Caso (601) Rotura esplénica tras colonoscopia: una complicación

mortal.

Autores Isabel Ester Lizarán Parra, Irene Donoso Esteban, Gloria

Giraldo Alfaro, Jenifer Rubio Medina, María Isabel Tercero

Azorín, Enrique Marcos Naranjo.

Centro Complejo Hospitalario Universitario De Albacete.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 67 años, sin antecedentes de interés, acudió a urgencias por dolor abdominal y pérdida de 7 kg de meses de evolución por lo que se realizó una ecografía sin resultados significativos . En la TC toraco-abdomino-pélvica programada se encuentra un engrosamiento de la pared de íleon terminal con adenopatías regionales ingresando con sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal. La colonoscopia mostró úlceras en íleon terminal, además de extirpar varios pólipos colónicos con anatomía patológica normal. Estos hallazgos junto con una calprotectina de 2295 apoyaron la sospecha diagnóstica. A las 36 horas del procedimiento, sufrió una parada cardiorrespiratoria con recuperación tras RCP avanzada pero con grave inestabilidad hemodinámica y signos de peritonismo en la exploración física. Analíticamente destacó una hemoglobina de 4,9 g / dl (previa de 13 g / dl). Dada la alta sospecha de complicación aguda se solicitó un Angio-TC abdominal urgente donde se apreció un bazo muy heterogéneo con disminución de la captación y hemoperitoneo masivo sobre todo a nivel periesplénico, sin observar fugas activas de contraste. Se realizó laparotomía urgente con esplenectomía total tras la cual mantuvo shock hipovolémico refractario con parada cardiorrespiratoria y finalmente exitus. En el examen posterior histopatológico del bazo no se apreciaron alteraciones patológicas subyacentes.

DISCUSIÓN

La colonoscopia es un procedimiento de rutina en la patología colorrectal. Tiene una baja morbimortalidad, siendo las complicaciones más frecuentes la hemorragia y la perforación intestinal. La rotura esplénica tras colonoscopia es una complicación con una incidencia de 1 caso por cada 100000 y fue en 1974 cuando Wherry y Zehner describieron el primer caso en la literatura.

La lesión esplénica puede ocurrir por el traumatismo directo sobre el bazo al pasar con el endoscopio por el ángulo esplénico o por una excesiva tracción del ligamento esplenocólico, provocando ambas rotura capsular o desgarro esplénico. La existencia de adherencias secundarias a procesos inflamatorios, como enfermedad inflamatoria intestinal o pancreatitis, traumáticos o quirúrgicos previos predispone a la excesiva tracción de dicho ligamento. El cuadro se presenta con dolor abdominal que puede irradiarse al hombro izquierdo (signo de Kehr) en las primeras 24 horas tras colonoscopia . También puede aparecer irritación peritoneal e incluso shock hipovolémico.

La TC es la prueba de elección ya que permite un diagnóstico rápido y la clasificación de lesión esplénica estableciendo su extensión y gravedad lo cual es

determinante a la hora de decidir el tratamiento. La ecografía tiene una sensibilidad limitada aunque puede ser útil en situación de urgencia a pie de cama. Las opciones terapéuticas incluyen manejo conservador, cirugía y embolización de la arteria esplénica, según el tipo de lesión y situación hemodinámica del paciente . El tratamiento conservador, tanto definitivo o como puente, consiste en reposo, monitorización de constantes, administración de fluidos intravenosos y control mediante pruebas de imagen y es una opción en pacientes hemodinámicamente estables, con hematoma subcapsular cerrado y sin hemoperitoneo. La esplenectomía es de elección en pacientes inestables . El tratamiento intervencionista mediante embolización arterial transcatéter de la arteria esplénica es una opción viable si las condiciones del paciente lo permiten.

CONCLUSIÓN

La rotura esplénica tras una colonoscopia es una complicación muy infrecuente pero que debemos conocer y que puede llegar a comprometer la vida del paciente. Requiere un alto índice de sospecha en pacientes con dolor abdominal tras este procedimiento, sobre todo, en las primeras 24 horas. La prueba diagnóstica de elección es la TC por su rapidez y alta especificidad y sensibilidad. En cuanto al tratamiento, es la inestabilidad hemodinámica la que marca la necesidad de esplenectomía en la mayoría de los casos.

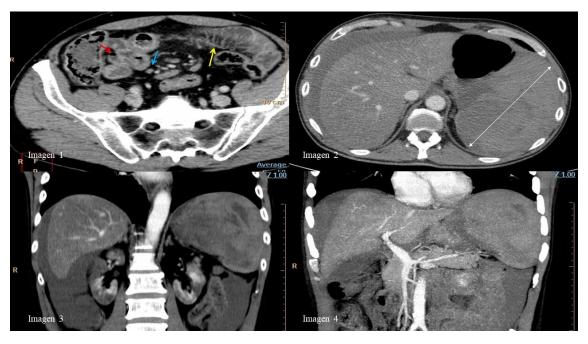


Figura 1. Imagen 1: Asas de íleon terminal con una pared engrosada (flecha roja) y adenopatías en grasa mesentérica (flecha azul). "Signo del peine" (flecha amarilla): hipervascularización mesentérica (vasos dilatados y tortuosos) de asa intestinal inflamada. Imagen 2 y 3: Bazo completamente desestructurado con importante hemoperitoneo. Imagen 4: Principales troncos aórticos viscerales y vasos venosos abdominales con calibre filiforme, con disminución de la captación de vísceras abdominales en relación con shock hipovolémico.

BIBLIOGRAFÍA

Riaguas Almenara A, Ibáñez Muñoz D, Beltrán Marín M. Rotura esplénica tras la realización de colonoscopia: una complicación poco frecuente que puede ser letal. Revista argentina de radiología. 2016; 80: 55-57. https://doi.org/10.1016/j.rard.2015.09.008

Pavlidis E, Gkizas I, Mavromati O, Milonakis N, Syrianos K. Lesión esplénica después de una colonoscopia electiva: una complicación poco común. Revista de informes de casos quirúrgicos. 2016; 2: 1-3. https://doi.org/10.1093/jscr/rjw214

Guerrero Salcedo N, Martínez Chamorro E, Terán Pareja V, Navarro Cutillas V, Finol Vaccariello G, Borruel Nacenta S. Complicaciones de la colonoscopia. Seram . 2018. https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/1896

Rodríguez Prida J, Izquierdo Romero M, Álvarez Oltra G, López Caleya JF, Ramírez Baum CE. Rotura esplénica tras colonoscopia, una complicación poco conocida. Revista de Gastroenterología de México. 2021; 86: 322-323. https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.09.010