

Rotura esplénica atraumática: revisión.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Mara Begoña Guantes Del Vigo, Leire Hernaiz Argudo, Nerea Insausti Jaca, Eneritz Larrazabal Echevarria, Martin Aperribay Ulacia, Laura Casadiego Matarranz

Objetivos Docentes

Revisar las diferentes causas de lesiones esplénicas no traumáticas, así como sus hallazgos radiológicos.

Revisión del tema

Descripción, epidemiología y factores de riesgo

Aunque la causa más frecuente de rotura esplénica es el traumatismo, siendo el bazo uno de los órganos más afectados en el traumatismo abdominal cerrado, también es posible que ocurra la rotura esplénica en ausencia de traumatismo, de manera espontánea.

La rotura atraumática del bazo tiene una muy baja incidencia, entre el 0,1%-0,5%, y se distinguen dos tipos de lesiones, las verdaderamente espontáneas, que ocurren sobre un órgano normal, y las patológicas, más frecuentes, que ocurren sobre un bazo alterado o en presencia de adherencias/cicatrices periesplénicas.

Aunque el mecanismo exacto de rotura es desconocido, cualquier causa que aumente el tamaño del bazo o la tensión en el territorio vascular esplénico puede favorecer la lesión. Así mismo, cualquier proceso inflamatorio del bazo puede conducir a periesplenitis y la consiguiente fijación del bazo.

Se describen tres posibles mecanismos de lesión:

1. Elevación de la tensión intraesplénica, favorecida por la hiperplasia y congestión vascular.
2. Compresión brusca ocasionada por la musculatura abdominal o diafragmática, p.ej. en la maniobra de Valsalva o en casos de emesis violenta.
3. Oclusión vascular. La hiperplasia reticuloendotelial favorece la formación de trombosis, el desarrollo de infarto y en último caso, la rotura.

Para clasificar una rotura esplénica como verdaderamente espontánea, es decir sobre un bazo normal, han de cumplirse ciertos requisitos: ausencia de traumatismo o de esfuerzo inusual, ausencia de lesión en otros órganos asociables a patología esplénica, ausencia de cicatrices o adherencias periesplénicas, ausencia de infección viral reciente y tratarse de un bazo macro y microscópicamente normal.

Dentro de las roturas patológicas, se incluyen todas aquellas causas que conllevan a un estado alterado

del bazo, fundamentalmente ocasionando aumento de tamaño del mismo, y que finalmente favorecen la rotura:

- Causas infecciosas: VEB, CMV, hepatitis, paludismo, endocarditis, enfermedad de Whipple, tuberculosis, brucelosis, sífilis, fiebre tiroidea y fiebre Q, entre otras.
- Alteraciones hematológicas: Policitemia vera, anemia de células falciformes, anemias hemolíticas, hematopoyesis extramedular, enfermedad de Waldestron, hemofilia, coagulopatías..
- Enfermedades metabólicas o inmunológicas: Amiloidosis, sarcoidosis, enfermedad de Gaucher, histiocitosis.
- Neoplasias o enfermedades linfó o mieloproliferativas: linfoma, leucemia, angiosarcoma, hepatocarcinoma, metástasis, hemangiopericitoma.
- Alteraciones congénitas del bazo: quistes, hemangiomas, hamartomas, peliosis.
- Otras: embarazo, pancreatitis, cirrosis/hipertensión portal, insuficiencia cardíaca, enfermedad de Crohn, colagenopatías o quimioterapia citoreductora. En los últimos años se han descrito además varios casos de lesión esplénica postcolonoscopia, entidad que repasaremos más adelante.

De todas estas causas, la lesión esplénica sucede con mucha más frecuencia por fenómenos infecciosos por infiltración capsular por linfocitos atípicos y monocitos que condicionan fragilidad capsular y la consiguiente rotura.

De ellas, la más frecuente es la mononucleosis infecciosa, no obstante, la lesión esplénica ocurre solo en el 0,5-1,5% de los pacientes. Suele acontecer entre la segunda y la cuarta semanas, cuando hay mayor esplenomegalia y mayor riesgo de rotura, aunque el bazo seguirá susceptible tras la recuperación infecciosa, por lo que se recomienda reposo relativo durante al menos 3-6 meses.

En países en desarrollo sin embargo es más frecuente la lesión esplénica ocasionada por malaria, ya que esta, ocasiona un rápido aumento del tamaño del bazo que aumenta la posibilidad de rotura.

Clínica

Habrá que sospechar lesión esplénica en pacientes que comiencen con dolor en hipocondrio izquierdo y epigastrio, irradiado a escápula y/o hombro izquierdo (signo de Kehr) que aumenta con la inspiración y se alivia reclinado, y que posteriormente se generaliza, con signos de irritación peritoneal y distensión abdominal. En casos severos aparecerá palidez, taquicardia, hipotensión arterial y oliguria hasta llegar al shock hipovolémico.

En casos de lesión subcapsular, con presentación crónica y por tanto mejor tolerada, el paciente podrá estar asintomático, con leve dolor o anemia, que posteriormente puede evolucionar a rotura capsular.

Diagnóstico

El diagnóstico se hará en base a datos clínicos y analíticos, apoyado por las pruebas de imagen.

La primera prueba a realizar en pacientes con sospecha clínica de lesión esplénica e inestabilidad hemodinámica será la ecografía, que es altamente sensible para la detección de líquido libre. No obstante, una vez estabilizado el paciente, la prueba de imagen de elección será la TC, que además del diagnóstico, nos dará datos del tipo de lesión y su magnitud.

En la TC podremos encontrarnos diversos tipos de lesiones: hematomas (fig 1 y fig 2), imágenes ovaladas hipo o hiperdensas; laceraciones (fig 3), imágenes lineales hipodensas; contusiones, de morfología lineal mal definida; hematomas subcapsulares (fig 4 y fig 5), de distribución periférica y respetando el contorno esplénico, hiperdensos en la TC basal e hipodensos en estudios con contraste; roturas, en las que visualizaremos varios fragmentos esplénicos independientes; hemoperitoneo (fig 6), líquido libre de alta densidad, e incluso disrupción del pedículo vascular con extravasación de contraste.

Tratamiento

El tratamiento de elección será la esplenectomía por laparotomía urgente, si bien en algunos casos, menos graves, como en los hematomas subcapsulares, se puede mantener un tratamiento conservador.

En los pacientes esplenectomizados se recomienda la vacuna antineumocócica polivalente y contra *Haemophilus influenzae* tipo b.

Rotura postcolonoscopia

La colonoscopia es una técnica segura con baja tasa de complicaciones, siendo la lesión esplénica una complicación inusual, pero de gran importancia.

Se han postulado tres posibles mecanismos de lesión:

1. Traumatismo directo sobre el bazo con el endoscopio al pasar por el ángulo esplénico.
2. Excesiva tracción del ligamento esplenocólico que condiciona rotura de la cápsula.
3. Excesiva tracción de adherencias previas entre colon y bazo, secundarias a proceso inflamatorio o quirúrgico previo.

Los síntomas ocurren normalmente en las primeras 24 horas tras el procedimiento, aunque ocasionalmente pueden ocurrir después, y se manifiesta como en el resto de roturas esplénicas, con dolor en hipocondrio izquierdo, peritonismo, anemia y shock.

Ante sospecha de complicación postcolonoscopia se realizará en primer lugar una radiografía abdominal con el fin de descartar neumoperitoneo, y en ausencia de aire libre, se realizará TC abdominal para descartar otras complicaciones, siendo de elección ante sospecha de rotura esplénica. Además nos valorará la extensión de la lesión, la presencia o no de hemoperitoneo y de sangrado activo (fig 7 y fig 8).

La ecografía podrá ser útil en pacientes en los que no se pueda realizar la TC.

El tratamiento dependerá de la estabilidad hemodinámica, del grado de lesión y de la presencia de sangrado activo, siendo en la mayoría de los casos el tratamiento de elección la esplenectomía. Se puede intentar tratamiento conservador en ciertos casos: lesiones pequeñas, sin inestabilidad y sin sangrado activo, e incluso la embolización de la arteria esplénica para controlar el sangrado activo.

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Ecografía. Imagen de pseudomasa intraesplénica, heterogénea, de predominio hiperecoico, que aumentó progresivamente de tamaño durante un periodo de 3 años. Resultó ser un hematoma esplénico espontáneo. En el estudio anatomopatológico del bazo no se objetivó lesión subyacente.

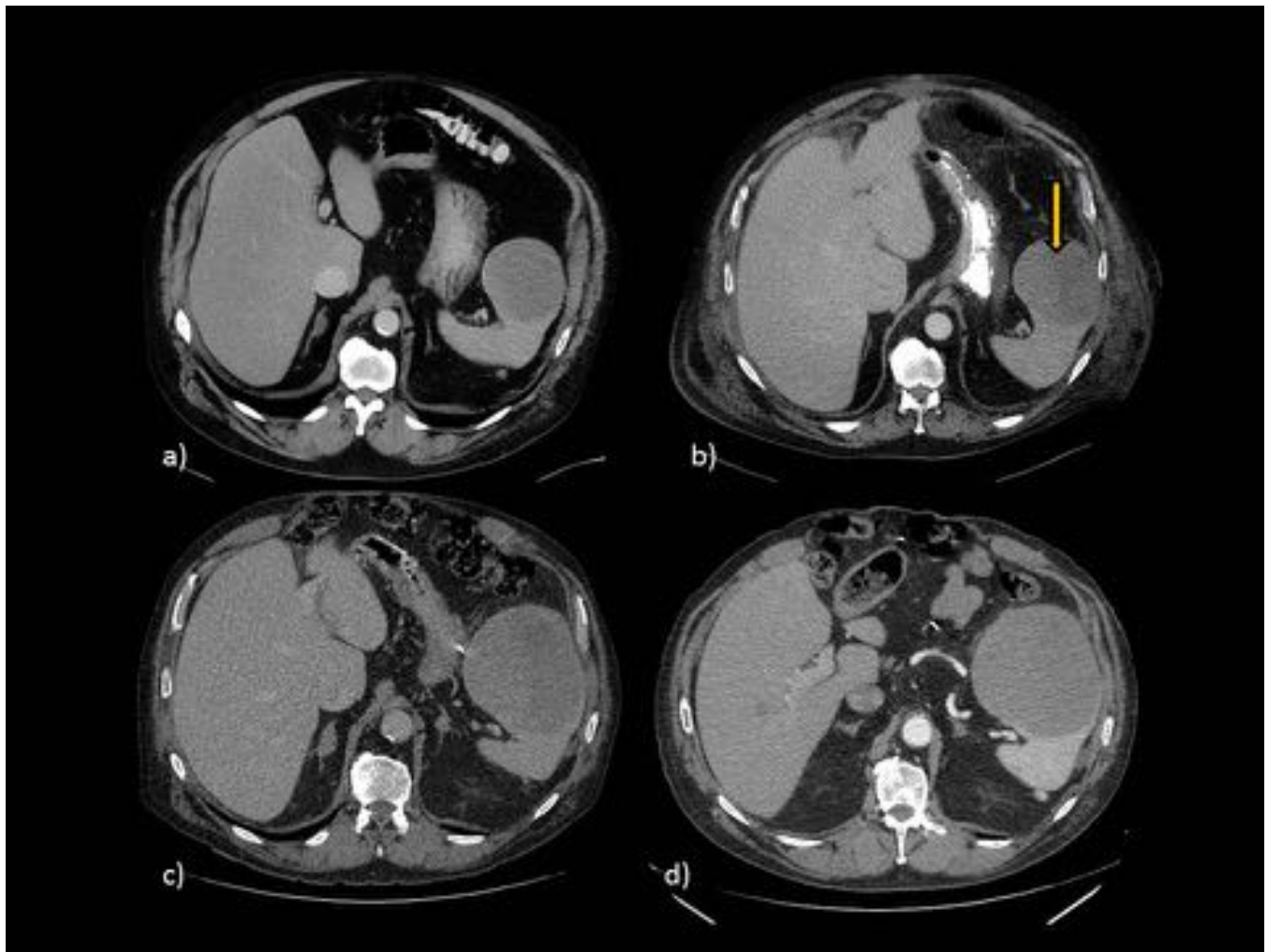


Fig. 2: TC con CIV (mismo paciente que en fig 1). Imágenes consecutivas obtenidas durante un periodo de tres años, en las que se demuestra el progresivo aumento de tamaño de una lesión seudonodular heterogénea, con áreas hipodensas y otras hiperdensas (flecha), sugestiva de hematoma intraesplénico, espontáneo (estudio anatomopatológico del bazo sin lesión subyacente).

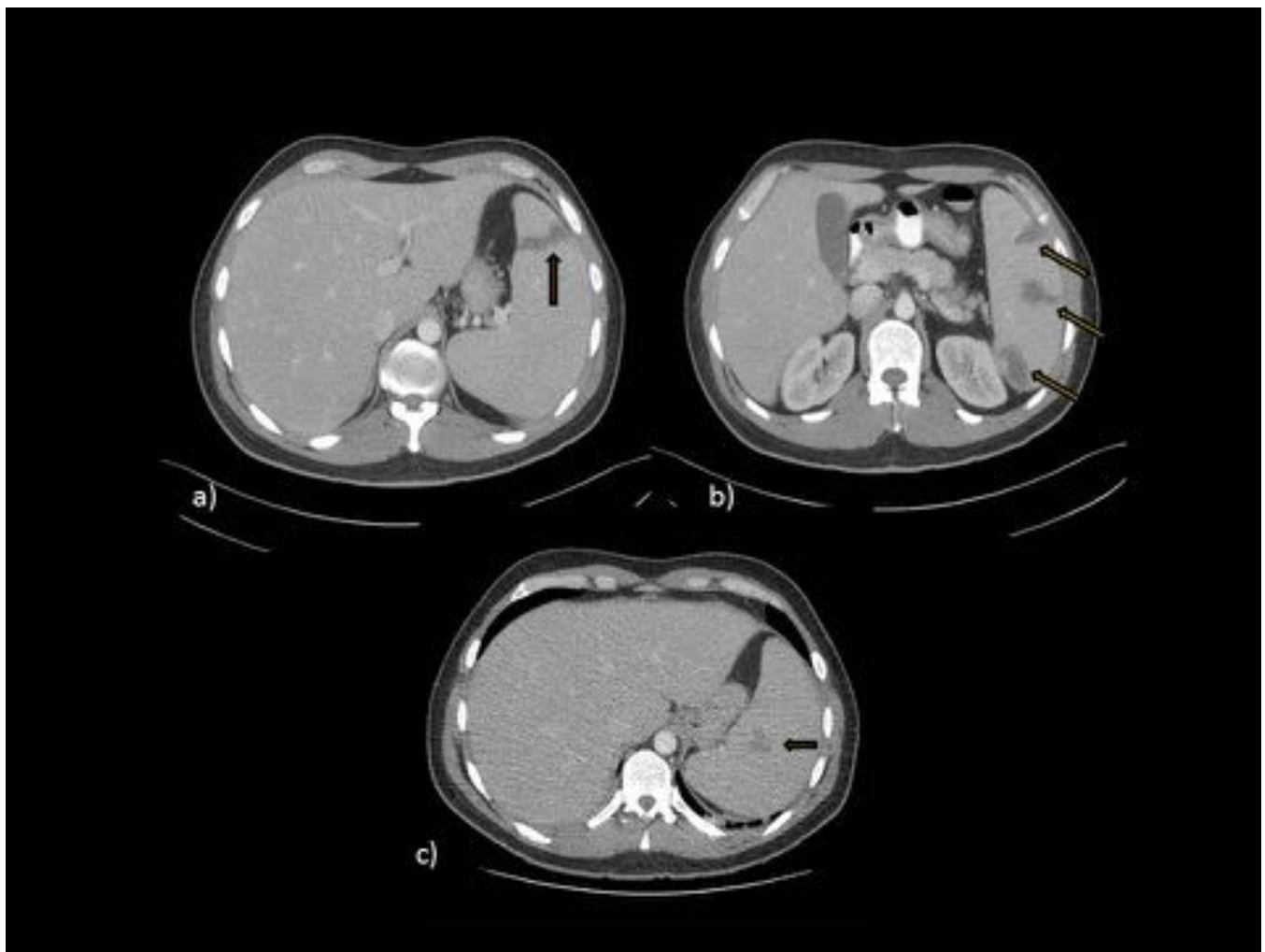


Fig. 3: TC con CIV. a y b) imágenes lineales irregulares e hipodensas en parénquima esplénico, en paciente con esplenomegalia e infección por citomegalovirus, sugestivas de laceraciones. c) Control a los dos meses, donde persiste alguna pequeña lesión hipodensa, con significativa disminución de tamaño.

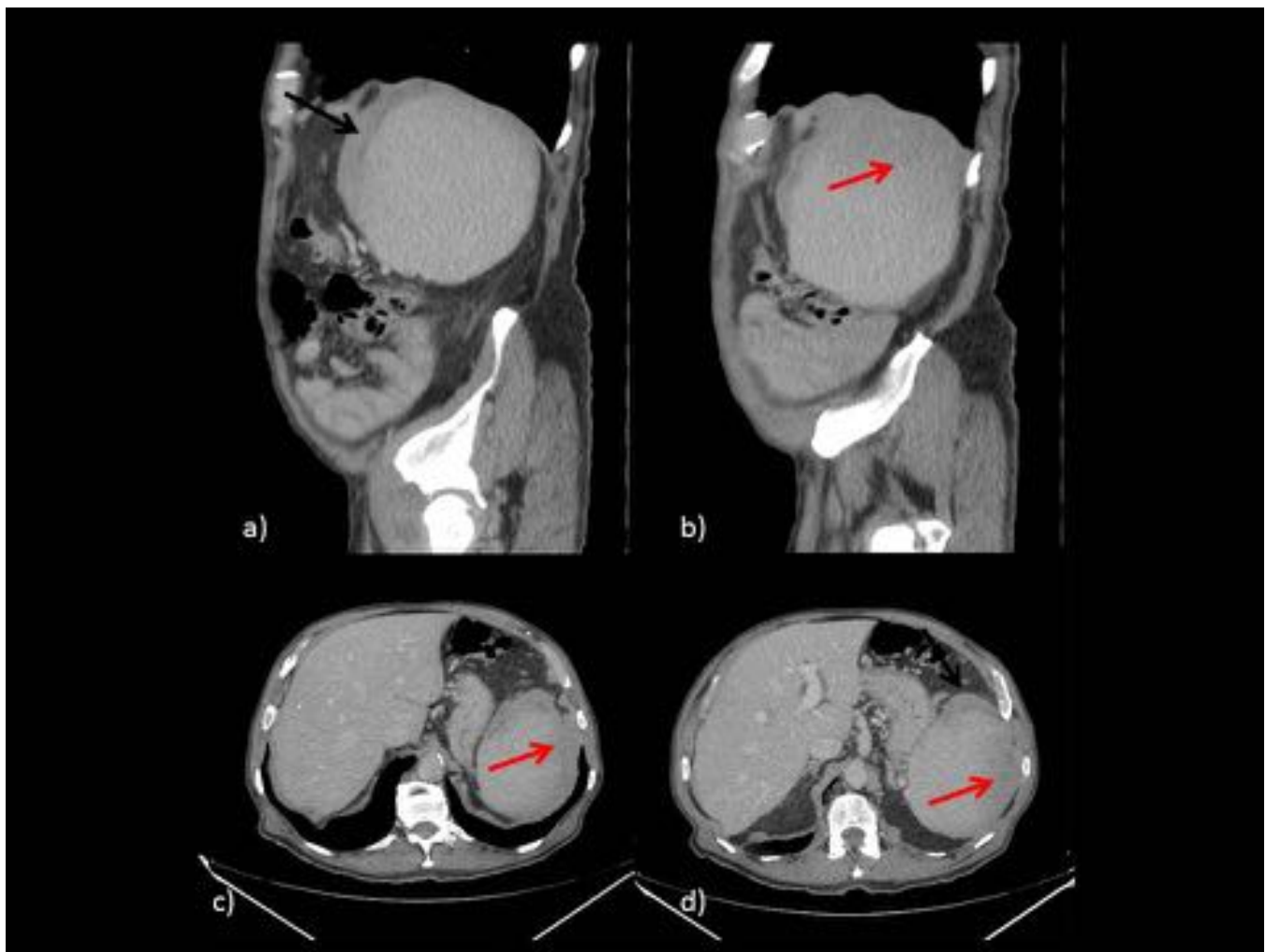


Fig. 4: TC con CIV. Imágenes sagitales (a y b) y axiales (c y d). Gran esplenomegalia en paciente con policitemia vera, en las que se observa mala definición del polo superior del bazo (flechas rojas), que se acompaña de una colección isodensa periesplénica (flechas negras), sugestiva de hematoma subcapsular.

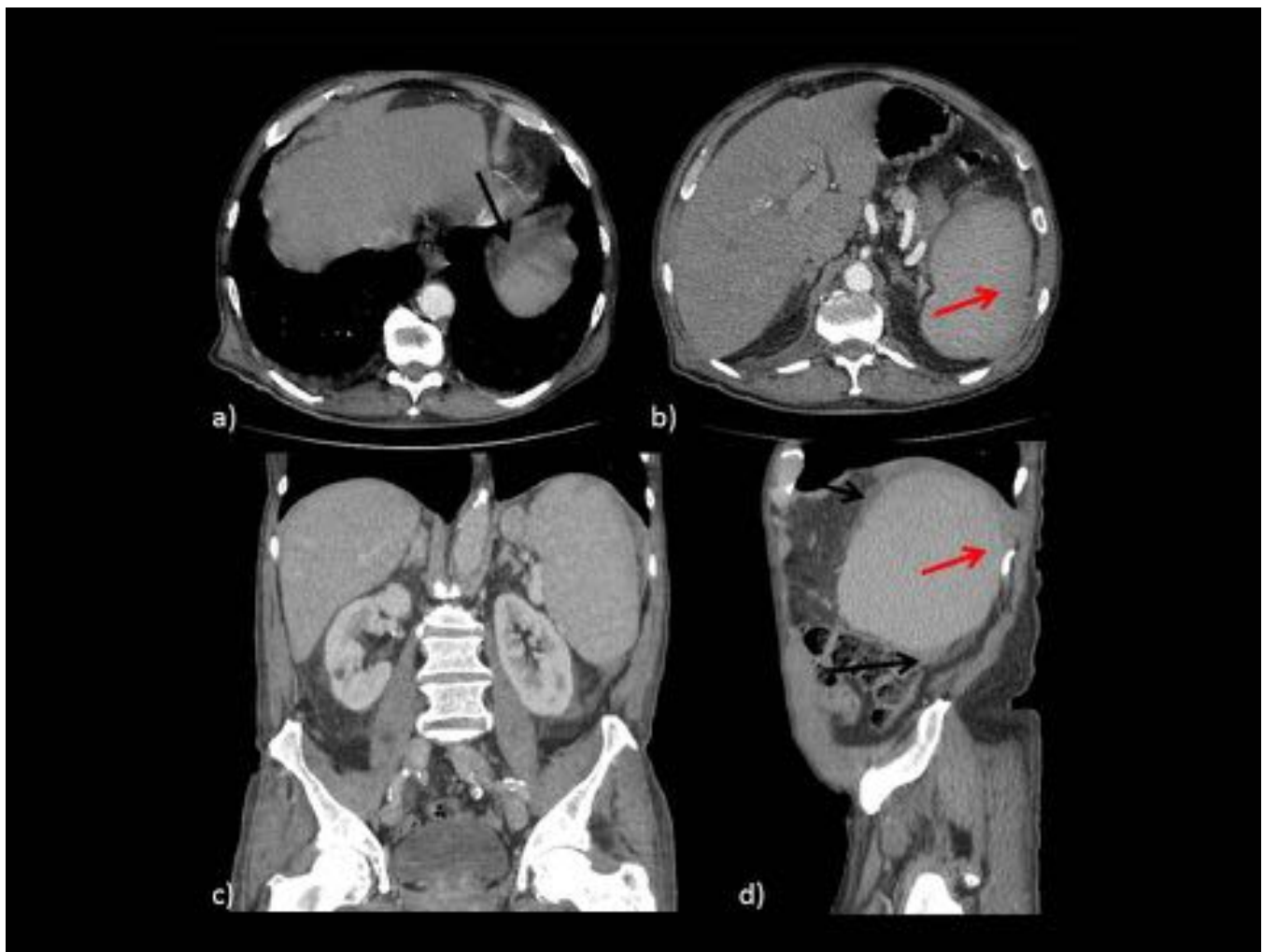


Fig. 5: TC con CIV. Imágenes axiales (a y b), coronal (c) y sagital (d). Mismo paciente que en fig. 4 (Policitemia Vera). Mala definición del contorno del polo superior del bazo (flechas rojas) y colección sodensa periesplénica (flechas negras), sugestiva de hematoma subcapsular.

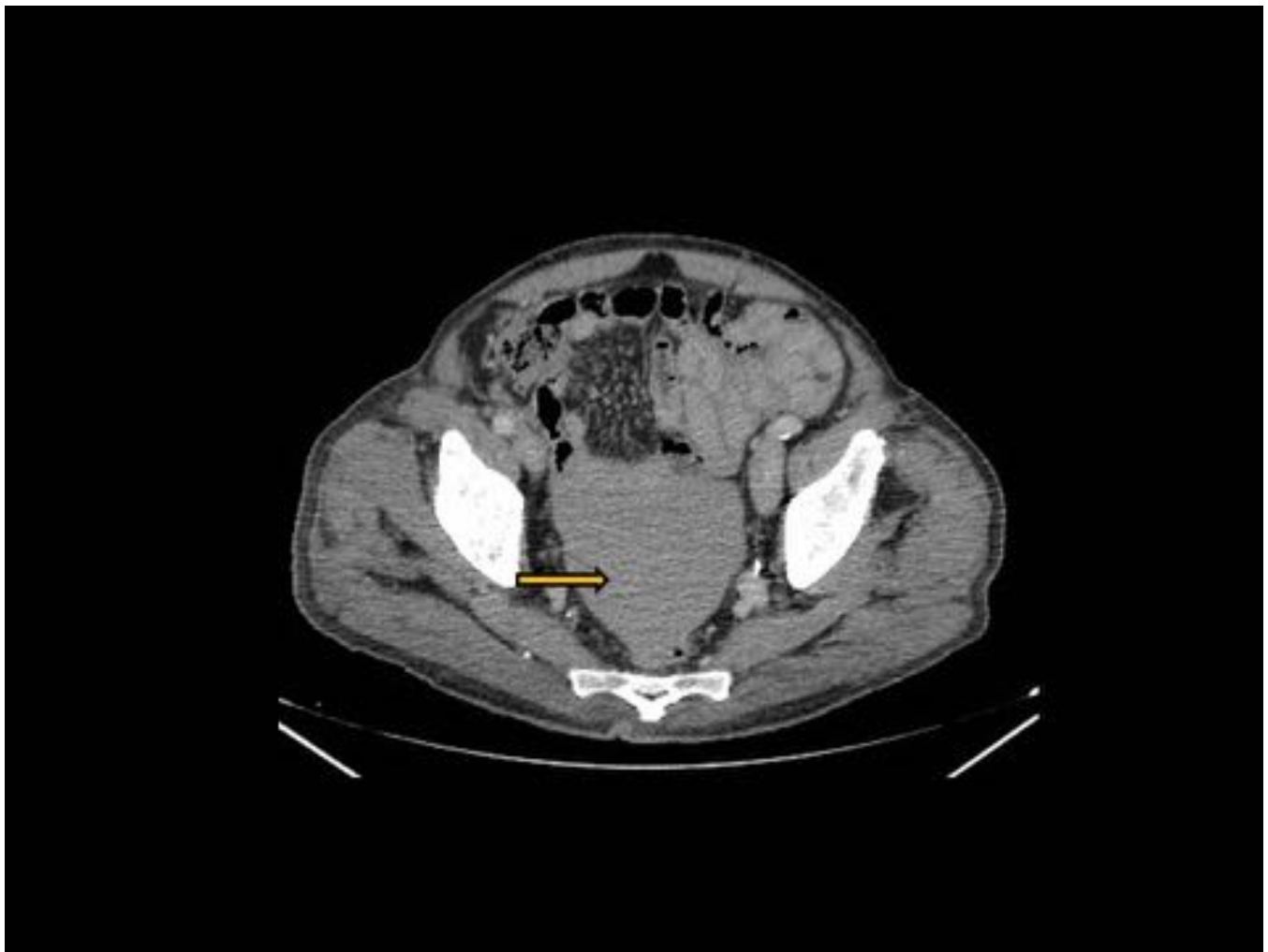


Fig. 6: TC con CIV. En pelvis presencia de líquido libre de alta densidad, sugestivo de hemoperitoneo.

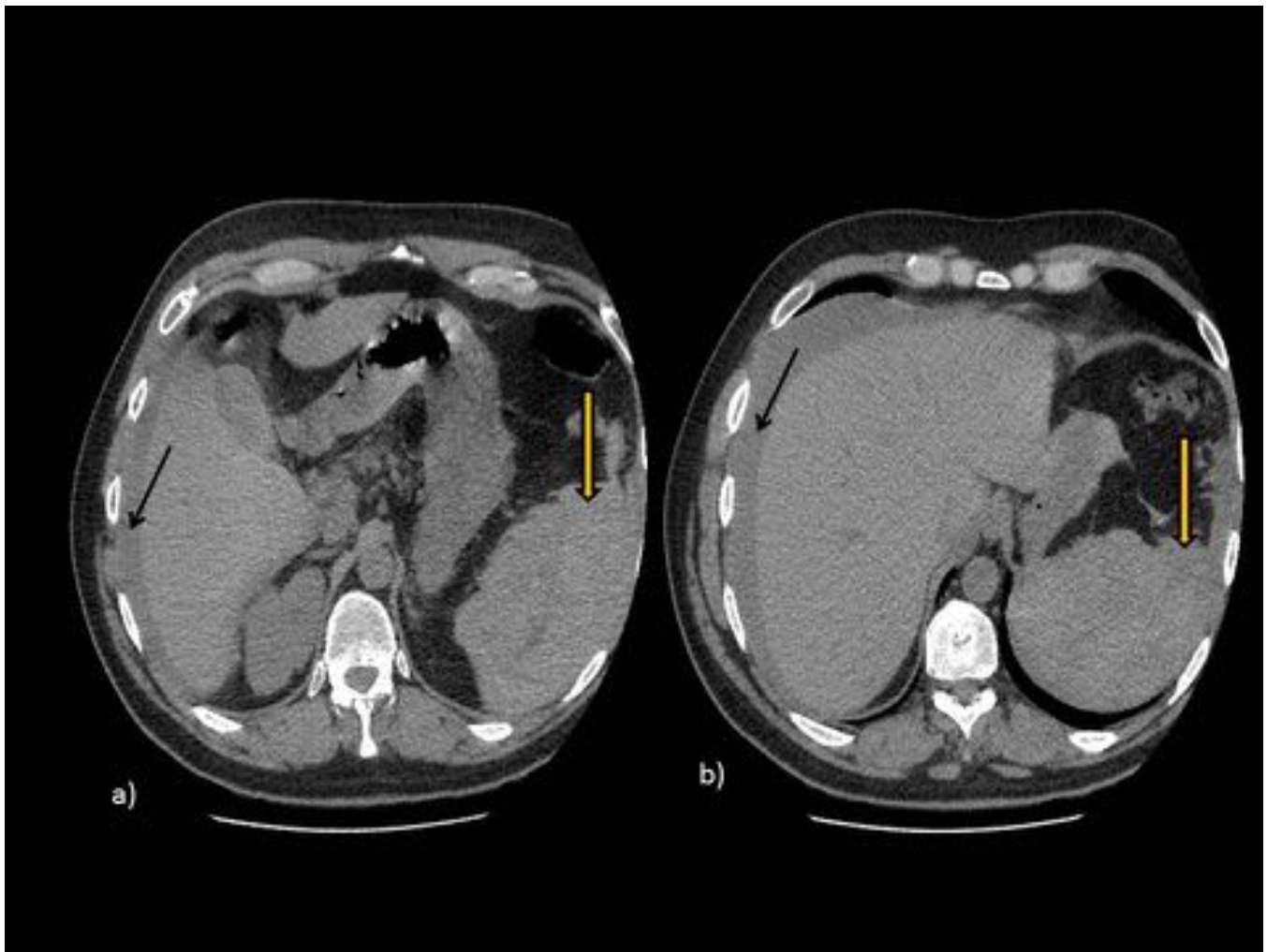


Fig. 7: TC sin CIV. Paciente con antecedente de colonoscopia el mismo día. Mala definición del contorno esplénico con colección heterogénea hiperdensa (flechas amarillas) sugestiva de extenso hematoma subcapsular. Líquido libre hiperdenso (flechas negras) compatible con hemoperitoneo.

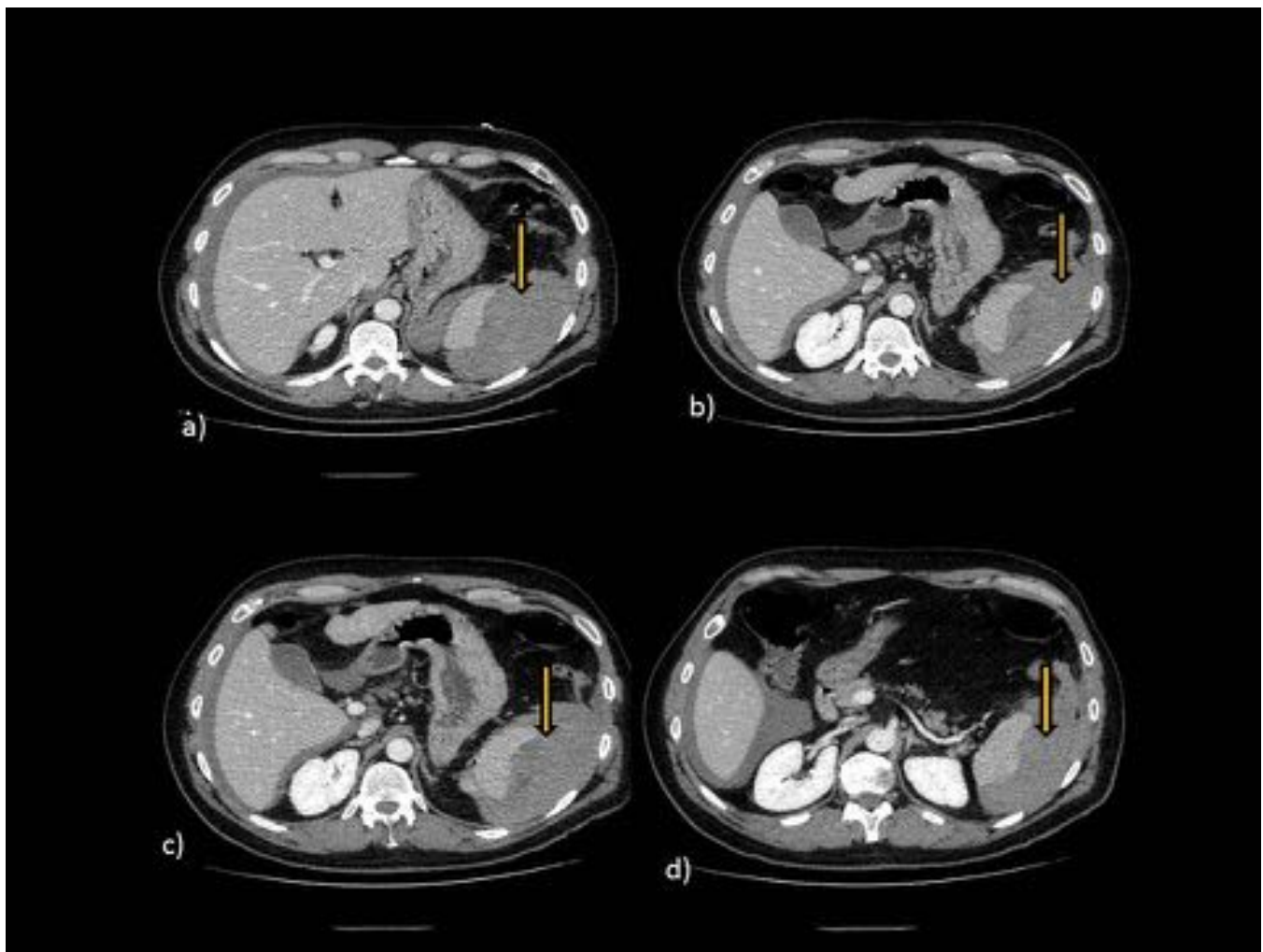


Fig. 8: TC con CIV (mismo paciente que en fig 7). Se identifica mejor el bazo, de pequeño tamaño, con alteración morfológica y mala definición de su polo inferior, y la gran colección heterogénea sugestiva de extenso hematoma subcapsular en relación a rotura esplénica post colonoscopia. En el estudio anatomopatológico de la pieza de esplenectomía se demostró la presencia de un hematoma subcapsular difuso.

Conclusiones

La rotura no traumática del bazo es una entidad infrecuente pero a tener en cuenta en pacientes con factores predisponentes. Supone una urgencia vital y como tal, requiere de un diagnóstico precoz.

Bibliografía / Referencias

- Castaño C., Pérez., Mancebo Y., Guerra T. Rotura espontánea de bazo. A propósito de un caso. *Semergen* 2007; 33(9):485-7.

- Kaposi-Novák P., Györi. G.; Spontaneous pathologic splenic rupture a rare and a life-threatening condition in hematologic malignancies. En ECR 2015/C-1072. DOI-Link: <http://dx.doi.org/10.1594/ecr2015/C-1072>
- Casanova L., Martín E., Vázquez P., Jaquotot M., Mora P., Segura J.M. Cartas al director. Rotura esplénica tras colonoscopia. Una complicación inusual. Gastrohep 2011; 34 (8):588-589.
- Gómez C., Pava R., Salazar A., Sanclemente N., Ruptura Esplénica Espontánea asociada a linfoma periférico de células T. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Colomb. Cir 2010; 25:42-7.
- González R., Castro E., Lancho A., García C., Santos E., Carral D., Ávila S., González A., y López L. Cartas al director. Ruptura esplénica tras colonoscopia diagnóstica. Rev Esp Enferm Dig 2012, 104 (4):219-220
- Julià J, Martínez X., Garau J. Rotura esplénica de causa infecciosa. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2000; 18:133-6.
- De Antonio E., Hernández N., Shahin M., Vicente A. Causas atraumáticas de rotura esplénica, en SERAM 2012/S-0866. DOI: 10.1594/seram2012/S-0866
- Fernández-Atutxa A.; Gallach M., Corredera C., Aiguavives I., Profitós J., Brullet E., Campo R. Rotura esplénica tras colonoscopia diagnóstica. A propósito de un caso, en XXV Jornada Gastroenterológica de les comarques catalanes, 2013.
- Di Stilio g., Kirmayr K., Nine C., Serrano F., Heinzelmann E., Catalano H.N. Ruptura esplénica espontánea secundaria a amiloidosis. Medicina Buenos Aires 2005, 65(2):151-153.
- Goic V., Pastor C., Pinardo A., Gordillo J.E., Pedrosa M., Caminero L. Revisión radiológica de las roturas diferidas de bazo, en SERAM 2014/S-1161. DOI-Link: <http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-1161>
- Arenal F., Barrera J., Merino S., Pedrosa C.S. Rotura espontánea del bazo. Hallazgos radiológicos en tres caos. Radiología 1999; 41:445-7.