

ROTURA ESPLÉNICA COMO COMPLICACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA, POCO FRECUENTE PERO DEBEMOS ESTAR ALERTA

Dra. Ana María Cruz López¹ / Dr. Antonio Arnal Meinhardt¹ / Dra. Carmen Aguirán Esquej² / Dra. Beatriz de Juan Barquilla²

¹FEA de Urgencias. Hospital Comarcal de Alcañiz. Teruel

² Residente Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Comarcal de Alcañiz. Teruel

RESUMEN

La colonoscopia es un técnica de rutina utilizada en el diagnóstico y tratamiento de las patologías colorrectales. Su uso se ha incrementando en nuestros días, es el gold standar como método de screening del cáncer colorrectal. Las complicaciones más frecuentes son la perforación colónica y la hemorragia intraluminal. La rotura esplénica es otra de las complicaciones de la colonoscopia aunque su aparición no es muy frecuente.

EL diagnóstico debe realizarse a tiempo, los pacientes pueden deteriorarse e inestabilizarse hemodinámicamente y puede llegar a ser grave. Suelen requerir tratamiento quirúrgico urgente, generalmente una esplenectomía.

Los profesionales médicos debemos estar alerta ante los síntomas y presentar un alto índice de sospecha de la rotura de bazo para diagnosticarla y tratarla sin demora, para evitar un fatal desenlace.

Presentamos el infrecuente caso de rotura de bazo tras realizar una colonoscopia.

PALABRA CLAVE

colonoscopia, rotura esplénica, complicación

ABSTRACT

Colonoscopy is a routine procedure in the diagnosis and treatment of colorectal pathologies. Nowadays the number of colonoscopies is increasing worldwide, in fact it is the gold standard to colon cancer screenings.

Bowel perforation and bleeding are the most frequently observed complications of colonoscopy. Splenic injury has also been described. It is an uncommon, but life threatening complication, as patients may present a rapid clinical deterioration and hemodynamic instability. Splenectomy is required in most of cases. Emergency medicine physicians need to consider splenic injury for an early diagnosis and adequate therapy.

We describe a rare case of a splenic rupture that occurred after a colonoscopy.

KEY WORDS

colonoscopy, splenic injury, complication

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 61 años, con antecedentes médicos de poliposis múltiple colónica en estudio. Hacía un mes se le había realizado una colonoscopia, el procedimiento tuvo lugar sin complicaciones bajo sedación del paciente y en la que le realizaron poliplectomía de 20 pólipos. El paciente no tomaba tratamientos crónicos y como antecedentes quirúrgicos previos refería colecistectomía.

Acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital Comarcal tras presentar durante la noche dolor abdominal brusco muy intenso en el flanco izquierdo. Presentó náuseas un vómito y presíncope. El paciente refirió que presentaba dolor en esa zona abdominal el día previo de su asistencia pero de menor intensidad.

A la exploración de constantes a su llegada presentaba tensión arterial 93/60 mmHg, frecuencia cardiaca 102 p.m y temperatura 35.6°C. El paciente se encontraba con mal estado general, consciente, orientado, sudoroso y con intensa palidez cutánea. La exploración abdominal reveló un abdomen distendido, doloroso difusamente y con signos peritoneales en hemiabdomen inferior. Ante la inestabilidad hemodinámica del paciente, se inician maniobras de resucitación con fluidoterapia, cristaloides intravenosos.

Los valores analíticos destacables: Hb 10.6g/dl, Htco 30.4%, leucocitosis 17.000/mm³, 89.5% neutrófilos, creatinina 2.31mg/dl, proteína C reactiva 10.31mg/dl, y en la gasometría venosa lactato 8.4mmol/L, pH 7.16, bicarbonato 17.6 mmol/L, exceso de base -10.9 mmol/L. En una analítica previa presentaba una Hb de 15.1g/dl, se había producido una caída de cinco puntos.

La radiografía de tórax y abdomen no presentaban hallazgos específicos, no había signos de neumoperitoneo, no elevación de hemidiafragma izquierdo. Se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal urgente la cual informó de esplenomegalia con densidad heterogénea sugestivo de rotura esplénica y hemoperitoneo (Fig. 1).

Se realizó interconsulta al servicio de cirugía, fue valorado y se indicó laparotomía urgente realizándose una esplenectomía. El hallazgo

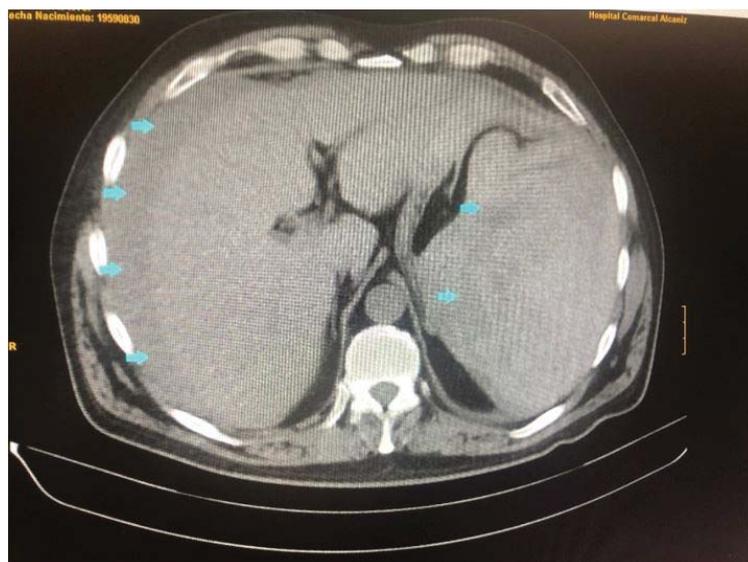


Fig. 1. Bazo aumentado de tamaño con imágenes lineales hipocogénicas compatibles con rotura esplénica. Hemoperitoneo asociado.

macroscópico durante la cirugía (Fig. 2) fue de un bazo con hematoma subcapsular y rotura de su cápsula con evidente hemoperitoneo. El paciente precisó intraoperatoriamente dos concentrados de hemáties.

La anatomía patológica posterior informó de la pieza de bazo con hematoma subcapsular y rotura esplénica con zonas de hemorragia, el parénquima no tenía alteraciones.

El postoperatorio cursó sin complicaciones y a los 7 días el paciente fue dado de alta a su domicilio.

DISCUSIÓN

La colonoscopia es un procedimiento diagnóstico que cada vez en nuestros días está siendo más utilizada, uno de los motivos es su uso como método de screening para el cáncer colorrectal. Es una prueba segura pero tiene sus complicaciones, las más frecuentes la perforación, que tiene una frecuencia aproximada del 0.1-0.2% y la hemorragia intraluminal con 1%¹. La rotura o laceración esplénica es otra de las complicaciones menos frecuente que debemos tener en cuenta, su incidencia se estima en 0.004%².

El primer caso publicado de traumatismo esplénico secundario a la realización de una co-

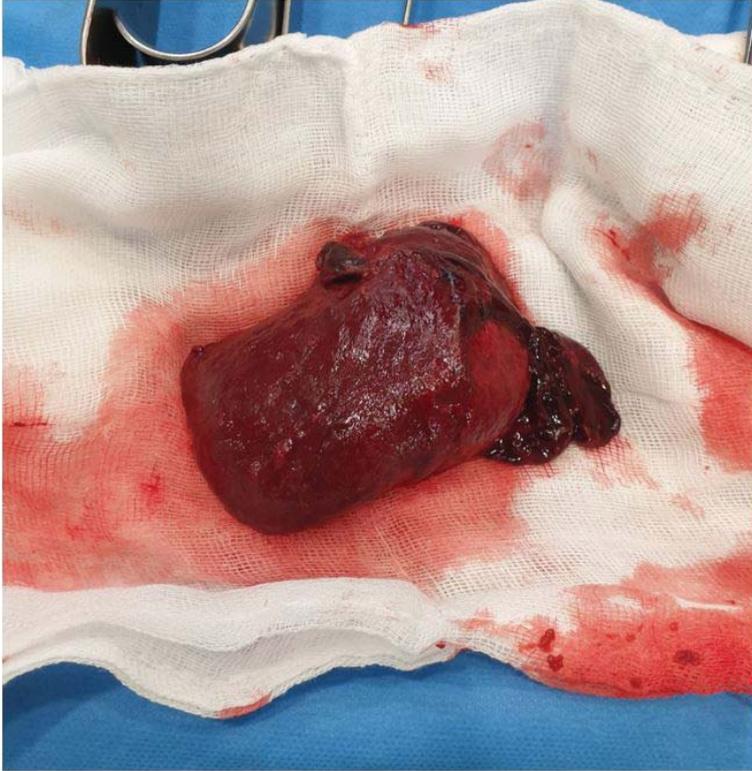


Fig. 2. Pieza quirúrgica. Se observa ruptura de la cápsula esplénica.

lonoscopia fue publicado por Wherry y Zehner en 1974³, desde entonces no son muchos los casos publicados. La causa de este infradiagnóstico se cree que es debida a que algunas de las complicaciones se manifiestan durante el procedimiento y se actúa en ese mismo momento, en otros casos los pacientes presentan leves síntomas⁴ y solo los casos graves han sido publicados.

Se han descrito como factores de riesgo de la rotura de bazo: el sexo femenino, la esplenomegalia, adherencias debidas a cirugías previas, enfermedades inflamatorias del colon, polipectomías o biopsias y la toma de anticoagulantes orales⁵. Skipworth et al. en una revisión de 63 casos en Reino Unido concluye que el 55.6% de los casos revisados presentaron rotura de bazo como complicación de polipectomía o biopsia realizada durante la colonoscopia⁵. Nuestro paciente fue sometido en la colonoscopia a polipectomía múltiple, lo que puede ser uno de los factores de riesgos.

Respecto a los mecanismos mecánicos más frecuentes que pueden afectar y dañar al bazo encontramos una excesiva tracción del ligamento espleno-cólico durante la técnica, en estas situaciones se puede lesionar la cápsula del órgano o producir desgarro de la víscera.

Este mecanismo se produce más fácilmente en paciente con intervenciones quirúrgicas abdominales previas o procesos inflamatorios que han producido adherencias en esa zona⁶. Los traumatismos directos sobre el órgano en el trascurso del paso del colonoscopio por el ángulo esplénico o realizar en esa zona polipectomías o biopsias⁷, es otro mecanismo causante. Adoptar la posición de decúbito lateral izquierdo del paciente mientras se realiza la colonoscopia puede ser una medida que los endoscopistas pueden valorar para prevenir la tensión del ligamento colono-esplénico

La aparición de los síntomas tras realizar la endoscopia se define en algunos estudios como los presentados en los treinta días posteriores a la realización de la prueba⁸ aunque la media de aparición es entre 24 horas y 10 días posteriores⁹. En nuestro caso la presentación de los síntomas fue más tardía, la colonoscopia se había realizado 29 días antes. La lesión esplénica produjo una lesión subcapsular con la formación de un hematoma contenido por la cápsula, estuvo bien tolerado de forma asintomática hasta que evolucionó a la rotura capsular y debutó con la clínica dolor abdominal súbito en flanco izquierdo.

Los síntomas más frecuentes son el dolor

Notas Clínicas

abdominal en cuadrante superior izquierdo, de características intensas acompañado en ocasiones del signo de Kehr, o dolor en el hombro izquierdo por irritación peritoneal diafragmática causada por hemoperitoneo. Jehangir *et al*¹⁰ describe en su estudio de revisión sistemática que el 40.9 % de los pacientes presentan este signo. Otros síntomas son más inespecíficos como náuseas, vómitos, mareo o incluso síncope.

El TAC abdominal es el gold standar como prueba diagnóstica para diagnosticar las complicaciones de hemorragia extraluminal, perforación colónica y traumatismo esplénico ya sea rotura o laceración de la víscera y nos permite valorar la existencia de hemoperitoneo. Su uso con contraste intravenoso tiene una sensibilidad del 97% para identificar sangrado activo, y 99% para el hematoma periesplénico¹¹. En nuestro caso no se utilizó contraste por presentar el paciente valores elevados de creatinina.

Respecto al tratamiento, la esplenectomía urgente es la elección cuando nos encontramos

ante pacientes inestables hemodinámicamente. Otros tratamientos son la embolización angiográfica de la arteria esplénica, técnica no disponible en todos los hospitales, como es nuestro caso, y la opción terapéutica de actitud conservadora. Esta última puede llevarse a cabo en situación de estabilidad hemodinámica, hematoma subcapsular, hilio conservado y ausencia de hemoperitoneo¹². Hay autores como Petrone¹¹ que no consideran el hemoperitoneo moderado una contraindicación del tratamiento no operatorio. El tratamiento conservador debe llevarse a cabo en centros con unidades de cuidados intermedios o intensivos.

La rotura esplénica tiene una cifra de mortalidad del 5%¹². Nos encontramos ante un cuadro infrecuente pero que puede tener un fatal desenlace. Los profesionales médicos deben sospechar esta entidad para poder realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de dolor abdominal agudo, no retrasar el diagnóstico y el tratamiento urgente

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerra JF, San Francisco I, Pimentel F, Ibanez L. Splenic rupture following colonoscopy. *World J Gastroenterol.* 2008;14(41):6410-2.
2. de Vries J, Ronnen HR, Oomen APA, Linskens RK. Splenic rupture following colonoscopy, a rare complication. *Netherlands Journal of Medecine.* 2009;67(6):230-233.
3. Wherry DC, Zehner H. Colonoscopy-fiberoptic endoscopic approach to the Colon and polypectomy. *Med Ann Dist columbia*1974;43:189-192.
4. Piccolo G, Di Vita M, Cavallaro A, Zanghì A, Lo Menzo E, Cardì F, et al. Presentation and management of splenic injury after colonoscopy: A systematic review. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy and Percutaneous Techniques* 2014;24:95-102.
5. Skipworth JRA, Raptis DA, Rawal JS, Damink SO, Shankar A, Malago M, Splenic injury following colonoscopy - An underdiagnosed, but soon to increase, phenomenon? *Ann R Coll Surg Engl.* 2009;91:6-11.
6. E Lahat, A Nevler, M Batumsky, R Shapiro, O Zmora, M Gutman. *Tech Coloproctol.* 2016;20(3):163-9.
7. Shah PR, Raman S, Haray PN. Splenic rupture following colonoscopy: Rare in the UK? *Surgeon* 2005;3(4):293-5.
8. A Reumkens, EJA Rondagh, CM Bakker, B Winkens, Ad AM Masclee, S Sanduleanu. *Am J Gastroenterol* 2016;111(8):1092-101
9. Taylor FC FHRK. Late presentation of splenic trauma after routine colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 1989;84(4):442-3.
10. Jehangir A, Poudel DR, Masand-Rai A, Donato A. A systematic review of splenic injuries during colonoscopies: Evolving trends in presentation and management *Int J Surg.* 2016;33:55-9.
11. Petrone P, Anduaga Peña MF, Servide Staffolani MJ, Brathwaite C, Axelrad A, Ceballos Esparragón J. Evolución en el tratamiento conservador del traumatismo esplénico contuso. *Cir Esp.*2017;95(8):420-427.
12. Ha JF, Minchin D. Splenic injury in colonoscopy: A review. *International Journal of Surgery.* 2009 ;7(5):424-427.