

## ESPLENOPORTOGRAFÍA (\*)

RAFAEL CASANOVA

*Servicio de Enfermedades Vasculares de la Clínica Dolores Bonet y Hospital San Juan de Dios de Santa Clara*

CARLOS PEREZ MESA

*Servicio de Anatomía Patológica de la Clínica Dolores Bonet*

IGNACIO ALONSO

*Servicio de Cirugía de la Clínica Dolores Bonet y Hospital San Juan de Dios*

La opacificación del sistema portal del hígado en el sujeto vivo por medio de substancia de contraste ha tropezado con múltiples dificultades.

La visualización ocasional de ramas de la porta ha sido lograda por FARÍÑAS a través de la safena; DOTTER, SELIC en un caso de Cruveilhier Baumgarten; por MILANÉS LÓPEZ en nuestro medio.

La inyección directa en la vena esplénica, en la coronaria estomáquica, en algunas ramas de la vena mesentérica de material opaco ha sido realizado por muchos; en nuestro medio el Dr. BARQUET CHEDIACK y colaboradores han logrado opacificar la porta y diagnosticar una cavernomatosis de la misma; sin embargo, la necesidad de una laparotomía previa, le hace disminuir a esta técnica mucho de su interés.

En el Congreso de Pediatría celebrado en diciembre de 1952 en Cincinatti, algunos autores norteamericanos presentaron un trabajo titulado Venografía portal percutánea transhepática en la cual han logrado opacificar la porta mediante la inyección de material opaco en pleno parénquima del órgano.

Los estudios sistemáticos de la opacificación del sistema portal inyectando el parénquima esplénico data de muy reciente fecha; DE SOUSA PEREIRA reportó los primeros resultados en el Congreso de Cirugía celebrado en Lisboa en octubre de 1951. Posteriormente, en el año 1952, algunos autores, sobre todo de las escuelas europeas, han hecho numerosas aportaciones a la esplenopografía.

El mérito de usar el bazo para opacificar el sistema portal corresponde a BEATICI y CAMPI, quienes lo consiguieron inyectando directamente el bazo del perro.

En el último año numerosos autores sajones han utilizado la vía esplénica para visualizar el sistema portal.

---

(\*) Trabajo presentado en la Primera Jornada Angiológica Cubana.

Todo el material humano estudiado pertenece a la Clínica Dolores Bonet y Hospital de San Juan de Dios de Santa Clara.

La técnica realizada ha sido la siguiente: Se coloca el enfermo en la mesa de Rayos X en posición de decúbito supino. Es conveniente preparar al sujeto como para examen de colon y en ayunas, debiendo hacerse la paracentesis



Fig. 1. — D. C. 55. F. Bl. — *Hepatomegalia por tumor primitivo, hepatoma-no esplenomegalia. visualización del árbol vascular esplenoportal, existe discreta ectasia a este nivel. — Véanse los límites de la hepatomegalia*

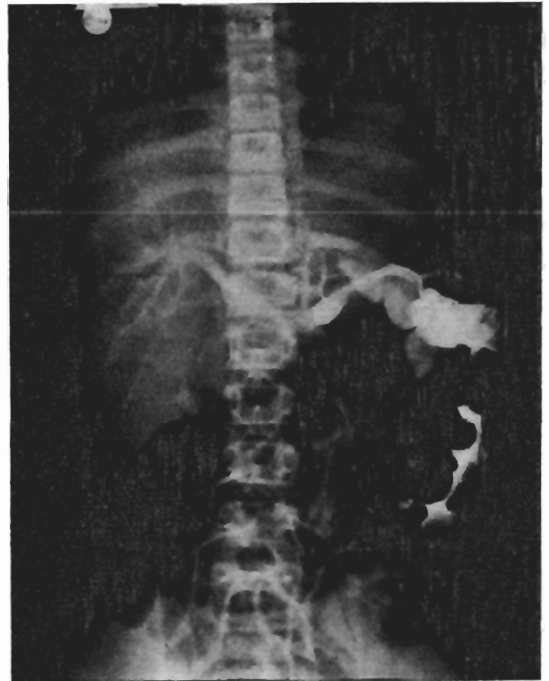


Fig. 2. — C. V. 8. F. Bl. — *Hipertensión portal por fibrosis post-necrótica. Véase la circulación espleno-portal y notándose la pobreza de la circulación intrahepática, existen numerosos cortocircuitos a expensas de la circulación mesentérica. puede observarse parte del contraste en cavidad peritoneal. La enferma no acusó dolor ni trastornos secundarios*

previa en los casos de ascitis. La vía de acceso al bazo puede ser transabdominal o transcostal, según exista o no esplenomegalia; en este último caso, la realización previa de un retroneumoperitoneo poniendo puntos de reparo-opacos sobre la piel de la zona esplénica nos sirve de guía para la localización del órgano. La situación de la cúpula diafragmática izquierda mediante la radiografía, constituye un punto útil de reparo, así como el entrecruzamiento de dos líneas, una horizontal que pase por el vértice de la apófisis xifoides y otra vertical axilar media.

Previa aseptización de la región y anestesia local con novocaína al 2 por ciento, introducimos una aguja de punción lumbar calibre 18 más o menos profundamente de acuerdo con el tamaño del órgano. La sensación del tejido esplénico al puncionarlo es típica y característica; en todos los casos, cuando estamos en pleno parénquima, salen en forma lenta unas gotas de sangre al retirar el mandril.

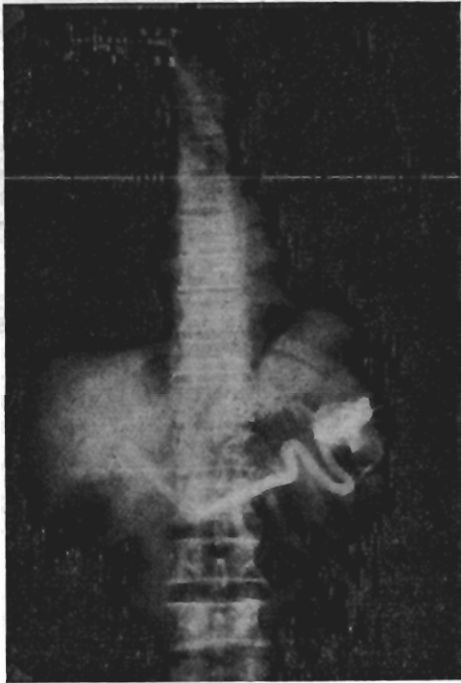


Fig. 3. — V. F. 42. M. Bl. — *Fibrosis de Laennec.* — *No esplenomegalia. Véase el relleno de la circulación portal, pobre circulación intrahepática*

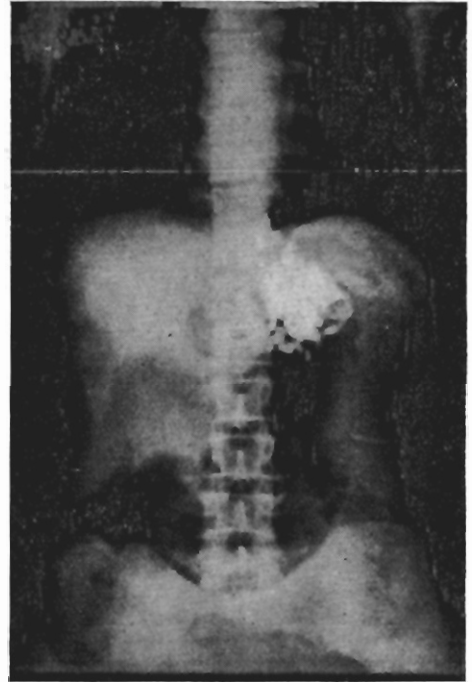


Fig. 4. — J. J. 62. F. Bl. — *Esplenomegalia solitaria por metaplasia mieloide en el bazo, con mielofibrosis. gran vascularización del pedículo esplénico formando una cabeza de medusa, pobre circulación de la porta y de la circulación intrahepática*

Ya situada la aguja dentro del órgano, procedemos a confirmarlo inyectando 2 c. c. de la sustancia de contraste y haciendo una exposición radiográfica, la cual nos dará en caso positivo la eliminación de la sustancia opaca por el árbol vascular esplénico, y procedemos a la inyección de 30 c. c. en estos casos Pielosyl Glaxo al 70 por ciento con una jeringa de 50 c. c. y empujando el émbolo con la mano.

La inyección debe de realizarse rápidamente, en tres segundos, tomándose la película al terminar de inyectar.

COMPLICACIONES. — Algunos autores señalan hemorragias y rupturas del

bazo después de la utilización de este método: WALKER refiere una ruptura en 13 casos; FERGUSON, una hemorragia en 12 casos; ROUSSELOT, no refiere complicaciones en 30 casos estudiados.

En nuestro trabajo hemos realizado la opacificación del sistema portal mediante la inyección de colorante en el bazo.

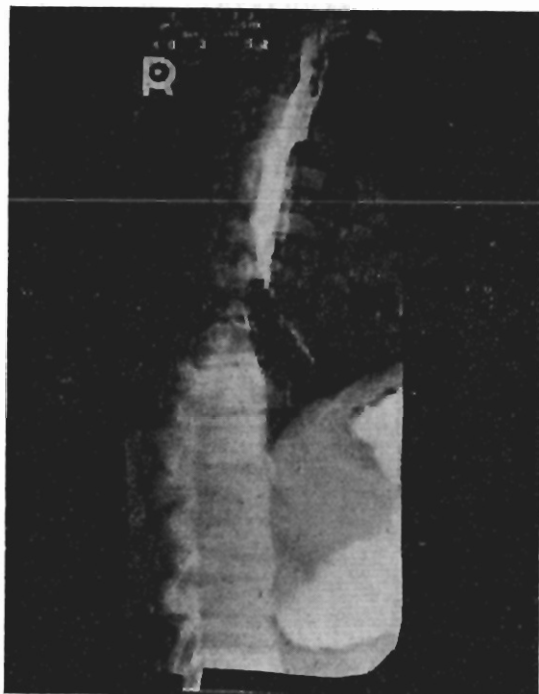


Fig. 5. — R. G. 23. M. Bl. — *Hematemesis a repetición-esplenomegalia solitaria. Varices en el esofagrama baritado*

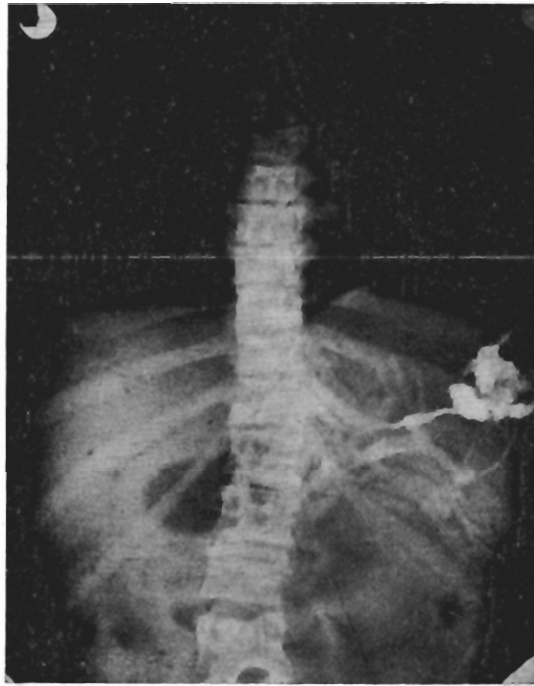
La esplenopografía es perfectamente tolerada por el paciente, no habiéndose comprobado en nuestros 15 casos ningún contratiempo desagradable aun en los casos en que la sustancia opaca quedó fuera del órgano. En uno de los enfermos se realizaron dos inyecciones sucesivas sin acusar molestias.

COMENTARIOS. — La esplenopografía no operatoria permite visualizar el sistema porta-hepático. El perfeccionamiento de este método nos permitirá obtener verdaderos patrones de angiografías del hígado que podrán ser importantes para el estudio de este órgano, así como en los Síndromes Bantianos.

La opacificación de las dilataciones varicosas del esófago y estómago por

la esplenopografía hacen de este método un nuevo elemento diagnóstico, así como en el estudio de las tumoraciones del páncreas e hígado.

Es difícil predecir la utilidad que del mismo se derivará en el estudio



*Fig. 6. — Amputación de la circulación esplénica a nivel de su porción distal, circulación colateral a expensas de la mesentérica, trombosis de la vena esplénica comprobada quirúrgicamente*

de las esplenomegalias, de las enfermedades del hígado y de las afecciones del sistema portal.

Insistimos en que por la inocuidad del método y los pocos elementos técnicos que hacen falta para su realización, sea un examen de rutina en todas aquellas afecciones en las cuales la esplenopografía esté indicada.

#### CONCLUSIONES

1. Se revisan las diferentes técnicas que se han utilizado para la opacificación del sistema porta-hepático.

2. Se recomienda la utilización más amplia del método por su gran valor diagnóstico.
3. Se presenta nuestra experiencia en 15 casos estudiados.



Fig. 7. — A. G. 50. M. Bl. — *Hipertensión portal, hepatoesplenomegalia con ascitis, existiendo varices esofágicas. Visualización de la circulación espleno-portal, trombosis recanalizada de la porta (cavernomatosis). Véase la tinción de las varices esofágicas*

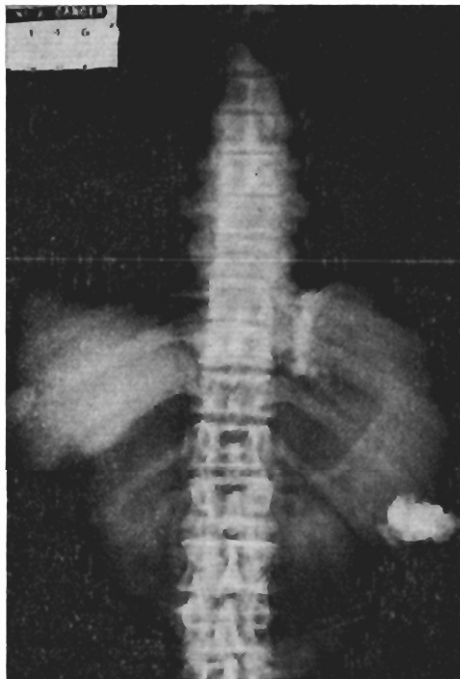


Fig. 8. — *Vista tomada 20 segundos después, se comprueba estasis venosa a nivel de las varices*

#### S U M M A R Y

The different techniques of splenic portal venography are reviewed. Splenic portal venography has proved to be a valuable aid in diagnosis and treatment. The authors' experience in fifteen cases of percutaneous Splenic portal venography, are reported.

#### B I B L I O G R A F Í A

1. MILANÉS LÓPEZ, B. — Comunicación personal.
2. BARQUET CHEDIACK, A. — Tesis de grado de la Universidad de la Habana, 1950.
3. DE SOUSA PEREIRA, A. — *La methode phlebographique dans l'étude des troubles de la circulation du systeme portal*. Lyon Chir., 1951, 46, 291.

4. D. R. COOPER y colaboradores. — *Ann. Surg.*, 138:582-592; 1953.
5. R. M. WALKER y colaboradores. — *Brit. J. Surg.*, 40:392-395; 1953.
6. ABEATICI, S. y CAMPI, L. — *Acta Radiol.*, 36:383-392; 1951.
7. MOORE, G. y colaboradores. — *Portal Venography. Surgery*, 1950. 28, 5.
8. PÉREZ MESA, C.; CASANOVA, R. — *Varicografía esofágica por la punción esplénica*. — Aportación a la ponencia de Patología de esófago. Sociedad de Medicina y Cirugía de Santa Clara. II Congreso Médico Regional de las Villas, 1952.