

## **NOTA CIENTÍFICA: ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA EN PANCREATITIS AGUDA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Xiana Rial Justo<sup>1</sup>, Miguel J García-Oria Serrano<sup>2</sup>, Joaquín M Muñoz Rodríguez<sup>1</sup>, Arturo García Pavía<sup>2</sup>, Xabier Remírez Arriaga<sup>1</sup>, Laura Román García de León<sup>1</sup>, Pau Plá Sánchez<sup>1</sup>, Víctor Sánchez Turrión<sup>3</sup>.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda, Madrid, España. <sup>1</sup>Residente. <sup>2</sup>Especialista. <sup>3</sup>Jefe de Servicio.

Correspondencia: para contactar con el autor accionar [aquí](#) (Xiana Rial Justo).

### **ABSTRACT:**

**Introducción:** La rotura espontánea de bazo en el contexto de una pancreatitis aguda constituye una complicación poco frecuente. Existen numerosas etiologías descritas de rotura esplénica espontánea, correspondiendo aproximadamente un 10% de las causas a patologías inflamatorias locales, entre las cuales se encuentra la pancreatitis aguda. Esta complicación conlleva una morbilidad y mortalidad elevadas.

Presentamos a continuación un caso de pancreatitis aguda complicada con rotura de bazo espontánea.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 40 años que acude a Urgencias por dolor abdominal e ingresa con el diagnóstico de pancreatitis aguda grave. Presenta evolución tórpida con inestabilidad hemodinámica y anemia, por lo que se realiza un TC abdominal urgente que objetiva trombosis completa de la

vena esplénica y rotura esplénica con hemoperitoneo. Se decide cirugía urgente y se lleva a cabo una esplenectomía abierta. Tras un postoperatorio prolongado, el paciente es dado de alta y actualmente acude a revisiones en consultas, sin haber presentado complicaciones.

**Conclusión:** Las complicaciones esplénicas en la pancreatitis aguda son infrecuentes, especialmente la rotura esplénica espontánea; no obstante, es importante la sospecha clínica para llegar a un diagnóstico precoz y realizar un tratamiento adecuado, con el objetivo disminuir el aumento de morbilidad y mortalidad que supone esta complicación.

**Palabras clave:** Rotura esplénica, pancreatitis aguda, esplenectomía.

## **NOTA CIENTÍFICA:**

### **Introducción:**

La rotura espontánea de bazo en el contexto de una pancreatitis aguda constituye una complicación poco frecuente. Existen numerosas etiologías descritas de rotura esplénica espontánea, correspondiendo aproximadamente un 10% de las causas a patologías inflamatorias locales, entre las cuales se encuentra la pancreatitis aguda. Esta complicación conlleva una morbilidad y mortalidad elevadas<sup>1</sup>.

Presentamos a continuación un caso de pancreatitis aguda complicada con rotura de bazo espontánea.

### **Caso clínico:**

Se trata de un varón de 40 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de pocas horas de evolución, irradiado a espalda y acompañado de vómitos. Entre sus antecedentes destacan HTA y dislipemia en tratamiento, y enolismo crónico, con esteatosis hepática conocida y con episodio reciente de encefalopatía de Wernicke.

En Urgencias se realizan pruebas complementarias cuyos resultados se exponen a continuación. En la analítica destacan leucocitosis (13.000/ $\mu$ l), amilasa en límite alto de la normalidad (117 U/L) y alteración del perfil hepático (Bilirrubina 2.8 mg/dl, GPT 984 U/L, GOT 1526 U/L, GGT 1883 U/L); en el TC abdominal se describe pancreatitis necrotizante con colecciones necróticas agudas <30% y trombosis parcial de la vena esplénica (ver **figura 1**).



**Figura 1:** TC abdominal con contraste endovenoso, reconstrucción en plano sagital-oblicuo. Defecto de repleción en vena esplénica en relación con trombosis (flechas).

El paciente ingresa en planta de hospitalización con el diagnóstico de pancreatitis aguda grave. El primer día de ingreso es trasladado a UCI por dificultad para el control del dolor, desaturación y oliguria. En cuidados intensivos evoluciona de manera tórpida, con necesidad de intubación orotraqueal y empleo de drogas vasoactivas.

Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas el tercer día de ingreso en UCI por trombo en vena esplénica. Este retraso en el inicio de la terapia anticoagulante se explica por lo siguiente: al ingreso, el paciente presenta coagulopatía por lo que se pospone el inicio de la anticoagulación; el segundo día de ingreso, presenta epistaxis de difícil control tras maniobras de colocación de SNG, por lo que se retrasa nuevamente; finalmente, ante ausencia de contraindicación, se introduce el tercer día.

El cuarto día de ingreso en UCI se realiza TC abdominal de control en el que destacan como hallazgos relevantes una mayor extensión de la necrosis pancreática (>30%), progresión de la trombosis de la vena esplénica que afecta ahora a toda la vena hasta la confluencia con el eje portomesentérico que permanece permeable y aumento del tamaño del bazo con parénquima esplénico homogéneo, así como una colección líquida en saco menor y aumento de la cantidad de líquido libre intraabdominal. El quinto día de ingreso en UCI, se modifica la terapia anticoagulante por aparición de trombocitopenia en probable relación con heparina de bajo peso molecular, siendo esta sustituida por perfusión de heparina sódica

El sexto día de ingreso en UCI, el paciente presenta de manera brusca inestabilidad hemodinámica y anemia, por lo que se realiza nuevo TC abdominal urgente que objetiva trombosis completa de la vena esplénica similar a estudio previo y rotura esplénica con hemoperitoneo (ver **figura 2**).



**Figura 2:** TC abdominal con contraste endovenoso. Parénquima esplénico deformado que asocia una colección hipodensa de morfología elíptica en relación con hematoma subcapsular y nivel de líquido periesplénico posterior de alta densidad en relación con hemoperitoneo; todo ello en relación con rotura esplénica.

Por todo ello se decide intervención quirúrgica urgente: se accede a través de laparotomía subcostal bilateral hallándose 2,5 L de hemoperitoneo, rotura esplénica y pancreatitis aguda con necrosis en celda pancreática y transcauidad de los epiplones; se realiza esplenectomía y drenaje de colecciones necróticas peripancreáticas, se cierra la laparotomía reforzándola con una malla plana de polipropileno supraaponeurótica.

El posterior estudio anatomopatológico de la pieza de esplenectomía objetivó un infiltrado inflamatorio y áreas de necrosis coagulativa, sin otras alteraciones significativas.

El paciente presentó un postoperatorio prolongado en UCI y posteriormente en planta de cirugía, debido a la dificultad para el control del foco infeccioso intraabdominal, con necesidad de antibioterapia de amplio espectro y varios drenajes percutáneos. Asimismo presentó como complicación una fístula

pancreática de bajo débito. Fue dado de alta tras dos meses de ingreso, con gran mejoría del estado general y acude actualmente a revisión en consultas de manera ambulatoria con muy buena evolución, sin haber presentado más complicaciones de su proceso de base ni de la cirugía.

### **Discusión:**

Las complicaciones esplénicas son eventos poco frecuentes en el contexto de una pancreatitis. Se describen mayoritariamente en las pancreatitis crónicas, donde se presentan en forma de pseudoquiste, hematoma subcapsular o rotura esplénica; cuando se producen en las pancreatitis agudas aparecen más frecuentemente en forma de infarto esplénico o hemorragia subcapsular<sup>2</sup>. Cuando ocurre una rotura esplénica en el contexto de una pancreatitis aguda, como en nuestro caso, su etiopatogenia parece estar relacionada con trombosis de la vena esplénica, adherencias periesplénicas o inflamación aguda de tejido pancreático ectópico intraesplénico. En nuestro caso, probablemente se encuentre en relación con la trombosis de la vena esplénica evidenciada en el TC, el cual también objetiva, de forma paralela, un aumento progresivo del tamaño del bazo.

En cuanto al tratamiento de elección de la rotura esplénica espontánea en el contexto de una pancreatitis aguda, puede optarse por un tratamiento conservador<sup>3</sup> en el caso de que el paciente se encuentre estable hemodinámicamente, con vigilancia estrecha que incluya control radiológico periódico, condicionada por tanto por la disponibilidad de medios, o incluso procedimientos invasivos no quirúrgicos como la embolización; mientras que en el caso de un paciente inestable hemodinámicamente o ante el fracaso del manejo conservador con inestabilización del paciente se debe optar por tratamiento quirúrgico urgente<sup>4,5</sup>, que en la mayor

parte de los casos consistirá en practicar una esplenectomía total. Por tanto el factor más relevante de cara a la toma de decisiones será la estabilidad hemodinámica del paciente<sup>6</sup>.

En nuestro caso, al tratarse de un paciente inestable hemodinámicamente, se decidió realización de laparotomía urgente de entrada.

Por tanto, las complicaciones esplénicas en la pancreatitis aguda son infrecuentes, especialmente la rotura esplénica espontánea, que como se ha expuesto previamente puede estar relacionada con la trombosis esplénica; no obstante, es importante la sospecha clínica para llegar a un diagnóstico precoz y realizar un tratamiento adecuado, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas.

### **Conclusiones:**

La rotura esplénica es una complicación que puede presentarse en el contexto de una pancreatitis aguda, provocando un aumento de la morbimortalidad asociada. El tratamiento inmediato es obligatorio.

**Declaraciones y conflicto de intereses:** Los autores han participado en el manejo del caso, en la concepción del manuscrito y aprueban la versión final para su publicación. Este texto no ha sido publicado total ni parcialmente ni ha sido enviado a otra revista biomédica. No existe conflicto de intereses con la Revista ACIRCAL.

### **Referencias bibliográficas:**

1. Renzulli P, Hostettler A, Schoepfer AM, Gloor B, Candinas D. Systematic review of atraumatic splenic rupture. *Br J Surg* 2009; 96:1114-1121.
2. Patil PV, Khalil A, Thaha MA. Splenic parenchymal complications in pancreatitis. *JOP* 2011; 12(3): 287-291.

3. Mujtaba G, Josmi J, Arya M, Anand S. Spontaneous splenic rupture: a rare complication of acute pancreatitis in a patient with Crohn's disease. *Case Rep Gastroenterol* 2011; 5: 179-182
4. Toussi HR, Cross KS, Sheehan SJ, Bouchier-Hayes D, Leahy AL. Spontaneous splenic rupture: a rare complication of acute pancreatitis. *Br J Surg* 1996; 83: 632.
5. Khan H, Hayee B, Haywood M, Al-Mishlab T. Spontaneous rupture as a complication of acute pancreatitis. *Internet J Surg* 2000; 1(2).
6. Hernani BL, Silva PC, Nishio RT, Mateus HC, Assef JC, de Campos T. Acute pancreatitis complicated with splenic rupture: a case report. *World J Gastrointest Surg* 2015; 7 (9): 219-222.