tc 99 m) tiene la propiedad de ser fijado por las células del sistema reticuloendotelial, las cuales tienen una distribución homogénea en el parénquima esplénico. Cualquier alteración de suficiente magnitud en la homogeneidad del parénquima se traduce en el gammagrama como una zona de ausencia de captación. Así pues, separación de la pared abdominal, anormali-

dades del contorno, defectos de captación centrales o periféricos y evidencia de varios fragmentos de parénquima son los signos gammagráficos típicos.

### RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.—El hallazgo de absceso en un paciente con ruptura oculta del bazo le da al caso reportado un carácter único e interesante.
- 2.—Las características clínicas del síndrome de ruptura oculta del bazo son perfectamente indistinguibles y se superponen con las producidas por un absceso esplénico.
- 3.—Ruptura oculta del bazo debe ser sospechada ante dolor y otros síntomas referidos al hipocondrio izquierdo, especialmente si hay un tumor palpable con o sin historia de trauma.
- 4.—El incremento reciente en el número de accidentes de tránsito aumentará la incidencia de ruptura oculta del bazo hasta ahora reportada pocas veces en la literatura, de allí la necesidad de divulgar su existencia.
- 5.—El caso reportado (Nº 27 de la literatura), típico en su presentación clínica, ilustra la importancia de incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de los tumores del hipocondrio izquierdo y de obtener pre-operatoriamente un diagnóstico preciso.

### BIBLIOGRAFIA:

1. AYALA, L. A.; WILLIAMS, L. F.; WIDRICH, W. C.: Occult rupture of the spleen: The chronic form of splenic rupture. *Ann. Surg.* 179:472 - 1974.
2. BILLINGS, A. E.: Abscess of the spleen. *Ann. Surg.* 88:416, 1928.
3. DRAPANAS, T.; YATES, A. J.; BRICKMAN, R.; WHOLEY, M.: The syndrome of occult rupture of the spleen. *Arch. Surg.* 99:298, 1969.
4. ELTING, A. W.: Abscess of the spleen. *Ann. Surg.* 62:182, 1915.
5. FOLEY, W. J.; THOMPSON, N. W.; HERLOCHTER, J. E.; CAMPBELL, D. A.: Occult rupture of the spleen. *Surg. Gin. Obst.* 128:1215, 1969.
6. GADACZ, T.; WAY, L. W.; DUNPHY, J. E.: Changing clinical spectrum of splenic abscess. *Am. J. Surg.* 128:182, 1974.
7. LORIMER, W. S.: Occult rupture of the spleen. *Arch. Surg.* 89:434, 1964.
8. PERRY, J. F.: Blunt and penetrating abdominal injuries the yearbook medical publishers/ Chicago. *Curr. Prob. Surg.* May 1970.
9. POLLARD, J. J.; NEBESAR, R. A.: Splenic rupture demonstrated by selective splenic artery angiogram. *J.A.M.A.* 187:944, 1964.
10. PRAGUER, D.; MOREL, D.; DEX, W.: The syndrome of chronic occult rupture of the spleen. *J.A.M.A.* 218:12, 1971.
11. STEWARD, G. R.; BRAASH, J. W.: Spontaneous occult rupture of a normal spleen. *Med. J. Aust.* 1:203, 1971.
12. WHELAN, T. J.: Abscess of the spleen. *Am. J. Surg.* 94:945, 1957.
13. WITEK, J. T.; SPENCER, R. P.; PEARSON, H. A.; TOULOUKIAN, R. J.: Diagnostic spleen scans in occult splenic injury. *J. Trauma* 14:197, 1974.
14. ZOOK, E. G.; BOLIVAR, J. C.; EPSTEIN, L. I.: The value of scintiscans in the diagnosis of splenic abscess. *Surg. Gyn. Obst.* 131:1125, 1970.