

Rotura atraumática idiopática de bazo

Rocío Forneiro Pérez¹, Jesús García Rubio¹, Beatriz Alejandre Ovejero¹,
Hermann Oehling de los Reyes¹

¹Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

Recibido el 2022-07-02 y
aceptado para publicación el
2022-08-1.

Correspondencia a:
Dra. Rocío Forneiro Pérez
rocio.forneiro@gmail.com

Idiopathic atraumatic rupture of the spleen

Objective: A case of idiopathic atraumatic splenic rupture is presented. **Clinical case:** A young woman was admitted to hospital with relative rest due to an intra-abdominal collection near the colostomy and presented with a ruptured spleen. An urgent splenectomy was performed, revealing large haemoperitoneum and splenic rupture. **Discussion and conclusions:** the diagnosis of atraumatic splenic rupture should be taken into account in patients with sudden onset abdominal pain, as a delay in diagnosis may lead to an increased mortality rate.

Keywords: abdominal surgery; spleen; splenectomy; atraumatic break.

Resumen

Objetivo: Se presenta un caso de rotura esplénica atraumática. **Caso Clínico:** Mujer joven que estando ingresada y con reposo relativo por colección intraabdominal cercana a la colostomía presenta rotura de bazo. Se realiza esplenectomía urgente evidenciando gran hemoperitoneo y rotura esplénica. **Discusión y conclusiones:** El diagnóstico de rotura esplénica atraumática debe tenerse en cuenta en los pacientes con dolor abdominal de aparición súbita ya que un retraso en el diagnóstico puede conducir a un aumento de la tasa de mortalidad.

Palabras clave: cirugía abdominal; bazo; esplenectomía; rotura atraumática.

Introducción

La causa más frecuente de rotura esplénica es el traumatismo cerrado¹. La rotura esplénica atraumática es muy rara y difícil de diagnosticar. A continuación se presenta un caso de rotura esplénica atraumática.

Mujer de 44 años con antecedente de carcinoma renal derecho de células claras intervenido 10 meses antes y metástasis en cabeza del fémur derecho y bipulmonares. Sigmoidectomía y colostomía urgente tres semanas antes por perforación de sigma por escíbalos y peritonitis fecaloídea generalizada. Al alta se pautaron 3.500 UI de Bemiparina, una inyección diaria que la paciente se administró. Acudió a las 24 horas del alta a Urgencias por dolor abdominal y febrícula. Se solicitó tomografía computarizada (TC) que informó colección de 6 x 9 centímetros (Figura 1, A) e ingresó para drenaje por radiología Intervencionista y antibioterapia. A las 15 horas de su ingreso, sin haber realizado la punción aún, comenzó súbitamente con dolor intenso en hipocostondrio izquierdo irradiado al hombro ipsilateral.

Ante la estabilidad hemodinámica se solicitó analítica urgente evidenciando descenso de las cifras de hemoglobina (9,8-6,9 gr/dL). Se solicitó TC que informó de importante hemoperitoneo y hematoma esplénico subcapsular con sangrado activo (Figuras 1, B).

Se efectuó una laparotomía media utilizando la misma incisión de la cirugía previa. Se evidenció un hemoperitoneo de 3 litros y se llevó a cabo la esplenectomía urgente con un total de tiempo operatorio desde la incisión hasta la colocación de los agrafes cutáneos de 125 minutos. Al término de la cirugía, la paciente precisaba dosis bajas de noradrenalina (0,05 ug/kg/min). La anatomía patológica informó ausencia de hallazgos patológicos en el bazo. Se descartó la infección por mononucleosis, citomegalovirus y VIH.

Durante el postoperatorio, la paciente presentó un derrame pleural tratado de manera conservadora. Además, un derrame pericárdico severo sin repercusión hemodinámica que precisó ecocardiografías seriadas estando la paciente hospitalizada para ver evolución, la cual fue favorable.

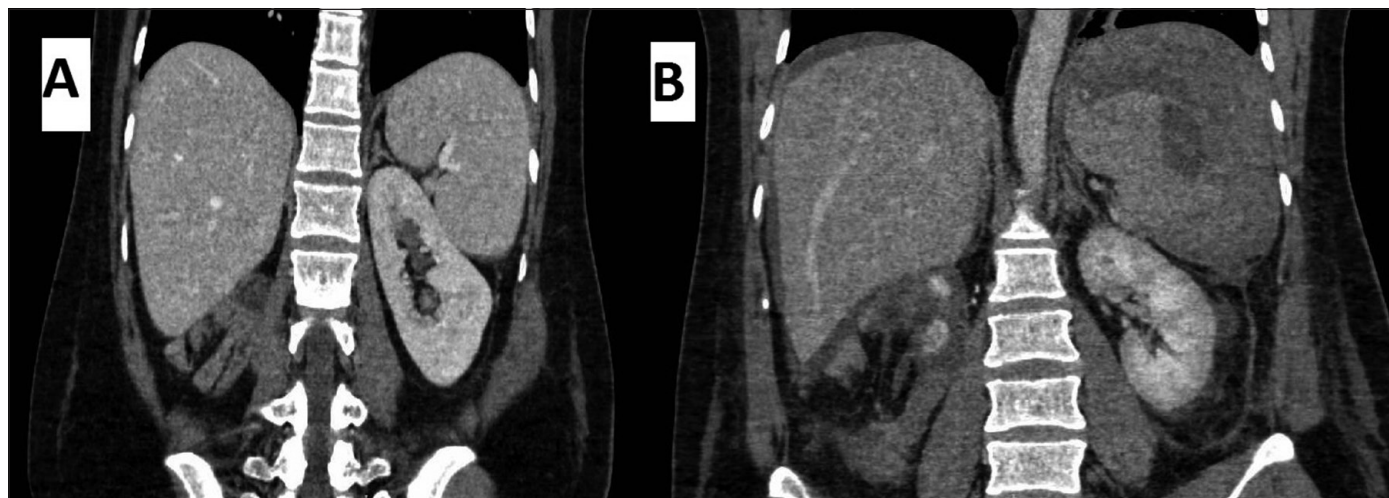


Figura 1. Cortes coronales de una tomografía de abdomen con contraste ev. **A)** Al momento de acudir a la urgencia. **B)** Posterior al dolor abdominal súbito.

Discusión y conclusiones

Es difícil determinar la causa de la rotura esplénica atraumática. En la literatura existen casos de rotura atraumática en pacientes con infección de aneurisma de aorta¹, consumo de cocaína², anticoagulantes³, infección por covid-19⁴ y comorbilidades como obesidad⁵. También puede producirse por un acontecimiento físico menor, como estornudos, tos, vómitos, esfuerzos durante la defecación o esfuerzos musculares⁶.

La revisión realizada por Renzulli et al⁶, clasificó la etiología de la rotura esplénica en seis grupos: neoplásica, infecciosa, inflamatoria, inducida por fármacos y tratamientos, mecánica e idiopática, siendo lo más común una enfermedad hematológica maligna, como la leucemia mieloide aguda (30,4%) seguida de una infección (27,3%). En nuestro caso, *a priori* se atribuyó la rotura esplénica a una posible infiltración tumoral e infección, la cual se descartó en la anatomía patológica. Tras descartar ambas, lo más probable sería la causa inflamatoria asociada al estado proinflamatorio neoplásico y la cirugía reciente.

Dependiendo de la gravedad de la rotura esplénica, los síntomas clínicos van de un dolor abdominal leve a uno muy intenso, a menudo asociado a signos clínicos que sugieren un shock hemorrágico. La ecografía abdominal es menos sensible que la TC abdominal con contraste (57,1% vs 85,7%) para diagnosticar la rotura esplénica atraumática³.

La elección del tratamiento viene determinada, al igual que en el caso de las lesiones esplénicas traumáticas, por la estabilidad hemodinámica, la

cantidad de hemoderivado utilizado, el grado de hemoperitoneo y la extensión de la lesión esplénica (clasificación de la AAST). Los pacientes con etiología maligna deben someterse a una esplenectomía urgente, aunque en algunas circunstancias puede utilizarse la embolización arterial transcáteter como medida estabilizadora temporal. En caso de etiología no maligna podrían ser tratados mediante una cirugía de preservación de órganos o un enfoque no quirúrgico, con o sin embolización arterial transcáteter. Sin embargo, no hay que olvidar la tasa de fracaso relativamente alta. Por último, en los casos idiopáticos el tratamiento estándar debería ser la esplenectomía total⁶.

Como en nuestro caso, el diagnóstico de rotura esplénica atraumática debe tenerse en cuenta en los pacientes con dolor abdominal de aparición súbita, ya que un retraso en el diagnóstico puede conducir a un aumento de la tasa de mortalidad¹.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

CASOS CLÍNICOS

Bibliografía

1. Kiriya S, Imai H, Matsuhashi N, Murase K, Yoshida K, Suzui N. Atraumatic splenic rupture and infection-related glomerulonephritis in a patient with infected aortic aneurysm: A case report. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2022 Jun 14];88:106556. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34741862>
2. Lee Ramos J, Farr M, Shin SH, Ahmed N. Atraumatic splenic rupture in young adult following cocaine use. *Int J Surg Case Rep*. 2019;65:168-70.
3. Natarajan P, Thangarasu S, Ruck L, Estrada P, Gajendran M, Renganathan G, et al. Atraumatic Splenic Rupture in a Patient on Apixaban and Dual Antiplatelet Therapy. *J Investig Med High Impact Case Reports* 2021;9.
4. Shaukat I, Khan R, Diwakar L, Kemp T, Bodasing N. Atraumatic splenic rupture due to covid-19 infection. *Clin Infect Pract* [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 14];10:100042. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32999997>
5. Lopez-Tomassetti Fernandez EM, Plasencia LD, Arteaga González IJ, Carrillo Pallares Á, Siverio NH. Rotura no traumática del bazo: Experiencia con 10 casos. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2007 [cited 2022 Jun 14];30:585-91. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-rotura-no-traumatica-del-bazo-13112586>
6. Renzulli P, Hostettler A, Schoepfer AM, Gloor B, Candinas D. Systematic review of atraumatic splenic rupture [Internet]. Vol. 96, *British Journal of Surgery*. Oxford Academic; 2009 [cited 2022 Jun 16]. p. 1114-21. Available from: <https://academic.oup.com/bjs/article/96/10/1114/6141997>.