

Nota clínica

Rotura espontánea de bazo no patológico.

Non-pathological spontaneous rupture of the spleen.

Gallardo Navarro E, Signoret Limiñana N, Gómez López JM, Tirado Cortes A

Hospital Español Ciudad de México.

RESUMEN

La causa más frecuente de rotura esplénica espontánea es consecuencia de procesos infecciosos o neoplásicos, este caso hace referencia a la ausencia de antecedentes traumáticos y de enfermedad. Varón de 55 años de edad quien presenta dolor abdominal súbito e intenso acompañado de síncope, a quien se le realiza tomografía computada en urgencias encontrando hemoperitoneo con presencia de lesión esplénica, es tratado quirúrgicamente mediante laparotomía con un postoperatorio adecuado.

Palabras clave: bazo, ruptura, espontáneo, esplenectomía.

ABSTRACT

The most frequent cause of spontaneous splenic rupture is a consequence of infectious or neoplastic processes; this case refers to the absence of a history of trauma and disease. A 55-year-old man presented with sudden and intense abdominal pain accompanied by syncope, who underwent computed tomography in the emergency room, finding hemoperitoneum with the presence of splenic injury, and was treated surgically by laparotomy with an adequate postoperative period.

Key words: spleen, breaking off, spontaneous, splenectomy.

CORRESPONDENCIA

XREF

Eliás Gallardo Navarro
Hospital Español Ciudad de México
11520 Ciudad de México
gallardo18E@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La ruptura esplénica es la disrupción de la cápsula o parénquima del órgano, sigue siendo una emergencia quirúrgica que requiere un diagnóstico y tratamiento inmediato para evitar complicaciones. La rotura espontánea tiene asociación patológica con pocas enfermedades que causan esplenomegalia seguida de rotura, puede

CITA ESTE TRABAJO

Gallardo Navarro E, Signoret Limiñana N, Gomez López JM, Tirado Cortes A. Rotura espontánea de bazo no patológico. Cir Andal. 2024;35(4):417-419. DOI: 10.37351/2024351.7

ocurrir en 0.1% a 0.5% de pacientes sin trauma asociado¹. El bazo es un órgano muy vascular y funcionalmente participa en la hematopoyesis e inmunovigilancia mientras se elaboran interacciones entre los sistemas circulatorio y el sistema reticuloendotelial². El mecanismo patogénico no es aún bien conocido, sin embargo las enfermedades infecciosas y hematológicas son las causas que generalmente representan más de la mitad de los casos, la primera representa un 30%, principalmente por infecciones como mononucleosis infecciosa y malaria siendo *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* como las más comunes, aunque también participa *Plasmodium ovale*³, mientras que las segundas representa un 27% de origen hematológico neoplásicas como linfoma no-Hodgkin, leucemia linfocítica aguda y leucemia mielógena crónica, los tumores sólidos representan un 11%, las patologías digestivas como pancreatitis, hipertensión portal en un 10%, las causas reumatológicas en un 4% e insuficiencia renal en la etapa de diálisis en un 3%, el 5% de los casos no se asocia a ninguna etiología, pero actualmente se sugiere que el Covid-19 podría estar relacionada ya que el SARS-CoV-2 inducirá en el bazo y en los ganglios linfáticos un daño tisular intenso con atrofia del nódulo esplénico, depleción del folículo linfoide, hiperplasia histiocítica y reducción de linfocitos, además de trombosis microvascular y necrosis^{4,5}. Clínicamente, el diagnóstico se sospecha con dolor abdominal en epigastrio o hipocondrio izquierdo, palidez cutáneo-mucosa, taquicardia, contractura abdominal, inconsciencia en la unidad de urgencias⁶. El signo de Kehr es la presencia de dolor abdominal irradiado a hemitórax y hombro izquierdo, que aumenta con la inspiración profunda y se alivia en posición reclinada, y el signo de Balance que es la presencia de una masa palpable en el cuadrante superior izquierdo del abdomen estos dos signos nos deben hacer sospechar de una lesión esplénica⁷. El diagnóstico se realiza en base a la clínica y estudios de laboratorio principalmente hemoglobina, así como por pruebas de imagen, se recomienda realizar en pacientes con sospecha de lesión esplénica e inestabilidad hemodinámica usar primero el uso de ecografía, que es altamente sensible para la detección de líquido libre en cavidad abdominal, siendo una herramienta fácil de usar y disponible en la mayoría de las unidades de urgencias, posteriormente una vez estabilizado el paciente, la prueba de imagen de elección será la tomografía computada abdominal, que además de ser un estudio diagnóstico, nos dará datos del tipo de lesión y la magnitud de la lesión esplénica para el tratamiento. Se ha empleado la esplenectomía por laparotomía en pacientes inestables hemodinámicamente y en pacientes estables se ha tenido éxito con tratamiento conservador^{5,8}. La rotura esplénica espontánea es una entidad poco frecuente, dada la dificultad clínica y la rareza del cuadro, el diagnóstico tardío es potencialmente mortal si no se toman las decisiones terapéuticas adecuadas en el momento oportuno.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 55 años de edad, sin antecedentes personales de importancia, quien acude al departamento de urgencias en ambulancia al presentar dolor abdominal de inicio súbito, intenso, localizado en mesogastrio, posteriormente sufre síncope, durante su abordaje en el servicio de urgencias se encontraba con tensión arterial de hasta 70/50 mmHg, por lo que se canaliza con dos vías periféricas y se inicia vasopresores, una vez estabilizado se solicita tomografía computarizada de abdomen (**Figura 1**), en la que se

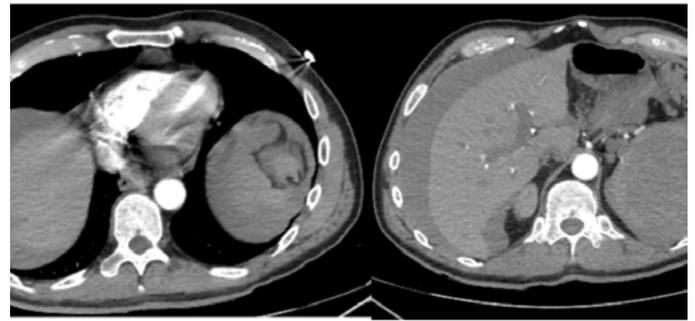


Figura 1

Tomografía computada abdominal contrastada (corte axial) que muestra líquido libre periesplénico, así como lesión sugestiva de ruptura esplénica.

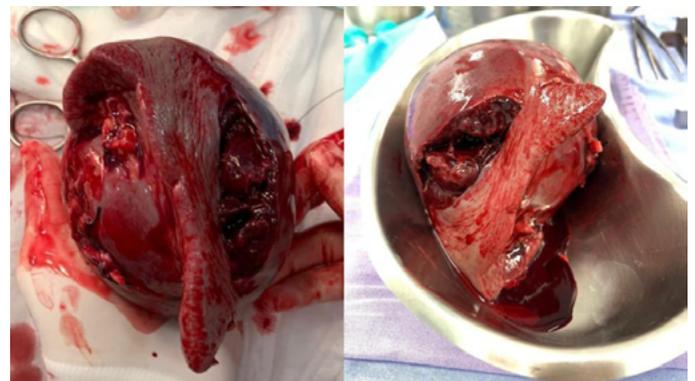


Figura 2

Producto de esplenectomía por laparotomía exploradora.

evidencia hemoperitoneo y la presencia de lesión esplénica. Ante los hallazgos, se decide resolución quirúrgica mediante laparotomía exploratoria con esplenectomía total (**Figura 2**) como hallazgos trans quirúrgicos se aspiró 3 litros de hemoperitoneo. Se logró la resección esplénica en su totalidad sin complicaciones, y se envía el espécimen para su estudio anatomopatológico, el cual se reportó un bazo de 12,0 x 11,0 cm con una lesión bien circunscrita de 10 cm, con vasos sanguíneos de pared gruesa, desorganizados y de diferentes tamaños entremezclados, estroma con hematopoyesis extramedular, sugestivos de hematoma con ruptura espontánea. Al corte de la pieza se identifica un hematoma subcapsular de 12,0 x 11,0 cm rojizo y friable. En las siguientes 48 horas postquirúrgicas, el paciente permaneció en la unidad de cuidados intensivos para vigilancia hemodinámica. Posteriormente fue trasladado a piso de hospitalización donde su evolución posquirúrgica fue favorable. En su séptimo día fue dado de alta con adecuada evolución clínica.

DISCUSIÓN

Se ha propuesto una clasificación simplificada, la cual divide la ruptura esplénica en traumática y atraumática, la hipótesis del mecanismo de la rotura esplénica espontánea, puede ser por un espasmo reflejo de la vena esplénica que causa congestión y con

el aumento repentino de la presión abdominal puede conducir a la ruptura, otro mecanismo es la elevación de la tensión intraesplénica favorecida por hiperplasia, que puede ser causa también de congestión vascular y finalmente el bazo anormalmente móvil puede producir torsión y posteriormente ruptura⁹. Entonces el bazo puede estar relacionado en procesos inflamatorios crónicos que produzcan periesplenitis y además de tener una fijación anormal, el esfuerzo físico brusco de la presión intraabdominal desplazaría al bazo súbitamente, favoreciendo la rotura¹⁰. En 1874, Atkinson un cirujano inglés quien describió el primer caso de rotura esplénica de este tipo, el cual se describió un bazo con ningún tipo de alteración histopatológica ni había antecedentes de traumatismo¹¹. Orloff y Peskin describieron criterios de cuatro pasos para el diagnóstico de rotura espontánea que consiste en no tener antecedente de trauma, no haber adherencias periesplénicas que respalden un trauma previo, no estar relacionado a procesos infecciosos que involucren el bazo, y que en el reporte de patología se evidencie un bazo normal⁵, posteriormente Crate y Payne agregaron un quinto criterio, estudios virológicos y títulos de anticuerpos completos de fase aguda que no estén relacionados con afectación esplénica^{12,13}. Se han informado casos de ruptura en pacientes con vómito o ataques importantes de tos, durante estas situaciones los músculos abdominales se contraen fuertemente y empujan a los órganos intraabdominales a estructuras más sólidas como diafragma y costillas, que puede resultar en lesiones capsulares como consecuencia¹⁴. Los pacientes hemodinámicamente estables con rotura esplénica no traumática normalmente se tratan de forma conservadora con hemotransfusiones, reposo absoluto, observación en unidad de cuidados intermedios o intensivos así como seguimiento por estudios de imagen, sobre todo en pacientes pediátricos quien en ellos se tiene mayor riesgo de sepsis postesplenectomía, los pacientes con hemorragia activa requieren cirugía urgente de acuerdo con las directrices de la asociación de cirugía de trauma^{14,15}. Se han registrado casos exitosos de embolización de la arteria esplénica, sin embargo se debe individualizar el tratamiento en relación del estado hemodinámico del paciente y los recursos del centro de salud donde se esté manejando. La mortalidad se ha descrito hasta en un 12,2%, siendo la supervivencia menor cuando no se opta por tratamiento adecuado y oportuno¹⁶.

5. Orloff M, Peskin G. Spontaneous rupture of the normal spleen; a surgical enigma. In International abstracts of surgery 106 (1958).
6. Saad, Slaiki. "Spontaneous splenic rupture Case report". J Surg 16 (2020).
7. Castaño Yubero C, Perez Martin R, Mancebo Rojo Y, et al. Rotura espontánea de bazo: a propósito de un caso. SEMERGEN 2007;33:485-7.
8. Lieberman ME, Levitt MA. Spontaneous rupture of the spleen: a case report and literature review. Am J Emerg Med. 1989;7:28.
9. Rice JP, Sutter CM. Spontaneous splenic rupture in an active duty Marine upon return from Iraq: a case report. Journal of medical case reports 4 (2010): 353.
10. Hernández-Siverio N, Pérez J, Márquez MA, Díaz L. Rotura espontánea esplénica relacionada con enfermedad pancreática. Cir Esp. 2002;72:359-61.
11. Atkinson E. Death from idiopathic rupture of the spleen. BMJ. 1874;2:403-4.
12. Crate ID, Payne MJ. Is the diagnosis of spontaneous rupture of a normal spleen valid?. Journal of the Royal Army Medical Corps 137 (1991): 50-51.
13. Renzulli R, Hostettler A, Schoepfer AM, Gloor B, Candinas D. Systematic review of atraumatic splenic rupture. Br J Surg. 2009;96:1114-21.
14. Lucas CE. Splenic trauma. Choice of management. Ann Surg. 1991;213(2):98-112.
15. Toubia NT, Tawk MM, Potts RM, Kinasewitz GT. Cough and spontaneous rupture of a normal spleen. Chest 2005;128:1884-1886.
16. Halkic N, Vuilleumier H, Qanadli SD. Spontaneous splenic rupture in infectious mononucleosis treated by embolization of the splenic artery. Can J Surg 2004;47:221-222.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lai PK. "Infectious mononucleosis: recognition and management." Hosp Pract 12 (1977): 47-52.
2. De Porto AP, Lammers AJ, Bennink RJ, et al. Assessment of splenic function. European journal of clinical microbiology & infectious diseases 29 (2010): 1465-1473.
3. Wolthuis DF, Bosboom RW, Hassing RJ. Spontaneous splenic rupture in an ill returned traveller. Eur J Case Rep Intern Med. 2020;7(12):1-3.
4. Reyes-Jaimes L, Camacho-Aguilera JF. Ruptura esplénica espontánea. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(4):523-31. doi: 10.5281/zenodo.8200591.