



P-598 - ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA TIPO A: A PROPÓSITO DE UN CASO

Villaseñor Cerdá, Elena; Ariño Maties, Juan; Naranjo Romaguera, Patricia; Beltrán Sampayo, Noemí; Conde Ric, Andrea; Sáez Ruiz, Susana; Aguilera Capsir, Eva; Fernández Martínez, Cristina

Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

Resumen

Objetivos: La rotura esplénica en ausencia de traumatismo o patología esplénica previa es una entidad poco frecuente. El diagnóstico tardío puede ser potencialmente mortal. Presentamos el caso de una rotura esplénica espontánea en el contexto de infección por virus influenza tipo A, siendo la primera manifestación de esta.

Caso clínico: Paciente mujer de 52 años con antecedentes de tabaquismo. Consultó en Urgencias por síncope precedido de pródromos con recuperación completa. Asociaba dolor en hipocondrio izquierdo. Exploración: regular estado general, hipotensión (TA 68/62 mmHg) y taquicardia sinusal (115 lpm). Abdomen con signos de irritación peritoneal generalizada a la palpación y dolor de gran intensidad predominante en hipocondrio izquierdo. Analítica urgente: hemoglobina 8,4 g/dL, creatinina 2,02 mg/dL, urea 77 mg/dL, CK 55 U/L, troponina I 111,82 ng/L, mioglobina 583,8 ng/dL, PCR 12 mg/L y procalcitonina 1,14 ng/mL. TC toraco-abdomino-pélvico: abundante líquido libre en todos los cuadrantes, cuya densidad era compatible con hemoperitoneo. Bazo con alteración de su morfología, extravasación de contraste en fase arterial en hilio esplénico, imágenes hipodensas sugestivas de laceración esplénica tipo V y colección subcapsular. Se decidió intervención quirúrgica urgente, realizándose laparotomía exploradora y esplenectomía reglada. En el posoperatorio inmediato presentó insuficiencia respiratoria aguda. Ante sospecha de TEP, se solicitó AngioTC, siendo negativo para este. Se solicitó serología vírica para Influenza A, Influenza B y SARS-CoV-2, siendo positiva para gripe A. Precisó ingreso en UCI durante 7 días para terapia respiratoria con ONAF (FiO₂ 60%), soporte vasoactivo y tratamiento con oseltamivir y levofloxacino. La evolución clínica posterior fue satisfactoria.



Discusión: La causa más frecuente de rotura esplénica es la secundaria a un traumatismo. En otras ocasiones, esta puede hallarse sin traumatismo previo, denominándose rotura esplénica espontánea. Las infecciones virales por citomegalovirus, virus Epstein-Barr y, recientemente, SARS-CoV-2, corresponden a uno de los motivos más frecuentes de rotura atraumática. En estos casos, la respuesta inmunitaria que se desencadena produce infiltración del parénquima esplénico por linfocitos atípicos, ocasionando desaparición de la arquitectura normal del bazo y mayor fragilidad de este. La rotura esplénica espontánea puede ser la primera manifestación clínica del cuadro viral. La forma de presentación es muy variable, pudiendo manifestarse de manera paucisintomática, con dolor abdominal intenso o hasta en un *shock* hemorrágico. La prueba de imagen de elección es la tomografía axial computarizada con contraste intravenoso. La estabilización del paciente inicial con fluidoterapia, monitorización continua, transfusión de hemoconcentrados y, si precisa, soporte vasoactivo, es imprescindible. El tratamiento definitivo dependerá fundamentalmente de la estabilidad del paciente y del grado de lesión esplénica, pudiéndose realizar un manejo conservador, intervencionista (abordaje endovascular mediante arteriografía con embolización) o quirúrgico (esplenectomía). Si el paciente presenta inestabilidad hemodinámica o ante la sospecha de rotura del hematoma subcapsular con sangrado activo, el tratamiento de elección es la esplenectomía urgente. Ante un paciente que presenta dolor abdominal intenso o inestabilidad hemodinámica de manera concomitante con una infección viral, debemos de tener en cuenta el diagnóstico de rotura esplénica espontánea. Pese a que esta continúa siendo una entidad poco frecuente, el retraso diagnóstico conlleva a una alta mortalidad.