

Rotura espontánea esplénica relacionada con enfermedad pancreática

Norberto Hernández-Siverio González^a, Juan Pérez Palma^b, Miguel A. Márquez^c y Lucio Díaz Flores^d

^aCatedrático de Cirugía. HUC. Tenerife. ^bProfesor Asociado de Cirugía. Facultad Medicina. Universidad de La Laguna.

^cMédico Adjunto. Hospiten. ^dCatedrático de Anatomía Patológica. Departamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

Resumen

La rotura espontánea de bazo, generalmente asociada con enfermedad esplénica, es poco común. Se presenta a 2 pacientes afectados, uno de pseudoquistes y otro de cáncer pancreático. Los dos comenzaron con rotura esplénica espontánea y fueron tratados mediante esplenectomía y pancreatectomía distal. Se discute el mecanismo patogénico de esta entidad.

Palabras clave: Rotura espontánea esplénica. Cáncer pancreático. Pseudoquiste pancreático.

SPONTANEOUS SPLENIC RUPTURE ASSOCIATED WITH PANCREATIC DISEASE

Spontaneous splenic rupture, which is usually associated with splenic disease, is infrequent. We present two patients, one with pseudocyst and the other with cancer of the pancreas. Both first presented with spontaneous splenic rupture and were treated with splenectomy and distal pancreatectomy. The pathogenic mechanism of this entity is discussed.

Key words: Spontaneous splenic rupture. Cancer of the pancreas. Pseudocyst of the pancreas.

Introducción

La rotura de bazo sin traumatismo previo es poco común y se denomina rotura espontánea o bien patológica; el primer término hace referencia a la rotura de un bazo normal y el segundo a la de un bazo afectado por alguna enfermedad¹.

Se han publicado múltiples enfermedades esplénicas asociadas con rotura patológica como procesos hematólogicos diversos, enfermedades de depósito, enfermedad infecciosa, y tumores primarios y metastásicos¹.

La pancreatitis aguda o crónica²⁻⁸ y con menos frecuencia el cáncer pancreático^{9,10} también pueden ocasionar rotura esplénica patológica.

Casos clínicos

Caso 1

Se trata de un paciente varón de 66 años de edad que ingresa con mal estado general, sudoroso y cuadro clínico de shock. Refiere una historia clínica de dolor abdominal, localizado en el epigastrio y el hipo-

condrio izquierdo de un mes de evolución, que se intensifica en el momento de su ingreso y se irradia en ese momento al hombro izquierdo. El paciente presenta antecedentes personales sin interés. En la exploración clínica, da la impresión de gravedad, sudoroso, palidez de piel y mucosas, taquicardia e hipotensión. El abdomen está distendido en el epigastrio, con defensa a la palpación en esta zona y en el hipocondrio izquierdo.

En la analítica general destaca anemia, leucocitosis y aumento del CEA de 21,9 y CA 19,9 de 1.354,6.

En la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal destaca derrame pleural bilateral y esplenomegalia con intensa desestructuración de esta zona anatómica.

Con diagnóstico de rotura espontánea de bazo se interviene quirúrgicamente, y se encuentra sangre libre en la cavidad abdominal, y rotura esplénica tabicada, fibrosa y organizada crónicamente. La cola pancreática está aumentada de tamaño y dura, y se realiza esplenectomía y pancreatectomía distal. La anatomía patológica evidencia rotura esplénica y carcinoma de la cola pancreática. El postoperatorio evolucionó sin complicaciones, y el paciente fue dado de alta a los 10 días de la intervención.

En la actualidad, a los 3 años de evolución, reingresa por presentar un cuadro clínico y radiológico de recidiva del cáncer pancreático.

Caso 2

Paciente varón de 65 años de edad que ingresa de urgencia con un cuadro clínico de dolor abdominal intenso localizado en el epigastrio y el hipocondrio izquierdo, irradiado a hombro ipsilateral, que se acompaña de mal estado general, palidez y sudación. El paciente refiere que dicho dolor, no tan intenso, lo padece desde hace unos 2 meses, además tiene antecedentes de bebedor. En la exploración general destaca hipotensión y taquicardia; abdomen contracturado, con defensa en el epigastrio y en el hipocondrio izquierdo. En la analítica se pone de manifiesto leucocitosis y anemia. De las pruebas practicadas, destaca la TAC en la que se observa una esplenomegalia, con zonas de hematoma subcapsular y desestructuración esplénica.

Correspondencia: Dr. N. Hernández-Siverio Glonzález.

Jurista Román, 5. Urbanización Las Palmeras.

La Orotava 38300 Tenerife. España.

Correo electrónico: NORHERNANDEZ-S@terra.es

@telefonica.net

Aceptado para su publicación en junio de 2002.

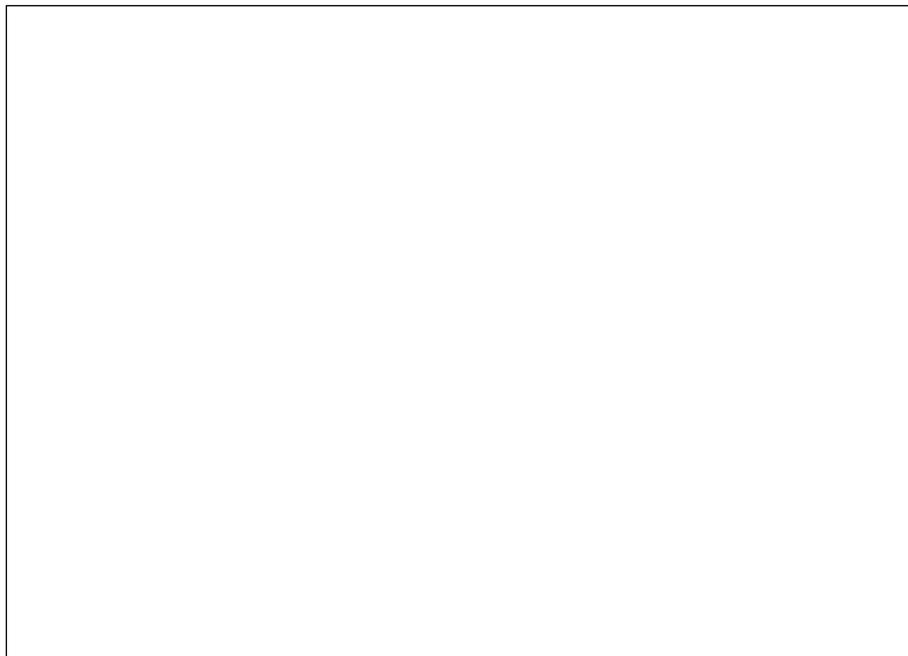


Fig. 1. a) Epiplón y proceso inflamatorio localizado en el hipocondrio izquierdo. Bazo con cápsula fibrosa rota. b) Páncreas distal duro al tacto, en el que se observa depresión inflamatoria debida al pseudoquiste. c) Cola pancreática y bazo extirpados.

Con diagnóstico de rotura espontánea de bazo se interviene quirúrgicamente y se encuentra sangre libre en el abdomen, no muy abundante (300 ml), circulación colateral muy marcada en los vasos cortos gástricos, plastrón inflamatorio que engloba los órganos localizados en el hipocondrio izquierdo, periesplenitis, hematoma y bazo con una gruesa cápsula, rota longitudinalmente. Una vez liberadas las estructuras de esta zona, se observa un área inflamatoria de unos 4 x 5 cm en la cola pancreática que engloba los vasos esplénicos. Se practica esplenectomía y pancreatectomía distal (fig. 1). La anatomía patológica evidencia rotura esplénica, pancreatitis crónica y pseudoquiste pancreático.

El postoperatorio evolucionó sin problemas, y el paciente fue dado de alta a los 12 días de la intervención.

Discusión

En el mecanismo de la rotura esplénica espontánea intervienen múltiples factores, como el aumento moderado o grande del órgano, infartos esplénicos, trastornos de la coagulación, infiltración esplénica por enfermedad hematológica o tumoral y quimioterapia citorrreductora¹. El mecanismo patogénico es diverso y complejo, y circunstancias como procesos inflamatorios crónicos que produzcan periesplenitis y fijación de este órgano pueden influir en que, en determinados momentos en los que aumente su volumen o se desplace, favorezcan su rotura. Por otra parte, cualquier motivo que aumente la presión en el territorio venoso esplénico en un bazo patológico puede precipitar la pérdida de su integridad, hecho relevante en ocasiones en las que exista un bazo móvil debido a falta de sujeción anatómica normal, y produce a veces ligeras torsiones del pedículo con el consiguiente aumento en la presión venosa intraparenquimatosa, debido a la dificultad de drenaje, circunstancia que tiene su mayor exponente en el caso de torsión esplénica por pérdida total de su fijación anatómica. En el estudio histopatológico de los bazos extirpados por causa de rotura esplénica espontánea o patológica, nosotros comprobamos

que éstos presentaban un engrosamiento fibroconectivo de la cápsula esplénica, dejando en tramos, zonas de adelgazamiento, por donde la pulpa esplénica, ante el aumento brusco o en el tiempo de la presión venosa en este territorio, se puede herniar¹.

La enfermedad pancreática como pancreatitis aguda, crónica o cáncer de la cola pancreática parece tener un mecanismo patogénico mejor establecido^{2,7,9,10}. Así, se sabe que en el 2,2% de los casos en la evolución de la pancreatitis crónica se ocasionan complicaciones esplénicas. Las diferentes formas de complicaciones de una pancreatitis crónica, como el pseudoquiste pancreático distal, la exacerbación aguda con necrosis de la cola pancreática, la hipertensión portal segmentaria, la esplenomegalia, las colecciones intraesplénicas y sobre todo la trombosis de la vena esplénica, son todas factores de riesgo que pueden precipitar una rotura esplénica⁵. La trombosis de la vena esplénica como consecuencia de una pancreatitis crónica se asoció con todos los pacientes que además se complicaron con una rotura espontánea de bazo³. En el paciente presentado por nosotros se puso de manifiesto la trombosis esplénica, producida por el pequeño pseudoquiste de la cola pancreática, que ocasionó un proceso inflamatorio alrededor de la vena esplénica englobando esta estructura, y además en este caso se encontró una marcada circulación colateral en el territorio particular de los vasos cortos gástricos, único drenaje del bazo cuando existe trombosis venosa esplénica. Este mismo mecanismo también se ha observado en los casos infrecuentes de rotura esplénica espontánea asociada con cáncer de la cola pancreática, como así sucedió en el paciente que hemos referido. Este mecanismo probablemente actúe en el tiempo, aumentando paulatinamente la presión venosa esplénica en un bazo con un proceso inflamatorio en la cápsula que tiende a descargar este aumento presivo en las zonas de debilidad capsular que hemos mencionado.

Estos pacientes tienen generalmente antecedentes de dolor localizado en el epigastrio y el hipocondrio izquierdo como expresión del aumento paulatino de la presión, afectación del bazo y periesplenitis, hasta que se ocasione la rotura, manifestándose entonces por una exacerbación del dolor abdominal y una irradiación a hombro ipsilateral, como prueba de la irritación diafragmática, acompañado de signos de colapso circulatorio.

La prueba diagnóstica más efectiva es la TAC abdominal, que pone de manifiesto el aumento de tamaño del órgano y su desestructuración, así como posible enfermedad pancreática.

Aunque sería aconsejable practicar una cirugía conservadora del bazo, creemos que en la mayoría de los casos de rotura patológica se requiere esplenectomía, y ante enfermedad pancreática asociada como la presentada se complementará con pancreatectomía distal. Si bien la embolización de la arteria esplénica puede ser conveniente en pacientes de elevado riesgo, tratándose de bazos patológicos no se excluye la posibilidad de recidiva hemorrágica². Estos pacientes sometidos a esplenectomía, en prevención de una sepsis fulminante, deben tratarse con penicilina y vacuna neumocócica polivalente.

Bibliografía

1. Hernández A, Hernández N, Santolaria FF, Álvarez AH, Pérez PJ, Herrero A, et al. Rotura espontánea de bazo. A propósito de cuatro casos. *Cir Esp* 1988;43:276-83.
2. Aviv E, Elhadad A, Slama JL. Diagnosis and treatment of spleen rupture during pancreatitis. *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24:1229-32.
3. Malka D, Hammel P, Levy P, Sauvanet A, Ruszniewki P, Belghiti J, et al. Splenic complications in chronic pancreatitis: prevalence and risk factors in a medical-surgical series of 500 patient. *Br J Surg* 1998;85:1645-9.
4. Cigüenza R, Calvo E, Álvarez-Sala JL, Massa B, Fernández S, Espinos D. Rotura espontánea de bazo en la pancreatitis crónica. *Rev Esp Enferm Dig* 1992;81:363-5.
5. Houry S, Sellem G, Huguier M. Spontaneous rupture of the spleen in chronic pancreatitis. *Gastroenterol Clin Biol* 1985;9:918-21.
6. Leloup JM, Fingerhut A, Oberlin P, Ronat R. Splenic rupture in chronic pancreatitis. Study of 2 cases and review of the literature. *J Chir* 1984;121:501-4.
7. Toussi HR, Cross KS, Sheehan SJ, Bouchier-Hayes D, Leahy AL. Spontaneous splenic rupture: a rare complication of acute pancreatitis. *Br J Surg* 1996;83:632.
8. Donckier V, Rypens F, Van de Stadt J. Unusual splenic complication of acute pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:245-7.
9. Chung S, Park K, Li AKC. A pancreatic tumour presenting as a ruptured spleen. *HPB Surgery* 1989;1:161-3.
10. Patrinoú V, Skroubis G, Zolota V, Vagianos C. Unusual presentation of pancreatic mucinous cystadenocarcinoma by spontaneous splenic rupture. *Dig Surg* 2000;17:645-7.