

ASOCIACION DE GASTROENTEROLOGIA

Sesión del día 12 de diciembre de 1968

LA PUNCIÓN ESPLÉNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS

J. LÓPEZ GIBERT

Entendemos por hemorragias digestivas altas aquellas que tienen su origen en la parte alta del tubo digestivo, esófago, estómago y duodeno, independientemente de su forma de exteriorización. Si bien es verdad que a menudo dan lugar a hematemesis, con o sin melenas, no resulta infrecuente que se exterioricen únicamente en forma de melenas, al menos en un principio.

Esto significa que ante un enfermo que presente melenas sin hematemesis, no puede excluirse por este solo hecho el origen alto de la hemorragia.

Si la pérdida hemática no es importante, no presentan en principio grandes problemas, pero nunca podemos asegurar que después de una hemorragia poco copiosa no venga otra mucho más abundante que ponga en peligro la vida del enfermo.

Esto nos obliga ante una hemorragia digestiva alta (con hematemesis o con melenas) a poner en práctica y lo más rápidamente posible todos los métodos de diagnóstico a nuestro alcance con objeto de conocer la causa de la hemorragia y poder realizar el tratamiento más idóneo.

Cuando la hemorragia ha sido importante, provocando descenso de la tensión por debajo de nueve, con hematocrito por debajo de treinta, y una Hb a menos de 7, el diagnóstico de naturaleza no sólo es urgente sino muy difícil.

Algunos pacientes al ser asistidos de su hemorragia están ya diagnosticados de un proceso que puede explicar su hemorragia.

De 128 hemorragias digestivas altas que han sido asistidas en el servicio de urgencias del Hospital de la Sta. Cruz y S. Pablo en el primer año de actuación, solamente la tercera parte eran portadores de un diagnóstico previo.

Esto significa que de los 128 pacientes en 86 casos hubo que hacerse el diagnóstico y en los 46 que lo llevaban fue preciso confirmarlo. Siempre teniendo en cuenta que el diagnóstico de una lesión no significa que obligatoriamente sea aquella la lesión sangrante.

El motivo de esta comunicación no es otra que el de exponer a su consideración la sistemática que se ha seguido en el servicio para el diagnóstico etiológico de las hemorragias digestivas altas que viene a ser aproximadamente la misma que en otros centros pero a la que hemos incorporado la punción esplénica y esplenopografía.

Una historia detallada y bien dirigida seguida de una cuidadosa exploración clínica del enfermo y las pruebas de laboratorio pertinentes serán suficientes para hacer un diagnóstico cierto en el 40% de hemorragias sin diagnóstico previo y entre ellos y con seguridad todos los de naturaleza exclusivamente médica.

Una historia anterior claramente ulcerosa, la palpación de un bazo, la existencia de una ascitis o una ictericia suelen ser altamente sugestivas para un diagnóstico definitivo.

A pesar de todo ello queda un 60% en los cuales el diagnóstico debe obtenerse a través de una serie de exploraciones.

1) *Radiológica*: De gran utilidad, no vamos a descubrirlo aquí y sin más inconvenientes que los derivados del mal estado general del paciente que con frecuencia dificulta la técnica de la exploración, obligando a realizarla con el paciente en decúbito supino ya que su hipotensión le hace intolerable la posición de pie.

No obstante si se dispone de un buen radiólogo es muy eficaz.

2) *Esófago-gastroscofia*: Es la única exploración que nos permite ver la lesión verdaderamente responsable de la hemorragia.

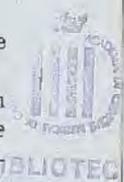
A estas dos exploraciones hemos unido la *Punción Esplénica*, la *esplenomanometría* y *esplenopografía*.

INDICACIONES. — Practicamos la punción esplénica con la idea de diagnosticar con la práctica de una esplenomanometría a todos los pacientes que son portadores de hipertensión portal. Está pues indicada en toda hemorragia digestiva alta sin diagnóstico previo y sin que por la historia, exploración clínica ni pruebas de laboratorio se haya podido alcanzar.

Así se han realizado veinte intentos de punciones esplénicas entre las 128 hemorragias digestivas altas mencionadas en 20 pacientes distintos. Lo cual significa que en el resto se obtuvo el diagnóstico mediante la historia, la exploración clínica, el laboratorio o la radiología.

En ninguna de las 20 punciones esplénicas se palpaba el bazo en aquel momento y lo decimos así porque es posible que una vez recuperados de la hemorragia, a los pocos días tuvieran esplenomegalia palpable.

Aquellos pacientes en quienes se ha palpado un bazo grande a la ex-



ploración clínica, se ha considerado suficiente síntoma demostrativo para encasillarlo y la punción esplénica no se les ha practicado.

TÉCNICA. — *a)* Colocación del enfermo en decúbito supino, posición adecuada para el paciente hemorrágico, en la mesa de rayos X.

b) Localización del punto de punción. Por scopia se localiza el punto de intersección entre la sombra cardíaca y el diafragma izquierdo y se señala en la piel el punto medio de los desplazamientos respiratorios.

A dos traveses de dedo por fuera y por debajo hacemos una señal en la piel que indicará el lugar de la punción esplénica.

c) Anestesia local con Novocaína al 2%, 10 cc haciendo un habon subcutáneo e infiltrando tejido celular subcutáneo y planos musculares, aponeurosis y peritoneo.

d) Punción con aguja adecuada en sentido perpendicular al plano de la mesa. Cuando mediante el tacto, ya acostumbrado, notemos que se ha penetrado en parénquima esplénico, se retira el mandril de la aguja. Si la aguja está bien colocada saldrá sangre con facilidad.

e) Con un manómetro de Claude o mejor y más sencillo con un simple tubo de polietileno lleno de suero fisiológico y conectado al pabellón de la aguja se realizará la medición de la presión venosa intraesplénica.

f) Interponiendo una aguja de triple paso entre aguja y manómetro pueden repetirse las mediciones con objeto de eliminar posibles causas de error.

Se toma como punto 0 la altura media del grosor del cuerpo al nivel de la punción.

La tensión se toma en centímetros de la columna de suero fisiológico. La normalidad oscila de 8 a 14 dependiendo de la tensión arterial. Por encima de 20 puede asegurarse la existencia de hipertensión portal.

g) A continuación se inyectan 40 cc de contraste yodado (previas las pruebas de sensibilidad) y se obtienen radiografías (esplenoportografía).

CASUÍSTICA. — Se ha intentado la punción esplénica en 20 pacientes.

En 15 se ha logrado y en 5 no ha sido posible.

En las 15 punciones esplénicas se ha encontrado: presión por encima de 20 en 13 casos y presiones bajas en 2.

De estos números se deduce que entre los veinte pacientes en quienes hemos considerado precisa la exploración por punción esplénica había trece con hipertensión portal y siete sin ella (5 punciones negativas más 2 presiones bajas). Según nuestro criterio cuando la punción esplénica no se puede lograr es prácticamente seguro que no existe hipertensión portal ya que siendo el bazo de tamaño normal o pequeño por la esplenoportografía que sigue a la hemorragia la punción esplénica se hace muy difícil.

Estos siete enfermos sin hipertensión portal fueron intervenidos de ur-

gencia encontrando cinco úlceras duodenales y dos gástricas que eran las responsables de la hemorragia.

Los trece casos que presentaron cifras altas de presión intraesplénica, oscilaba entre 20 y 59 cm.

Los trece eran pacientes con hemorragias digestivas altas graves y sin ningún dato de historia clínica ni exploración que permitiese orientar el diagnóstico. Algunos de ellos (fig. 1-2-3) habían presentado anteriormente



FIG. 1.—D. T. Enferma con hemorragias digestivas altas que obligaron a repetidas transfusiones. Había sido explorada sin encontrar la causa de las hemorragias. Ingresó en el Servicio de Urgencias con nueva e importante hemorragia. Punción esplénica fácil presión intraesplénica a 36. Esplenopografía. Importante circulación venosa de reflujo que traduce la existencia de H. P. Anomalia de vena porta por probable trombosis portal. Se confirmó el diagnóstico en otra esplenopografía posterior y por biopsia hepática que descartó la cirrosis.

otras hemorragias sin que hubieran sido diagnosticados a pesar de ser minuciosamente explorados en centros de reconocida solvencia. Otros venían siendo tratados como ulcerosos por el solo hecho de la repetición de sus hemorragias en ausencia de ninguna otra enfermedad conocida (fig. 4).

Se ha obtenido esplenopografía correcta en once casos de los trece con hipertensión portal y en una de las 2 punciones esplénicas que se lograron en casos sin hipertensión portal (fig. 5). Normal.

En los trece se obtuvo confirmación diagnóstica de la existencia de la hipertensión portal ya sea por la intervención quirúrgica inmediata (7 casos) o posterior exploración en otros servicios del Hospital una vez recuperado el paciente de su anemia aguda (6 casos).

En once casos la responsable de la hipertensión portal fue una cirrosis

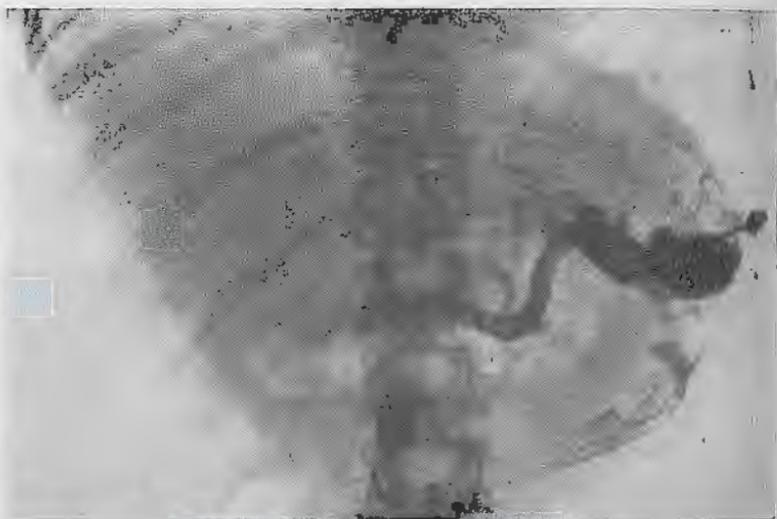


FIG. 2.— J. A. 66 años. Sin antecedentes, grave hemorragia digestiva alta. Punción esplénica fácil presión intraesplénica a 50. Esplenografía Poca circulación reflujo. Varices esofágicas. Ante la persistencia de la hemorragia e intolerancia del balón de S.B. es intervenido de urgencia. Cirrosis. Ligadura de varices y desconexión acigo-portal.

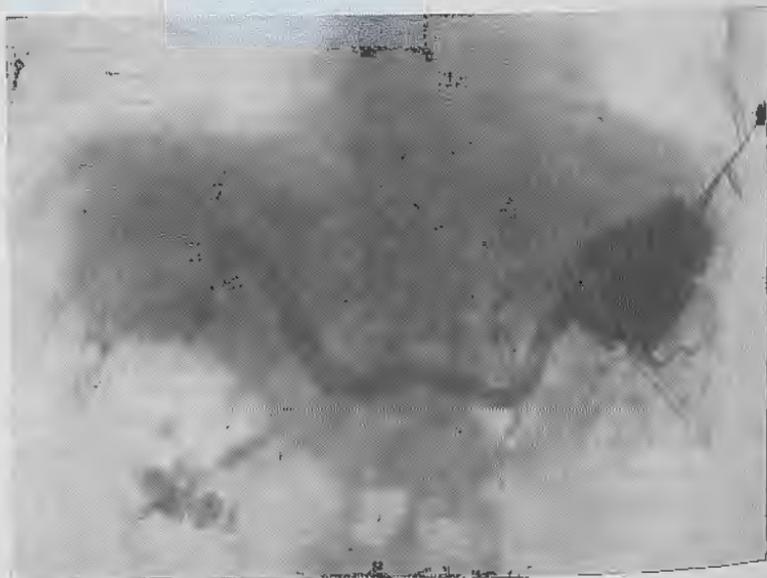


FIG. 3.— J. A. Misma paciente que figura anterior. Punción esplénica a los 19 días de la intervención de ligadura de varices. Presión intraesplénica 52.



Fig. 4.—C. N. 39 años. Grave hemorragia digestiva alta. Ningún diagnóstico previo. Punción esplénica fácil. Presión intraesplénica 42. Esplenografía. Circulación complementaria de reflujo. Varices esofágicas.

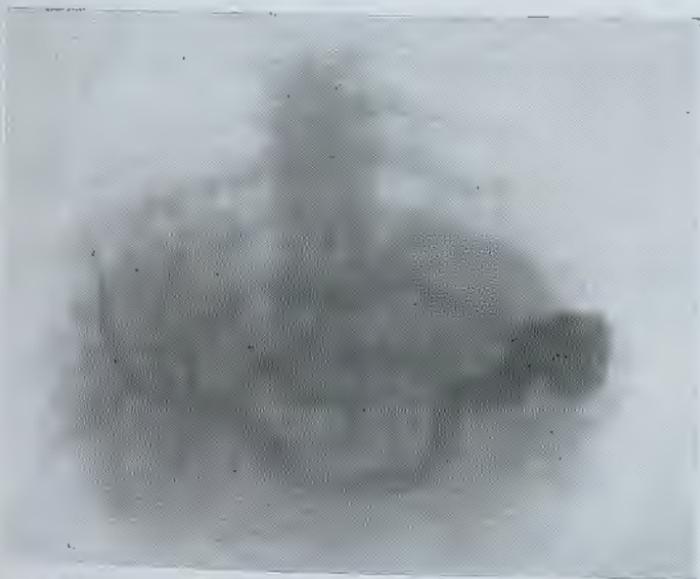


Fig. 5.—R. C. R. 38 años. Hematemesis y melenas graves. Sin diagnóstico previo. Punción esplénica. Presión 7. Esplenografía normal. Intervención quirúrgica de urgencia. Úlcera duodenal sangrante.

hepática. En uno, trombosis esplénica por pancreatitis crónica (fig. 6), confirmado en la intervención quirúrgica e histología y en otro por probable trombosis portal (fig. 1).

En resumen la esplenometría y la esplenoportografía pero principalmente la primera nos permite clasificar de urgencia los pacientes afectados de



FIG. 6.—F. O. S. Hematemesis y melenas. Sin diagnóstico previo. Punción esplénica, presión 58. No esplenoportografía. Intervención quirúrgica al mes de su ingreso. Hígado normal. Estómago y duodeno normal. Tumor cola de páncreas que estenosa la vena esplénica.

hemorragias digestivas altas (dejando aparte las hemorragias de tipo médico que son diagnosticadas por historia clínica y laboratorio) en 2 grandes grupos: Con hipertensión portal y sin ella, lo cual a nuestro entender tiene un gran interés terapéutico.

Si no existe hipertensión portal y la hemorragia es importante hay que intervenir sin demoras. En los cinco casos en que la punción esplénica ha descartado la hipertensión portal, han sido intervenidos confirmando aquel diagnóstico y encontrando un úlcus.

Si existe hipertensión portal creemos debe colocarse el balón de Sektacken-Blackmore y si la hemorragia no cede, puede pensarse o que está mal colocado o bien que es portador de una lesión doble, varices esofágicas y úlcus duodenal, asociación que se da entre el 8 y el 10 % de los casos, y la hemorragia es debida a la úlcera.

No hemos tenido ningún accidente, debido a la punción esplénica, pero

es innegable que pueden producirse hemoperitoneos por desgarros del bazo. Por ello es necesario que siempre vaya precedida de un estudio hemático completo, principalmente de las pruebas de coagulación y tiempo de protrombina.

Hospital de la Sta. Cruz y S. Pablo. Servicio de Cirugía de Urgencias. (Director: Dr. V. ARTIGAS.)