

Caso	(244) Rotura esplénica espontánea
Autores	Sara Munck Sánchez, Zhao Hui Chen Zhou, Andrea Alcalá-galiano Rubio, Estefanía Aguilar Ángel, Eric Castañé Isern
Centro	Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 43 años que ingresó por perforación de úlcera gástrica de probable origen péptico al que se le realizó sutura directa y epiploplastia por laparoscopia. A la semana del ingreso, comenzó con dolor súbito a nivel de flanco izquierdo, sin antecedente de traumatismo previo.

Se realizó TC abdominopélvica con CIV en fase venosa portal por sospecha de dehiscencia de sutura primaria. Se identificó un gran hematoma subcapsular esplénico que rodeaba la práctica totalidad de la superficie del bazo, más prominente en el polo superior con espesor máximo de 7,5 cm, donde se identificaban múltiples focos de extravasación de contraste subcapsulares en sábana, que aumentaban en la fase tardía, que se realizó tras advertir el hallazgo, compatibles con sangrado activo.

Así mismo, se observaban cambios postquirúrgicos de cirugía laparoscópica por sutura de perforación post-pilórica, sin signos sugestivos de dehiscencia de la sutura gástrica.

Ante el shock hemorrágico secundario con TA 80/40 mmHg, se solicitó embolización. Por arteria femoral derecha se realizó arteriografía esplénica urgente que no demostró sangrado activo en ese momento y, a pesar de ello, se realizó embolización hemostásica, tanto distal (partículas de 1100 micras) como proximal (tapón Amplatzer plug 4 de 8 mm en la arteria esplénica).

DISCUSIÓN

La rotura esplénica puede ser traumática o menos frecuentemente puede ocurrir de forma espontánea. La incidencia de la rotura esplénica espontánea es muy baja, entre el 0.1%-0.5%, y dentro de ellas, se distinguen las que se producen en un órgano aparentemente normal de las que ocurren en un bazo patológico.

Una rotura verdaderamente espontánea, es decir, sobre un bazo normal, debe cumplir ciertos requisitos como ausencia de traumatismo o esfuerzo inusual, ausencia de lesión de otros órganos relacionados con patología esplénica, ausencia de cicatrices o adherencias periesplénicas, ausencia de infección viral reciente y ser un bazo macro y microscópicamente normal.

Por otro lado, las roturas patológicas atraumáticas comprenden entidades que esencialmente producen aumento de tamaño del órgano y favorecen la disrupción del parénquima esplénico. Son causas infecciosas como mononucleosis, alteraciones hematológicas, enfermedades metabólicas o inmunitarias, neoplasias y alteraciones congénitas del bazo. En los últimos años además se han descrito

casos de lesión esplénica post-colonoscopia (inusual, pero relevante por su repercusión).

La clínica suele ser inespecífica, siendo el síntoma más frecuente dolor en hipocondrio izquierdo y epigastrio, irradiado a escápula y/o hombro izquierdo, que posteriormente se generaliza y se acompaña de distensión. Dependiendo de la severidad, se presentará palidez, taquicardia, hipotensión, oliguria y hasta shock.

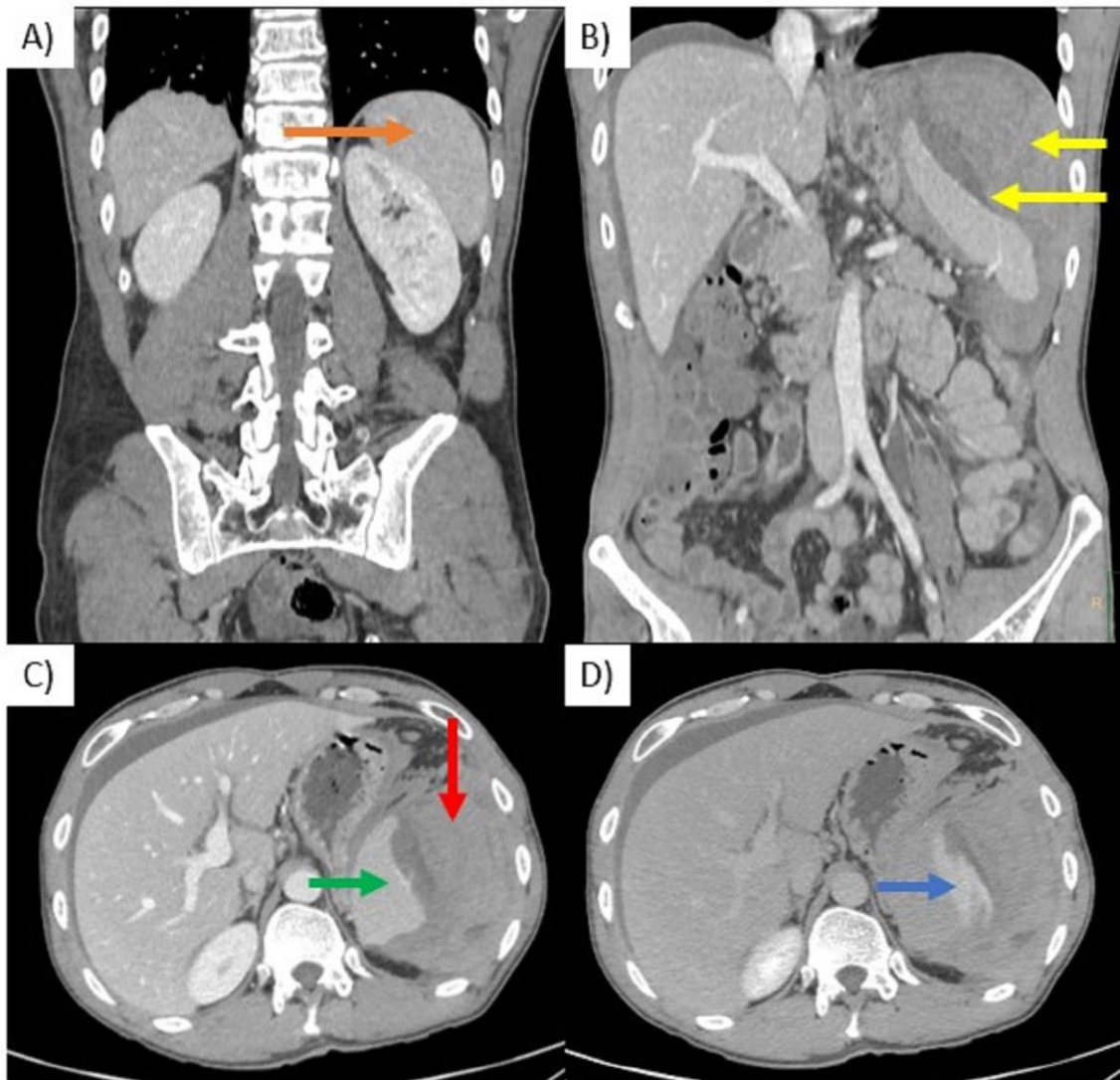
Debido a que la clínica y los datos de laboratorio son inespecíficos, generalmente el diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen. Aunque la ecografía permite detectar hemoperitoneo, tiene moderada sensibilidad, por lo que, la técnica de imagen ideal es la TC abdominopélvica. Se puede observar hemoperitoneo y/o hematoma subcapsular con “coágulo centinela” localizado cerca del bazo. Además, la TC abdominopélvica nos permite visualizar sangrado activo en los casos que exista.

CONCLUSIÓN

La rotura esplénica atraumática o espontánea es infrecuente, pero no excepcional, por lo que, los radiólogos deben tener en conocimiento distintas entidades que pueden originar una rotura esplénica espontánea.

Las pruebas de imagen son fundamentales en su diagnóstico, puesto que la clínica y los datos de laboratorio son inespecíficos y su diagnóstico clínico puede pasar desapercibido.

La TC abdominopélvica es la prueba de elección que nos permite valorar la presencia de hemoperitoneo, hematoma subcapsular, así como sangrado activo o la posible existencia de lesiones subyacentes.



Rotura esplénica espontánea en varón de 43 años. A) Corte coronal de TC abdominopélvico con CIV en fase venosa de estudio previo, que demuestra bazo normal (flecha naranja). B) Reconstrucción coronal donde se identifica hematoma subcapsular que comprime y deforma el bazo (flechas amarillas). C y D) Cortes axiales de TC abdominopélvico, con gran hematoma subcapsular esplénico (flecha roja) donde se aprecian focos de extravasación de contraste subcapsulares (flecha verde), que aumentan en la fase tardía (flecha azul), compatible con sangrado activo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Amonkar S, Kumar E. Spontaneous rupture of the spleen: three case reports and causative processes for the radiologist to consider. *Br J Radiol.* 2009; 82: 111 - 3. DOI: 10.1259/bjr/81440206.
- 2- Ahbala T, Rabbani K, Louzi A, Finech B. Spontaneous splenic rupture: case report and review of literature. *Pan Afr Med J.* 2020; 8: 37 - 36. DOI: 10.11604/pamj.2020.37.36.25635.
- 3- Tonolini M, Lerardi AM, Carrafiello G. Atraumatic splenic rupture, an underrated cause of acute abdomen. *Insights Imaging.* 2016; 7: 641- 646. DOI: 10.1007/s13244-016-0500-y.