

Rotura esplénica tras colonoscopia. Una complicación inusual

Splenic rupture after colonoscopy. An unusual complication

Sr. Director:

La colonoscopia es una técnica cada vez más utilizada y segura, pero tiene una serie de complicaciones que es importante conocer por su gravedad¹.

La rotura esplénica después de la realización de una colonoscopia es una complicación inusual, pero de vital importancia porque puede ser letal.

Presentamos un caso de laceración esplénica tras colonoscopia.

Mujer de 77 años histerectomizada, sin otros antecedentes personales, que acude a urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo 4 días después de una colonoscopia ambulatoria, por elevación de marcadores tumorales. No se encontraron hallazgos patológicos en dicha exploración.

Se realizó una radiografía de abdomen, sin observar signos de perforación. Ante la persistencia del dolor y anemia se realizó una TAC abdominal, observándose laceración esplénica, hematoma periesplénico y hemoperitoneo de pequeña cuantía (fig. 1).

Es valorada quirúrgicamente y ante la estabilidad hemodinámica se decide tratamiento conservador, transfundiéndose 2 concentrados de hematies y controlando el dolor con analgesia habitual. Presenta buena evolución clínica y radiológica y se le da el alta a los 7 días del ingreso.

Entre las complicaciones más frecuentes de la colonoscopia están la hemorragia y la perforación, con una incidencia del 1-2 y 1-0,2%, respectivamente²⁻⁴.

Otras complicaciones como el vólvulo o la hernia incarcerada son menos frecuentes⁵.

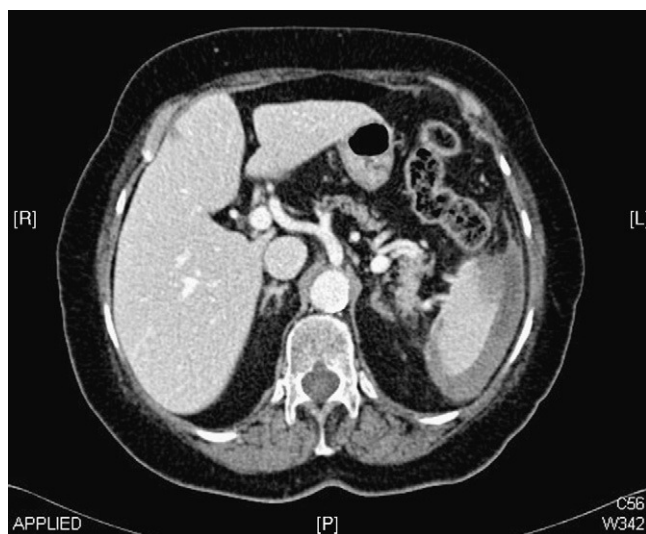


Figura 1 Laceración esplénica, hematoma periesplénico y hemoperitoneo de pequeña cuantía.

Desde 1974, cuando Wherry y Zehner describieron el primer caso de rotura esplénica tras colonoscopia, tan solo se han reportado 72 casos a pesar del aumento del número de colonoscopias⁶.

Se han descrito 3 mecanismos posibles como desencadenantes^{2,7,8}:

1. El traumatismo directo sobre el bazo al pasar el endoscopio por el ángulo esplénico.
2. Una excesiva tracción sobre el ligamento esplenocólico, produciendo la rotura de la cápsula esplénica.
3. Una excesiva tracción sobre adherencias previas del colon sobre el bazo, secundarias a procesos inflamatorios o a cirugías previas.

Los síntomas habitualmente comienzan en las primeras 24 h, pero ocasionalmente pueden ocurrir días después^{8,9}.

Lo presentación más frecuente es el dolor en hipocondrio izquierdo, con irradiación al hombro izquierdo (signo de Kehr) y signos de peritonismo, que pueden acompañarse de anemia o incluso shock hipovolémico⁷.

La primera prueba que se debe realizar ante la sospecha de una complicación tras colonoscopia es la radiografía de abdomen. Una vez descartado el neumoperitoneo, si la clínica persiste, debe solicitarse una TAC abdominal para descartar otras complicaciones menos frecuentes⁸, siendo la prueba de elección para la rotura esplénica. Valora la extensión, la existencia de hemoperitoneo, y la presencia de sangrado activo con el uso de contraste^{2,7,9}.

En pacientes en los que no es posible realizar dicha prueba, la ecografía abdominal es de gran utilidad⁷.

El tratamiento depende de la estabilidad hemodinámica, del grado de la lesión y de la presencia de sangrado activo.

En casos seleccionados, con lesiones de pequeño tamaño, sin inestabilidad hemodinámica y sin sangrado activo, puede optarse por el tratamiento conservador, como ocurre en nuestro caso.

Para el control del sangrado activo, la embolización de la arteria esplénica puede ser útil en determinados pacientes^{7,10}, aunque la esplenectomía continúa siendo el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.

Bibliografía

1. Dominitz JA, Eisen GM, Baron TH, Goldstein JL, Hirota WK, Jacobson BC, et al. Complications of colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:441-5.
2. Vilallonga R, Armengol JR, Baena JA, Dot J, Armengol M. Rotura esplénica después de fibrocolonoscopia. Complicación excepcional. *Cir Esp.* 2010;87:46-58.
3. Guerra JF, San Francisco I, Pimentel F, Ibañez L. Splenic rupture following colonoscopy. *World J Gastroenterol.* 2008;14:6410-2.
4. Espinal EA, Hoak T, Porter JÁ, Sleak FA. Splenic rupture from colonoscopy. *Surg Endosc.* 1997;11:71-3.
5. Vázquez-Iglesias JL, Alonso PA, Durana J. Colonoscopia. En: Vázquez-Iglesias, J.L., editor. *Endoscopia digestiva. Diagnóstica y terapéutica.* Madrid: Panamericana; 2008. p. 116-48.

6. Theodoropoulos J, Krecioch P, Myricks S, Atkins R. Delayed presentation of a splenic challenge. *Int J Colorectal Dis.* 2010;25:1033-4.
7. de Vries J, Ronner HR, Oomen APA, Linkskens RK. Splenic rupture following colonoscopy, a rare complication. *Neht J Med.* 2009;67:230-3.
8. Prowda JC, Trevisan SG, Lev-Toaff AS. Splenic injury after colonoscopy: conservative management using CT. *AJR.* 2005;185:708-10.
9. Capellani A, di Vita M, Zanghi A, Cavallero A, Alfano G, Piccolo G, et al. Splenic rupture after colonoscopy: report of a case and review of literature. *World J Emerg Surg.* 2008;3:8.
10. Lalor PF, Mann BD. Splenic rupture after colonoscopy. *JSLs.* 2007;11:151-6.

Laura Casanova Martínez*, Eduardo Martín Arranz, Pilar Vázquez López, Marta Jaquotot Herranz, Pedro Mora Sanz y José M. Segura Cabral

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laucasanovam@gmail.com (L. Casanova Martínez).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.03.010

Invaginación intestinal por lipoma de colon de gran tamaño. Tratamiento laparoscópico

Giant lipoma-induced colonic intussusception. Laparoscopic management

Sr. Director:

La invaginación o intususcepción del colon es una entidad infrecuente. La mayoría de las veces se diagnostica en la infancia y solo el 5% en población adulta¹. En el 83-93%²⁻⁴ de los casos se identifica una lesión subyacente. Las lesiones benignas causantes de invaginación cólica son en gran parte lipomas, adenomas e hiperplasias linfoides, mientras que las malignas corresponden casi siempre a adenocarcinomas de colon¹⁻³.

Los estudios más antiguos mostraban un mayor porcentaje de invaginaciones cólicas frente a las entéricas (65 vs 35%¹, 62 vs 38%²), invirtiéndose dicha proporción conforme nos acercamos a la fecha actual (75 vs 25%³, 33 vs 61%⁴). Dicho cambio puede deberse a que la detección precoz de cáncer de colon hace que disminuya el número de lesiones de tamaño suficiente como para producir una invaginación⁴.

La sintomatología es fundamentalmente crónica o subaguda. El síntoma más habitual es el dolor abdominal, seguido

por náuseas y vómitos. En menor medida aparecen melenas o hematoquecia, presencia de masa abdominal o alteración del ritmo intestinal.

Con la utilización de la tomografía computarizada (TC) se llega al diagnóstico preoperatorio hasta en el 83-85%⁴ de los pacientes haciendo posible realizar un estudio más completo de la lesión y plantear un mejor abordaje terapéutico.

En general, el tratamiento es quirúrgico, con resección intestinal en la mayoría de los casos. En algunas situaciones especiales, la actitud expectante puede llevar a la resolución del problema por sí mismo.

Presentamos el caso de una mujer de 74 años que consulta por cuadro de 2 años de evolución de vómitos posprandiales ocasionales, ritmo intestinal irregular con episodios diarreicos autolimitados de 24 h de duración, con 2-3 deposiciones al día sin productos patológicos y pérdida de 8 kg en el último año. Como antecedentes personales destacan diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y apendicectomía hacia 20 años. La paciente refería haber sido estudiada al inicio del cuadro en otro centro mediante análisis, ecografía abdominal, enema opaco y colonoscopia, sin resultados concluyentes, aunque no aportaba informes. En la exploración física no se encontraron alteraciones de interés.

Se decide realizar gastroscopia y TC abdominal (fig. 1). En la primera no hay datos relevantes, mientras que en la TC se encuentra una lesión intraluminal de densidad grasa, de

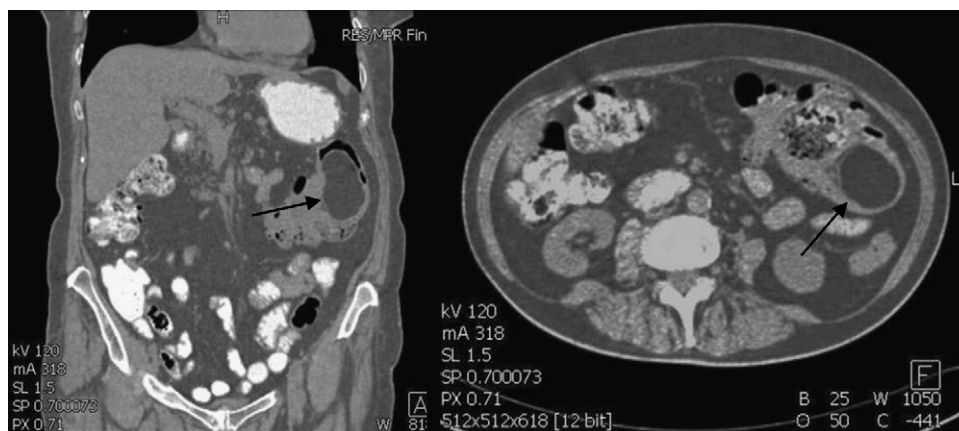


Figura 1 Cortes coronal y axial de lipoma.