

Caso	(683) Rotura esplénica espontánea: una extraña complicación de la pancreatitis.
Autores	Antonio Michael-fernández, Luis González Campo, Fernando González-tello, Alba Salgado-parente, Abel González-huete, Noelia Arévalo Galeano.
Centro	Hospital Universitario Ramón Y Cajal

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 38 años con antecedentes de poliquistosis hepatorrenal con trasplante renal en FID, y de pancreatitis crónica alcohólica con última reagudización en octubre de 2020 que requirió ingreso en UCI. Acude a urgencias por fiebre de 37.9 °C de cinco días de evolución y dolor en epigastrio y flanco izquierdo. A la exploración se encuentra taquicárdico (150 lpm) con tensiones mantenidas, aunque se evidencia anemia (10,4 Hb). En el resto de la analítica destaca INR de 6.2, leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda (Proteína-C reactiva de 263 mg/L (0-5)). Las enzimas pancreáticas se encuentran en rango normal. Ante la sospecha de sangrado abdominal se realiza un angioTC urgente de abdomen y pelvis en el que se observan signos sugestivos de nueva reagudización de la pancreatitis crónica, con aumento del tamaño de la glándula pancreática, cambios inflamatorios locorregionales, y colecciones peripancreáticas. Además se aprecia un gran hematoma en hipocondrio izquierdo que desplaza y comprime al bazo, el cual muestra pequeñas laceraciones superficiales, y un pequeño pseudoaneurisma dependiente de la arteria esplénica en el hilio esplénico en relación con una de las colecciones peripancreáticas, aunque sin evidencia de sangrado activo.

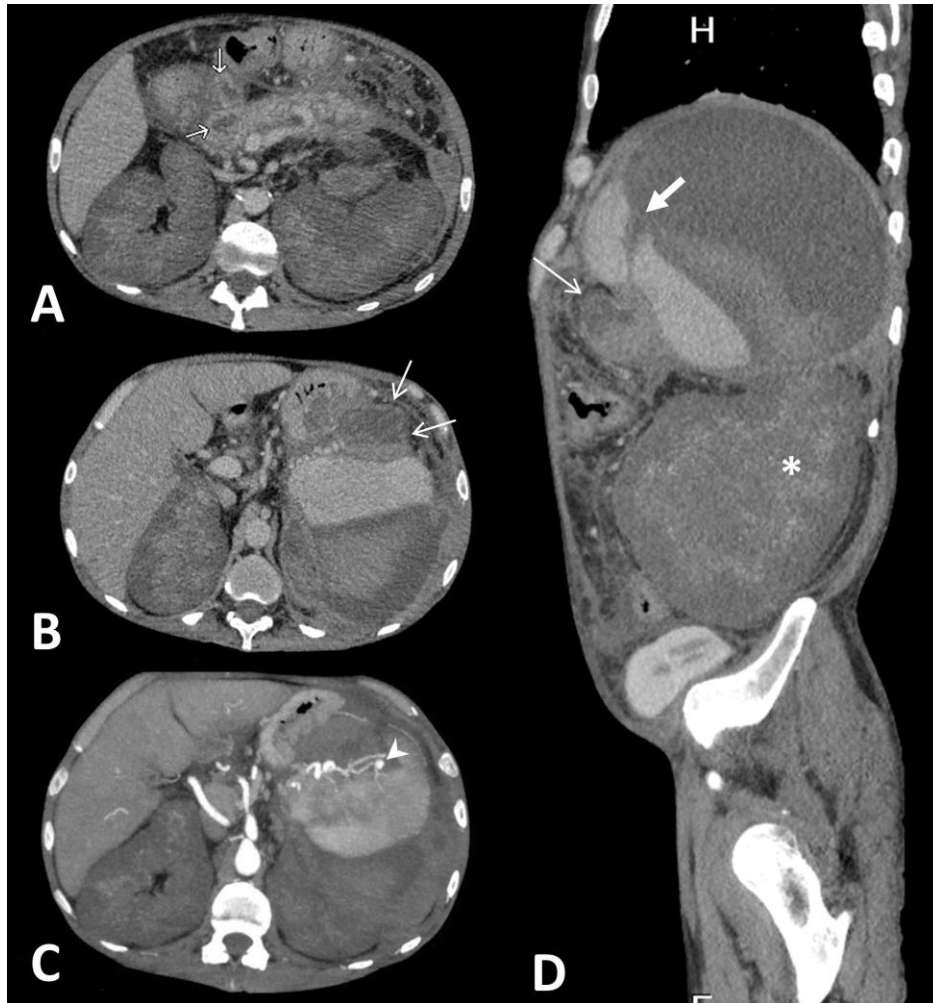
DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda es una patología de elevada morbimortalidad que puede producir complicaciones potencialmente graves, y entre ellas complicaciones esplénicas debido a la proximidad entre ambos órganos, como por ejemplo hemorragias, abscesos, pseudoquistes intraesplénicos, infartos, roturas espontáneas y lesiones vasculares. La rotura esplénica espontánea como complicación de una pancreatitis aguda es una complicación rara, siendo más frecuente en varones con antecedente de pancreatitis crónica de etiología alcohólica. Entre los diferentes mecanismos etiogénicos que pueden intervenir en su desarrollo se incluyen la trombosis de la vena esplénica, que produce hipertensión y congestión del parénquima; los pseudoquistes peri- o intraesplénicos que pueden erosionar la cápsula y el parénquima; y la formación de adherencias tras pancreatitis recidivantes. En el caso que presentamos, la íntima relación de algunas de las colecciones peripancreáticas con el parénquima esplénico y con los vasos esplénicos son los factores desencadenantes más probables. La formación de pseudoaneurismas en los vasos esplénicos es otra grave complicación potencialmente mortal de la pancreatitis aguda. Se atribuye a la digestión enzimática de la pared vascular y puede producir sangrados masivos a cavidad peritoneal. Ante un paciente con cuadro de pancreatitis aguda o crónica reagudizada con dolor en hipocondrio izquierdo con signos de sangrado

intraabdominal (anemia, hipotensión, taquicardia...;) debe realizarse una TC urgente para descartar esta grave complicación. El tratamiento de la rotura esplénica puede ser conservador en caso de estabilidad hemodinámica con drenajes o embolización de la arteria esplénica; o quirúrgico cuando existe inestabilidad hemodinámica, mediante laparotomía y esplenectomía. En este caso se decidió embolizar el pseudoaneurisma de la arteria esplénica previamente a la cirugía por el riesgo de sangrado y posteriormente se realizó esplenectomía con drenaje del hematoma mediante laparotomía.

CONCLUSIÓN

Existen múltiples complicaciones relacionadas con la pancreatitis aguda, siendo la rotura esplénica espontánea una de ellas. Es un cuadro poco frecuente, pero con elevada morbimortalidad, que afecta más a hombres con antecedente de pancreatitis crónica de etiología alcohólica. Existen varios mecanismos que la pueden producir (pseudoquistes, trombosis de la vena esplénica, adherencias...;). La clínica es inespecífica y se requiere un alto índice de sospecha para llegar al diagnóstico. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico mediante esplenectomía según la situación hemodinámica del paciente.



Imágenes axiales (A, B y C) en las que se muestra un extenso hematoma en hipocondrio izquierdo que comprime y desplaza al bazo, cambios inflamatorios y colecciones peripancreáticas (flechas finas en A) y periesplénicas (flechas finas en B) en el contexto de una pancreatitis crónica reagudizada y pseudoaneurisma de la arteria esplénica (punta de flecha en C). Reconstrucción sagital (D) en la que se observa la extensión craneocaudal del hematoma y una laceración esplénica (flecha gruesa) en íntimo contacto con una de las colecciones periesplénicas (flecha fina en D). Riñón izquierdo poliquístico (asterisco).

BIBLIOGRAFÍA

- Ortega Carnicer J. Rotura esplénica espontánea como complicación de una pancreatitis aguda. *Medicina Intensiva*. 2006;30(9): 474-475.
- Deepanshu Jain, Byeori Lee, Michael Rajala. Atraumatic Splenic Hemorrhage as a Rare Complication of Pancreatitis: Case Report and Literature Review. *Clin Endosc* 2020;53(3):311-320. DOI: <https://doi.org/10.5946/ce.2019.087>
- Bruno L Hernani, Pedro C Silva, Ricardo T Nishio. Acute pancreatitis complicated with splenic rupture: A case report. *World J Gastrointest Surg*. 2015;7(9):219-222.
- Álvaro Díaz de Liaño, Sherbourne Viana, Cristina Artieda. Síndrome de hemosuccus pancreaticus. *Cirugía Española*. 2009;85(6):384-385. DOI: 0.1016/j.ciresp.2008.07.012