



Un caso de esplenectomía total[†]

Isidro Espinosa*

Para mi maestro y amigo el Sr. Dr. Gabriel Malda como un reconocimiento y con la admiración que le profesa su discípulo.

El día 18 de julio del presente año, estando de guardia en el «Hospital Juárez», fui llamado por el practicante de la sala número 20 para que le diera mi opinión sobre un paciente que ocupaba la cama número 12 de dicha sala. Observé que se trataba de un niño de facies pálida con la boca entreabierta y con las alas de la nariz que se movían al ritmo de la respiración; su mirada era lánguida y de cuando en cuando se contraía el músculo mirtiforme. El tipo respiratorio, costal superior, sumamente frecuente (34). La posición del paciente en decúbito dorsal, con flexión de las piernas sobre los muslos y de éstos con el vientre.

El interrogatorio directo no proporcionó datos, ya que el paciente no estaba consciente de las preguntas que se le dirigían y el interrogatorio indirecto aportó los siguientes datos:

El paciente se encuentra en el servicio desde las seis de la tarde del día anterior, con aparente salud. Nos refirieron que había sido atropellado por un automóvil que le provocó un golpe en la región epigástrica. La misma enfermera que nos proporcionó esos datos, indicó que el estado general del paciente era muy distinto al de la aparente salud en el momento de su ingreso al hospital. Al palpar el vientre detectamos dolor en la región epigástrica con irradiación periumbilical y umbilical. Al percutir el vientre encontramos ligera disminución del área prehepática, matidez en el flanco izquierdo y una zona mate circular en las regiones periumbilical y umbilical.

Pulso poco tenso, frecuente (124 latidos por minuto).

El conjunto de este cuadro sintomático me hizo pensar que el paciente presentaba una hemorragia interna por lesión epiploica o mesentérica y probable lesión visceral.

Di la orden de que fuera trasladado inmediatamente a la sala de operaciones con el objeto de practicarle una laparotomía con carácter de urgente.

Una vez en la sala de operaciones, varios médicos del hospital miraron al paciente y se opusieron a que se le practicara la operación por no estar de acuerdo con mi diagnóstico. Esta divergencia de opiniones se debió, indudablemente, a que los señores médicos veían al paciente bajo la reacción a las primeras dosis de anestésico y a la falta de datos importantes del interrogatorio indirecto que yo tuve la suerte de recabar.

A pesar de los datos que proporcioné y de insistir en la marcada disminución del área prehepática, no se le dio la significación que indiqué, pues se me objetó que ese síntoma estaría en favor de una perforación intestinal y como el cuadro no era completo para dicha lesión, el paciente no debería intervenirse. Mi idea era contraria, pues el cuadro sintomático de una hemorragia interna se completaba con ese dato en favor de un abundante derrame.

En efecto, al abrir el peritoneo salía sangre por una pequeña herida hecha con la tijera. Finalizada la incisión que iniciaba en el apéndice xifoides y terminaba en el pubis, procuramos vaciar la cavidad abdominal de la sangre y coágulos que la llenaban en su totalidad. El epíplón, el mesenterio, el intestino delgado, el hígado y la vejiga estaban sanos, en cambio el ángulo esplénico del colon y el estómago presentaban sobre su gran curvatura una contusión circular de aproximadamente 4 cm de diámetro: el bazo evidenciaba una herida anfractuosa e irregular de alrededor de 7 cm que iniciaba en la cara interna adelante del epíplón gastroesplénico, donde se observaba una dirección oblicua de arriba hacia abajo hasta llegar al borde anterior para continuar sobre la cara externa, donde alcanzaba una profundidad menor que en el borde anterior.

En este momento, dada la dificultad para explorar este órgano por una laparotomía media, hice una incisión que, continuando a la primera en su extremidad xifoidea, pasara por el reborde costal en una extensión de 9 cm aproximadamente.

Abatido el colgajo resultante de estas dos incisiones, pude mostrar a los compañeros allí presentes el bazo casi dividido en dos proporciones.

En ese momento se me aconsejaba saturar la herida, pero basándome en lo mencionado por F. Lejars en su obra

[†] Esta es una republicación del manuscrito en:
Isidro Espinosa. Un caso de esplenectomía total. Revista Mensual de Medicina y Cirugía 1911; 1(10): 222-24

* Médico interno del Hospital Juárez.

Cirugía de urgencia, página 380, coloqué un clamps sobre el epiplón gastroesplénico y de un golpe de tijera extirpé el bazo. Cuando se hizo el estudio del órgano extirpado, pudimos comprobar la semejanza que esta pieza tenía con la descrita por Lejars y creo que si me hubiera limitado a suturar la herida que se nos presentaba a la vista, estaría ahora lamentando la muerte del paciente como le sucedió a dicho autor, pues la herida de la cara externa se continuaba con otra, menos profunda, pero llegaba hasta la inserción del epiplón gastroesplénico. Hechas las ligaduras del pedículo, coloqué una canalización a la Mickuliez que, al apoyar su vértice sobre el pedículo, provocara adherencias alrededor de la contusión del estómago y el colon, por si ésta daba paso al contenido de dichos órganos. Se saturó el resto de la pared. Al trasladar al paciente a su cama se encontraba sin pulso en la radial, sumamente pálido y cubierto de un sudor viscoso y frío. Recomendé que se le suministrara una inyección intravenosa de 500 cm³ de suero e inyectarle en el músculo estriñina, cafeína y una dosis elevada de aceite alcanforado, de 6 a 8 gramos. Al mismo tiempo recomendé a la enfermera que inclinara la cama con el objeto de colocar la cabeza en un plano más bajo que el resto del cuerpo, pues tal era el estado de anemia en que se encontraba el paciente, que preferí llenar la inclinación próxima, contrario a mi costumbre de sentar a los laparotomizados unos minutos después de terminada la intervención.

Seis horas más tarde el estado general del paciente había mejorado: se quejaba de sed y el pulso se sentía claramente en la radial.

La marcha que siguió al paciente en los días subsiguientes fue la siguiente:

Fecha (Día)	Pulso (latidos por minuto)	Respiración (respiraciones por minuto)	Temperatura (°C)
18	120	34	37.5
19	130	34	38.0
20	140	36	40.0
21	140	33	38.4
22	120	26	38.0
23	115	28	39.0
24	104	30	38.0
25	102	30	38.0
26	96	38	37.0
27	106	31	38.0
28			38.0
29	96	24	37.0
30	102	24	37.0

La temperatura de 37 °C se mantuvo durante 10 días hasta que fue posible introducir un tubo que canalizara la cavidad que ocupaba antes el Mickuliez. Durante los primeros días se sometió al paciente a dieta láctea; del día ocho al 13 se le dio pan y leche y después se le permitió ingerir la ración del hospital. Como medicamentos se le administraron inyecciones de suero, durante los tres primeros días, estriñina, glicerofosfato de cal y azotil.

Hasta la fecha su estado general es el de un individuo con anemia, no tan severa como pensábamos, después de extirpado el bazo y con aumento de volumen en la mayoría de los ganglios linfáticos.