



P-669 - ROTURA ESPLÉNICA POSCOLONOSCOPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Bolinaga del Pecho, Irene; Pereda Bajo, Deiane; Mozo Segurado, Maialen; Ruiz Álvarez, Paloma; Gutiérrez Cantero, Luis Eloy; Gonzalo González, Rubén; Ruiz Gómez, José Luis; Gutiérrez Cabezas, José Manuel

Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega.

Resumen

Introducción: La colonoscopia es una de las técnicas invasivas más utilizadas en nuestro medio, siendo la técnica de elección para el screening y diagnóstico de la enfermedad colorrectal. A continuación se presenta un caso que resulta interesante debido a la baja frecuencia y alta mortalidad de esta complicación colonoscópica.

Caso clínico: Mujer de 61 años, exfumadora, con antecedente de hemorragia subaracnoidea en 2004, y dislipémica. Sin antecedentes quirúrgicos y en tratamiento con rosuvastatina. Se realiza colonoscopia de screening tras presentar SOH +, con exploración completa hasta ciego y resección de 3 pólipos sésiles de 4-6 mm en recto, sin incidencias inmediatas. Por la tarde refiere malestar y empeoramiento clínico, al acudir al hospital sufre parada respiratoria y bradicardia extrema que requiere RCP avanzada. Analíticamente destaca fracaso renal agudo, una hemoglobina de 8,8 g/dL y leucocitosis. Una vez estabilizada hemodinámicamente se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico con contraste intravenoso e intubada, donde se observa un voluminoso hematoma periesplénico de localización subfrénica, de unos 15 cm, desplazando el parénquima esplénico hacia medial y gran hemoperitoneo. Se decide IQ urgente. Se realiza laparotomía media supra-infraumbilical observándose aproximadamente 1 litro de sangre roja fresca en Douglas y gran coágulo en celda esplénica. El bazo se encuentra decapsulado con sangrado difuso activo de toda su superficie. Se realiza maniobra de Gómez y Gómez. Durante la cirugía la paciente precisa de fluidoterapia intensiva, transfusión de 1 CH y vasopresores. Tras la cirugía la paciente permanece 24 horas en la Unidad de Cuidados Especiales y tras 3 días de ingreso en la planta convencional y transfusión de otros 2 CH, es dada de alta asintomática. Posteriormente la paciente recibe las vacunas postesplenectomía y actualmente se encuentra asintomática.

Discusión: Aunque la colonoscopia se considera un procedimiento seguro, las complicaciones más frecuentes son el sangrado y la perforación, con una incidencia del 0,26 y 0,05%, respectivamente cuando se realiza polipectomía. La tasa de lesión esplénica es muy infrecuente, del 0,004%. Se postulan tres diferentes mecanismos de rotura subcapsular del bazo tras realización de una colonoscopia: traumatismo directo sobre el bazo con el endoscopio, excesiva tracción del ligamento esplenocólico, excesiva tracción de adherencias entre el colon y bazo, secundarias a un proceso inflamatorio o quirúrgico previo. Las manifestaciones clínicas suelen comenzar en las primeras 24 horas. El síntoma principal es el dolor abdominal generalizado o localizado en hipocondrio izquierdo e irradiado a hombro izquierdo (signo de Kehr), pudiendo llegar a shock hemorrágico con inestabilidad hemodinámica. La TAC abdominal con contraste intravenoso es la técnica de elección en el paciente estable por su alta sensibilidad y especificidad. En caso de inestabilidad hemodinámica se realiza ecografía para valorar la presencia de líquido libre abdominal. El tratamiento de

elección es la esplenectomía abierta. La rotura esplénica poscolonoscopia es infrecuente pero peligrosa y potencialmente mortal. Es necesario un alto índice de sospecha y diagnóstico diferencial con la perforación colónica en pacientes con dolor abdominal y antecedente de colonoscopia reciente.