



P-618 - CAUSAS INFRECIENTES DE ROTURA ESPLÉNICA: OPCIONES DE TRATAMIENTO CONSERVADOR

Fernández Candela, Alba; López Rodríguez-Arias, Francisco; García Catalá, Luis; Curtis Martínez, Carolina; Bosch Ramírez, Marina; Lillo García, Cristina; Lario Pérez, Sandra; Arroyo Sebastián, Antonio

Hospital General Universitario, Elche.

Resumen

Introducción: La ruptura esplénica es una urgencia potencialmente mortal cuya etiología es, en la mayoría de los casos, un traumatismo. No obstante, en la literatura hay descritas otras causas no traumáticas, las cuales son extremadamente raras, pero asocian igualmente una mortalidad considerable. Entre éstas destacan las neoplasias (30%) como las leucemias o el linfoma, las causas infecciosas (27%) como la mononucleosis o la infección por CMV o VIH, y por último las causas inflamatorias (20%) como la pancreatitis crónica y aguda.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 70 años hipertenso, con antecedentes de pancreatitis crónica, que acude a urgencias por dolor abdominal de 24h de evolución localizado en epigastrio asociado a palidez mucocutánea. El mes previo precisó ingreso por episodio de reagudización de su pancreatitis. Se le realiza una analítica urgente en la que destaca una marcada elevación de los reactantes de fase aguda y una hemoglobina de 8,5. El paciente está estable, por lo que se decide realizar un TC urgente en el que se visualiza un gran hematoma subcapsular esplénico, con áreas hipodensas en el polo superior compatibles con infartos, moderada cantidad de líquido libre que corresponde a hemoperitoneo y no se identifican focos de sangrado activo. Además, se observa un páncreas atrófico con calcificaciones y un pequeño pseudoquiste adyacente a la cola del páncreas. También se aprecia una disminución en la vascularización venosa del hilio esplénico con aumento de la circulación colateral. Ante estos hallazgos radiológicos y la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente se decide actitud conservadora con monitorización constante en la unidad de cuidados críticos quirúrgicos (UCCQ). Durante su estancia en la UCCQ el paciente precisó transfusión de 4 concentrados de hematíes hasta alcanzar una hemoglobina estable de 10,4. Tras 5 días de estabilidad hemodinámica en los que el paciente permaneció en reposo absoluto y sin precisar más transfusiones, se inicia tolerancia a líquidos y se decide continuar el seguimiento en planta. Durante su estancia en planta el paciente evoluciona favorablemente. Al 10º día se le realiza un TC de control en el que se observa la resolución del hemoperitoneo con estabilidad del hematoma subcapsular, por lo que inicia deambulación. Finalmente, tras 2 semanas de vigilancia estrecha hospitalaria, se decide alta domiciliaria.

Discusión: El diagnóstico de la rotura esplénica en ausencia de traumatismo es muy difícil y requiere un alto índice de sospecha en caso de pancreatitis. Además, debido a su singularidad, no existen guías clínicas sobre cómo manejar esta entidad, por lo que su tratamiento en la urgencia

supone un reto para el facultativo. Cabe destacar que el tratamiento conservador es la actitud inicial a seguir, siempre y cuando la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente lo permita.