



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**Revista de la Asociación Española de Cirujanos
Vol. 97, Suplemento 2, Noviembre 2019XXXI Reunión Nacional de Cirugía
del 4 al 8 de noviembre de 2019www.elsevier.es/cirugia

P-643 - HEMATOMA ESPLÉNICO TRAS COLONOSCOPIA MANEJADO CON TRATAMIENTO CONSERVADOR

Moro Delgado, Ana; Gómez García, Pilar; Pérez de Villarreal Amilburu, Patricia; Martín García, Mikel; García Herrero, Silvia; González de Miguel, Melania

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La colonoscopia es un procedimiento muy extendido para el diagnóstico y tratamiento de la patología de colon. Las complicaciones más habituales son la perforación y la hemorragia, ambas infrecuentes. Prácticamente anecdótica es la afectación esplénica tras la realización de una colonoscopia, descrita por primera vez en 1974 por Wherry y Zehner. Desde entonces, se han publicado alrededor de 100 casos en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 65 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal progresivo que comienza 24 horas después de una colonoscopia programada. Refiere deposiciones escasas y ausencia de ventoseo, sin vómitos. El dolor lo localiza principalmente a nivel de hipocondrio izquierdo irradiado a hombro izquierdo. Se mantiene hemodinámicamente estable y no presenta alteraciones analíticas. Se realiza TAC abdominopélvico que describe colección subcapsular esplénica con áreas densas que se extiende a la región periesplénica en relación con hematoma de aproximadamente $6 \times 8,4 \times 10$ cm y líquido libre perihepático. No se identifica sangrado activo. El paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Polivalentes Intermedios para vigilancia y control evolutivo con tratamiento médico conservador, presentando una evolución favorable. Se repite una TAC sin cambios respecto a la previa, por lo que es trasladado a planta de Cirugía y finalmente dado de alta al décimo día con controles en consultas.

Discusión: La etiopatogenia de esta lesión no está clara, barajándose tres mecanismos posibles: traumatismo directo al pasar el endoscopio por el ángulo esplénico o al biopsiar en esta ubicación, rotura de la cápsula esplénica por una tracción excesiva del ligamento esplenocólico, y rotura de la cápsula esplénica debido a la tracción de las adherencias entre el bazo y el colon. Los síntomas comienzan habitualmente en las primeras 24 horas, pudiendo aparecer días después. Se presenta como un cuadro inespecífico de dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo con náuseas, vómitos y distensión. En algunos casos el dolor puede irradiarse a hombro izquierdo (signo de Kehr), o la lesión puede debutar con hipotensión o inestabilidad hemodinámica. La prueba de elección para la rotura esplénica es la TAC, que valora la extensión, la existencia de hemoperitoneo, y la presencia de sangrado activo con el uso de contraste. Estos hallazgos, junto con la clínica, orientan a la elección de tratamiento más adecuado, pudiendo ser conservador, quirúrgico o embolización, siendo la laparotomía urgente el tratamiento más habitual.