

<b>Caso</b>	(454) Rotura esplénica asociada a pancreatitis aguda
<b>Autores</b>	Maria Del Prado Reyero Lafuente, Lucía Gómez Pimpollo García, Enrique Adolfo Van Den Brule Rodríguez De Medina, Ana Piazza Dobarganes, Paulino García Benedito, Miguel Ángel Pastrana Ledesma
<b>Centro</b>	H.u. Puerta De Hierro Majadahonda

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 42 años que acude a urgencias por dolor abdominal brusco, irradiado a espalda, náuseas y vómitos alimentarios.

En la analítica únicamente se objetiva leucocitosis (amilasa negativa).

Antecedentes personales:

Bebe 2-3L de cerveza diarios.

HTA e hiperuricemia en tratamiento.

Ingreso reciente por Encefalopatía de Wernicke.

Comenta que estos días ha bebido más de lo habitual.

Se realiza TC abdominopélvico urgente por duda diagnóstica, donde se visualizan signos de pancreatitis aguda con posible necrosis de la cola glandular y trombosis parcial de la vena esplénica con bazo normal.

El paciente evoluciona desfavorablemente y al tercer día pasa a UCI. Una TC de control muestra aumento de la necrosis glandular y progresión de la trombosis a toda la vena esplénica. El bazo es homogéneo pero ha crecido hasta 17cm y ha aparecido una colección líquida aguda en el saco menor (10x6x14cm).

Dos días más tarde presenta hipotensión brusca que precisa soporte vasoactivo. Se solicita una TC urgente que muestra desestructuración del bazo, hematoma periesplénico y abundante hemoperitoneo. Se decide cirugía urgente donde se evacua gran hemoperitoneo y se realiza esplenectomía por rotura y drenaje de la celda pancreática.

## DISCUSIÓN

Existen numerosas etiologías de rotura esplénica espontánea, correspondiendo aproximadamente un 10% a patologías inflamatorias locales. En la pancreatitis aguda, la etiopatogenia de la rotura puede estar relacionada con trombosis de la vena esplénica, adherencias periesplénicas, inflamación aguda de tejido pancreático ectópico intraesplénico o simplemente por agresión directa de la liberación enzimática que ocurre.

La trombosis esplénica en la pancreatitis aguda sí es relativamente frecuente. Puede desarrollarse como consecuencia del proceso inflamatorio, por compresión o por lesión de la íntima de la vena esplénica, siendo ésta la causa más frecuente en los procesos agudos. En cualquiera de estos procesos, el estasis sanguíneo es lo que conduce a la trombosis, originando congestión venosa en el bazo. La esplenomegalia es frecuente en este contexto, pudiendo dar lugar a trombocitopenia, pancitopenia y dolor abdominal o en ocasiones la rotura espontánea del bazo.

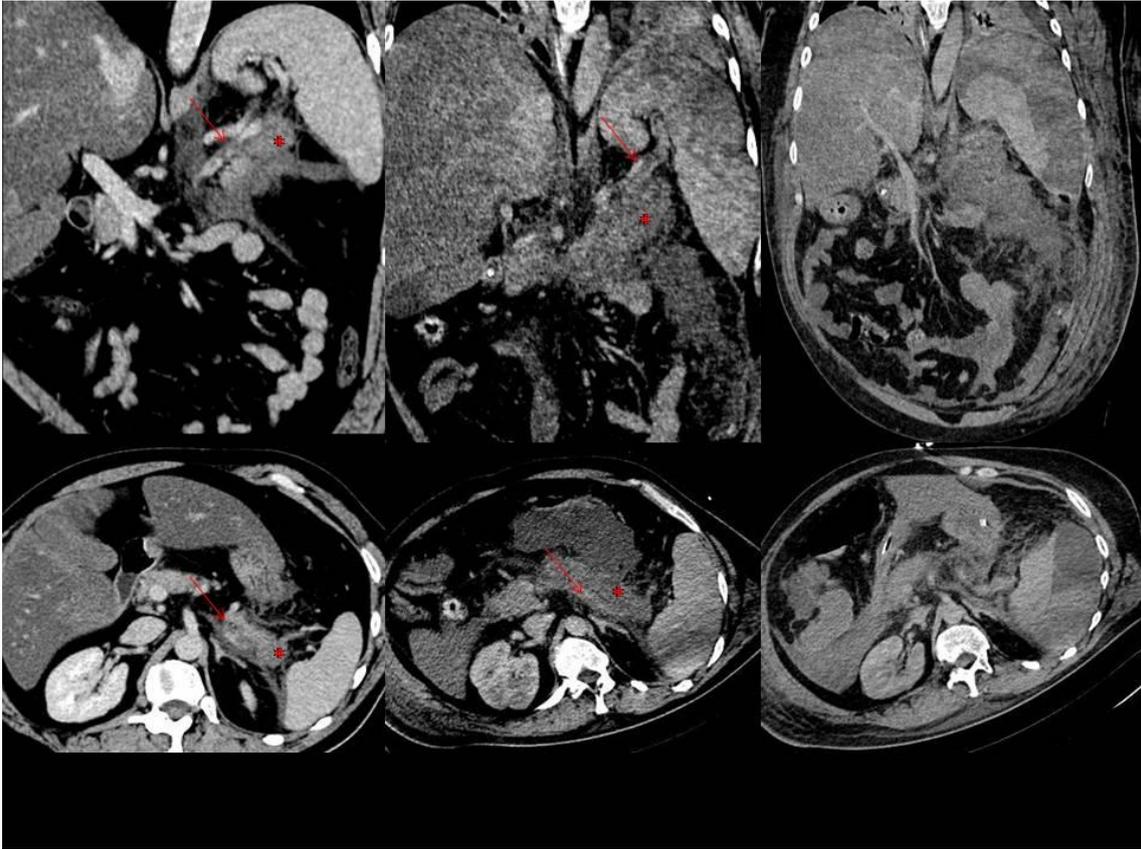
En cuanto al tratamiento, puede optarse por un tratamiento conservador si el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, mientras que en un paciente inestable se debe optar por tratamiento quirúrgico urgente, que en la mayor parte de los casos consistirá en esplenectomía. Por tanto el factor más relevante para la decisión será la estabilidad hemodinámica del paciente.

En nuestro caso, parece que la rápida progresión de la trombosis produjo a su vez el rápido crecimiento del bazo que finalmente causó su rotura espontánea. Los extensos cambios inflamatorios agudos de la cola glandular también pudieron en cierto modo propiciarla.

La inestabilidad hemodinámica del paciente fue la que determinó la cirugía urgente. Posteriormente el paciente evolucionó lenta pero favorablemente.

## **CONCLUSIÓN**

Dadas las relaciones anatómicas de los vasos esplénicos, el bazo y el páncreas, muchas veces se asocian las complicaciones vasculares o parenquimatosas esplénicas y la pancreatitis aguda. Es importante para el radiólogo poner atención a estas estructuras, ya que en ocasiones pueden poner en alerta sobre posibles complicaciones más graves, como en este caso parece que fue el crecimiento rápido del bazo.



*1. En el primer TC (imágenes de la izquierda) se visualiza ausencia de realce de la cola pancreática (marcada con asterisco rojo, probable necrosis) y trombosis parcial de la vena esplénica (flecha roja). El bazo es de tamaño normal y homogéneo. 2. La TC de control (imágenes centrales) muestra aumento de la necrosis glandular y progresión de la trombosis. El bazo es homogéneo pero ha crecido hasta 17cm y ha aparecido una colección líquida aguda en el saco menor (10x6x14cm). 3. El último TC realizado de urgencia (imágenes de la derecha) muestran el bazo desestructurado y rodeado de un hematoma y hemoperitoneo que sugieren rotura esplénica abierta a peritoneo.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

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