

<b>Caso</b>	(273) Rotura esplénica espontánea en el contexto de enfermedad pélvica inflamatoria
<b>Autores</b>	Francisco Ramon Company, Beatriz Mirian Rodríguez Chikri, Margarita Palmer Sans, Inés Bonnín Liñares, Mainer Gómez De Segura Solay.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Son Espases

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 49 años que acude a urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución con empeoramiento súbito y síncope. Niega antecedentes traumáticos. Portadora de DIU. Presenta mal estado general, con hipotensión arterial (59 mmHg) y taquicardia (111 lpm). El abdomen es doloroso a la palpación de predominio en HCI y FID. La analítica muestra una hemoglobina de 6.78 g/dL, leucocitos de 25400 /uL y PCR de 15.19 mg/dL. Ante la sospecha de hemorragia abdominal de origen incierto se realiza TC toraco-abdomino-pélvico emergente sin y con contraste intravenoso en fases arterial y venosa.

El TC sin contraste muestra un gran hematoma subcapsular esplénico y hemoperitoneo de distribución difusa de predominio perihepático y periesplénico. En la fase venosa se observa una extravasación de contraste de morfología serpigiosa a nivel subcapsular esplénico. El bazo se encuentra desplazado medialmente y tiene un tamaño normal.

En la pelvis se observan masas anexiales heterogéneas bilaterales de predominio quístico y de paredes gruesas, con presencia de gas en el lado derecho. También se observa importante estriación de la grasa mesentérica adyacente, ligero engrosamiento de asas de sigma y engrosamiento lineal de las hojas peritoneales.

## DISCUSIÓN

Por un lado, los hallazgos de imagen del hemiabdomen superior son compatibles con una rotura esplénica espontánea (REE) asociada a sangrado venoso de bajo flujo. Por otro lado, las imágenes pélvicas son compatibles con una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) avanzada con abscesos tubo-ováricos y peritonitis como complicaciones de la misma.

Tras los hallazgos de imagen y dada la inestabilidad hemodinámica, se realizó embolización esplénica, soporte transfusional y se inició tratamiento antibiótico consiguiendo estabilizar a la paciente. Tras 12 días de ingreso, se realizó laparotomía media identificando adherencias laxas en toda la cavidad peritoneal y abscesos tubo-ováricos bilaterales con salida de espontánea de material purulento. Tras lavado de cavidad abdominal y doble anexectomía la paciente evolucionó favorablemente.

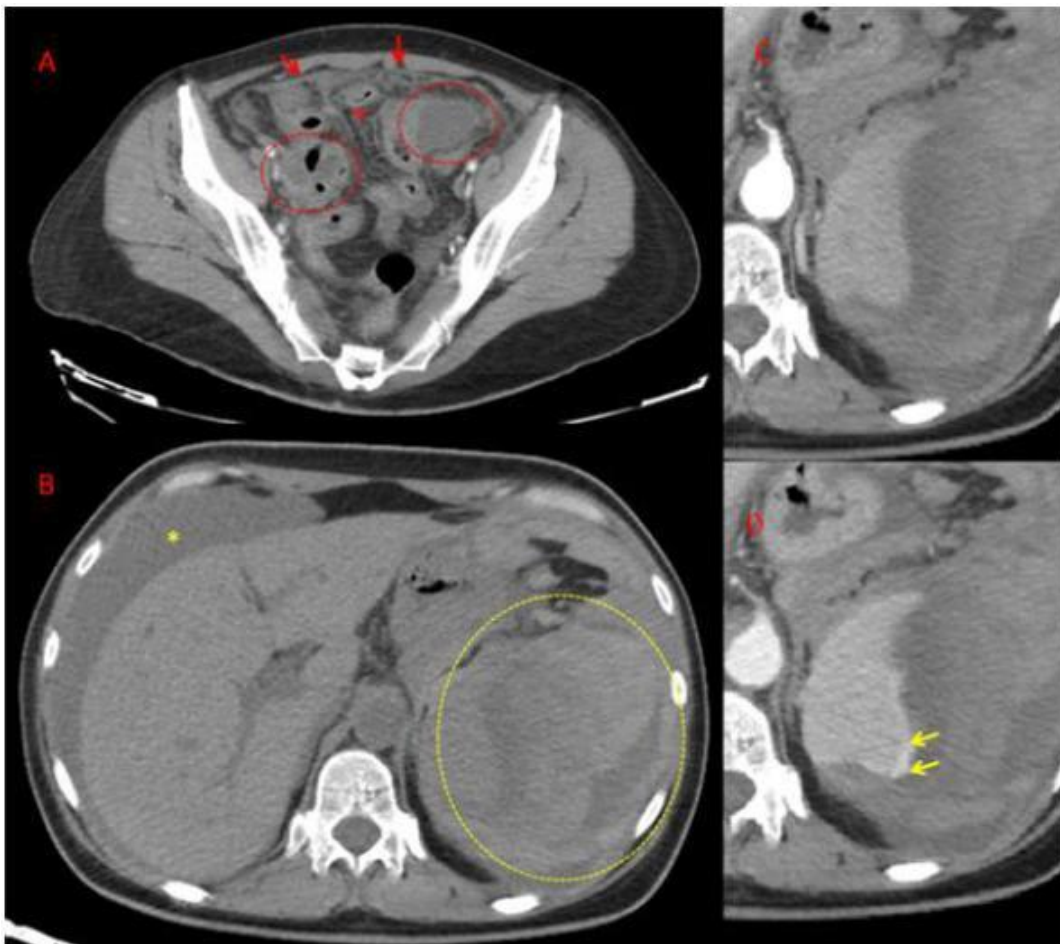
La REE es una entidad muy poco frecuente en comparación con las roturas de causa traumática. Por ello, no suele ser sospechado por parte de los clínicos. Habitualmente es diagnosticado tras la realización de pruebas de imagen en los servicios de urgencias en pacientes con dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica sin causa clara.

Se han descrito múltiples enfermedades asociadas a la REE, siendo las más frecuentes las causas infecciosas y las causas neoplásicas, tanto sólidas como hematológicas. Otras causas menos frecuentes son las coagulopatías, enfermedades inflamatorias o las lesiones esplénicas benignas. En más del 90% de los casos de REE, las pruebas de imagen mostrarán esplenomegalia o lesiones focales esplénicas.

En nuestra paciente el tamaño del bazo es normal y aunque no disponemos de resultados de anatomía patológica al realizarse tratamiento intervencionista, durante la laparotomía realizada días más tarde, los cirujanos encontraron importantes adherencias incluido el hipocondrio izquierdo. Por ello, pensamos que la causa de la REE se deba a un proceso inflamatorio de la cápsula esplénica provocado por la diseminación peritoneal de la EPI.

### CONCLUSIÓN

La REE es una entidad grave poco frecuente en el que la realización de pruebas de imagen en la urgencia es crucial para su diagnóstico y tratamiento precoz.



*Imagen A: Abscesos tubo-ováricos bilaterales (círculo rojo), engrosamiento lineal del peritoneo (flechas rojas) y estriación de la grasa mesentérica (asterisco rojo). Imagen B: Hemoperitoneo (asterisco amarillo) y hematoma subcapsular esplénico (círculo amarillo). Imagen C (fase arterial) y D (fase portal): Extravasación de contraste visualizado en fase venosa (flechas amarillas).*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Tonolini, M., Ierardi, A. M., & Carrafiello, G. Atraumatic splenic rupture, an underrated cause of acute abdomen. *Insights into imaging*. 2016, 7(4), 641-646. DOI: 10.1007/s13244-016-0500-y
2. Amonkar, S. J., & Kumar, E. N. Spontaneous rupture of the spleen: three case reports and causative processes for the radiologist to consider. *The British journal of radiology*. 2009, 82(978), e111-e113. DOI: 10.1259/bjr/81440206
3. Schattner, A., Meital, A., & Mavor, E. Red-flag syncope: spontaneous splenic rupture. *The American journal of medicine*. 2014, 127(6), 501-502. DOI: 10.1016/j.amjmed.2014.02.024