



P-667 - ROTURA ESPLÉNICA COMO COMPLICACIÓN INUSUAL DE UNA COLONOSCOPIA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Jiménez Mascuñán, María Isabel; Ruiz Manzanera, Juan José; Conesa Pla, Ana; Nicolás López, Tatiana; Alconchel Gago, Felipe; Navarro Barrios, Álvaro; Marín Hernández, Caridad

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: La colonoscopia es una técnica diagnóstica y terapéutica ampliamente utilizada para el manejo de diversas patologías colorrectales, aunque no está exenta de complicaciones. La rotura esplénica iatrogénica es una de ellas y, a pesar de ser infrecuente, se debe sospechar ante la aparición de dolor abdominal tras la misma.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 74 años en hemodiálisis por enfermedad renal crónica al que se le realizó una colonoscopia programada con extirpación de tres pólipos localizados en ángulo esplénico del colon. Tras la prueba, el paciente presentó de forma súbita inestabilidad hemodinámica con hipotensión y mal estado general. En la exploración física, el abdomen era doloroso a la palpación de manera generalizada pero de mayor intensidad en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó analítica urgente en la que se observó anemización con una cifra de hemoglobina de 8 g/dl, precisando transfusión de hemoderivados. Se solicitó TC abdominal con contraste intravenoso en el que se observó hemoperitoneo en los compartimentos supra e infrramesocólico, de mayor cantidad en la proximidad del bazo, que presentaba morfología irregular, lo que sugirió que este podría ser el origen del sangrado. Ante estos hallazgos, se intervino de forma urgente mediante incisión subcostal izquierda encontrando un hemoperitoneo multicompartmental asociado a rotura esplénica con compromiso de más del 50% de su superficie, además de laceración profunda en polo inferior del bazo (fig.). Se realizó esplenectomía reglada y el paciente fue dado de alta tras seis días de hospitalización.



Discusión: La rotura esplénica es una complicación inusual de la colonoscopia y debemos incluirla en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal tras esta prueba. El primer caso fue reportado en 1978 por Wherry y Zehner, con una incidencia estimada de 1 caso por cada 100.000 colonoscopias, aunque esta podría ser mayor por aquellos casos asintomáticos que resultan infradiagnosticados. Los mecanismos implicados en su producción son el traumatismo directo con el endoscopio a nivel del ángulo esplénico del colon o una excesiva tracción del ligamento esplenocólico o de adherencias de cirugías previas, lo que provoca rotura de la cápsula del bazo. Lo habitual en estos casos es que los signos y síntomas se manifiesten en las primeras 24 horas, incluyendo dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, anemia, *shock* hipovolémico y, en ocasiones, el signo de Kehr. La primera prueba de imagen a realizar en casos de sospecha de rotura esplénica es la radiografía de abdomen con el fin de detectar una perforación con el endoscopio. Una vez descartada, se debe realizar un TC abdominal o una ecografía en caso de inestabilidad hemodinámica. El tratamiento en estos casos es el mismo que en roturas esplénicas de otras etiologías, valorando la estabilidad del paciente, el grado de lesión y la existencia de sangrado activo. En casos de pacientes estables con lesiones de bajo grado, se puede llevar a cabo un manejo conservador. De lo contrario, la esplenectomía urgente es tratamiento de

elección, como ocurrió con en nuestro paciente.