

<b>Caso</b>	(105) Hematoma subcapsular esplénico con ruptura a cavidad peritoneal, secundario a complicación tardía de pancreatitis aguda.
<b>Autores</b>	Joaquín Patricio Morán Marsili, José Ignacio Rodríguez Martín, Ángel Aguado Toquero, Carlos Sánchez Almaráz, Ignacio Arrazola Gonzalez, Esther Dominguez Franjo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Infanta Sofía (ss De Los Reyes, Madrid)

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 54 años, fumador, sin otros antecedentes de interés. Acude al servicio de urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo de semanas de evolución, pero que ha empeorado en las últimas 48 hs.

Se presenta estable hemodinámicamente, destacando únicamente en las pruebas de laboratorio una proteína C reactiva de 154 mg/dl y una hemoglobina de 11,5 g/dl con un hematocrito de 35% (previos de 16 g/dl y 51% respectivamente ocho meses antes). Ante la sospecha clínica de diverticulitis aguda, se decide realizar TC abdominopélvico con contraste intravenoso (CIV) y adquisición de imágenes en fase venosa.

Se identifican imágenes hipodensas lineales en parénquima esplénico con colección heterogénea subcapsular y hemoperitoneo moderado en pelvis menor, sin claros extravasados de CIV. Existe otra pequeña colección hipodensa con fina pared adyacente a cola pancreática y ausencia de repleción de vena esplénica como hallazgos asociados.

## DISCUSIÓN

Diagnóstico: Hematoma subcapsular esplénico con ruptura a cavidad peritoneal secundario a complicación tardía de pancreatitis aguda.

La principal causa de hematomas subcapsulares esplénicos es la etiología traumática. En este caso, el paciente no refería ningún tipo de episodio traumático reciente.

La colección peripancreática descrita (radiológicamente distinta al hematoma, con densidad líquido y fina cápsula) así como la ausencia de repleción de la vena esplénica orientan a un episodio previo de pancreatitis con formación de un pseudoquiste y trombosis venosa. El paciente recordó vagamente en la anamnesis un dolor epigástrico asociado a vómitos aproximadamente seis meses antes, por el que no acudió a ningún centro sanitario.

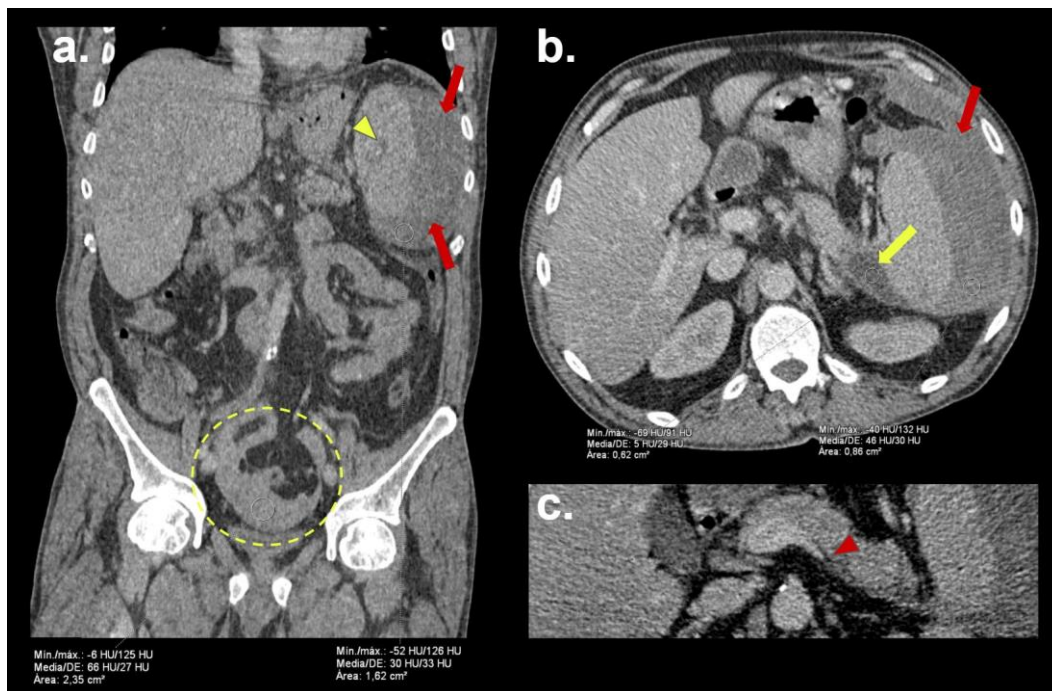
La afectación esplénica en el contexto de pancreatitis aguda o crónica se encuentra bien documentada en la literatura incluyendo en el espectro de presentaciones los pseudoquistes peri o intraesplénicos, la hemorragia parenquimatosa, los infartos, el hematoma subcapsular y la rotura esplénica.

La prevalencia de hematomas subcapsulares esplénicos es del 0,4%. Se visualizan fundamentalmente en procesos que afectan la cola pancreática por su íntima relación anatómica con el bazo. El proceso inflamatorio puede extenderse a través de diferentes mecanismos: las enzimas pancreáticas pueden erosionar el parénquima esplénico causando un sangrado; generar disrupción de vasos hiliares; favorecer la formación de pseudoquistes intraesplénicos que secundariamente pueden romperse; o causar hemorragia en el espacio subcapsular directamente.

Estas complicaciones resultan más común en hombres, con pancreatitis de etiología alcohólica o idiopática. Se presentan con síntomas inespecíficos, como dolor en hipocondrio izquierdo y reactantes de fase aguda aumentados. La técnica de imagen de elección es el TC con CIV y el tratamiento inicial es conservador si existe estabilidad hemodinámica vs. un tratamiento agresivo en caso contrario (esplenectomía).

## CONCLUSIÓN

A pesar de resultar poco frecuentes, las complicaciones esplénicas secundarias a pancreatitis son entidades que aumentan la morbi-mortalidad en este grupo de pacientes; siendo importante poder detectarlas y reconocerlas en el contexto urgente con las implicaciones terapéuticas que conllevan.



*TC abdomino-pélvico tras administración de CIV y adquisición de imágenes en fase venosa, con reconstrucción multiplanar coronal (a) e imágenes axiales (b,c). Laceración esplénica (punta de flecha amarilla; fig. a), hematoma subcapsular esplénico con datos de sangrado reciente (flechas rojas; fig. a,b) y componente de hemoperitoneo en pelvis (circulo discontinuo amarillo; fig. a). Pseudoquiste en cola pancreática (flecha amarilla, fig. b) asociado a trombosis de vena esplénica (punta de flecha roja; fig. c) como hallazgos compatibles con episodio previo de pancreatitis. La densidad de las colecciones se encuentran referidas en unidades Hounsfield (HU) en las figuras a y b.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Patterson M, Bernstein CN. A Rare Complication of Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2021;160(5):1479-80.
2. Fishman EK, Soyer P, Bliss DF, Bluemke DA, Devine N. Splenic involvement in pancreatitis: Spectrum of CT findings. *Am J Roentgenol*. 1995;164(3):631-5.
3. Patil P V., Khalil A, Thaha MA. Splenic parenchymal complications in pancreatitis. *J Pancreas*. 2011;12(3):287-91.