



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-723 - TROMBOSIS COMPLETA DE LA ARTERIA ESPLÉNICA, SINGULAR COMPLICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2

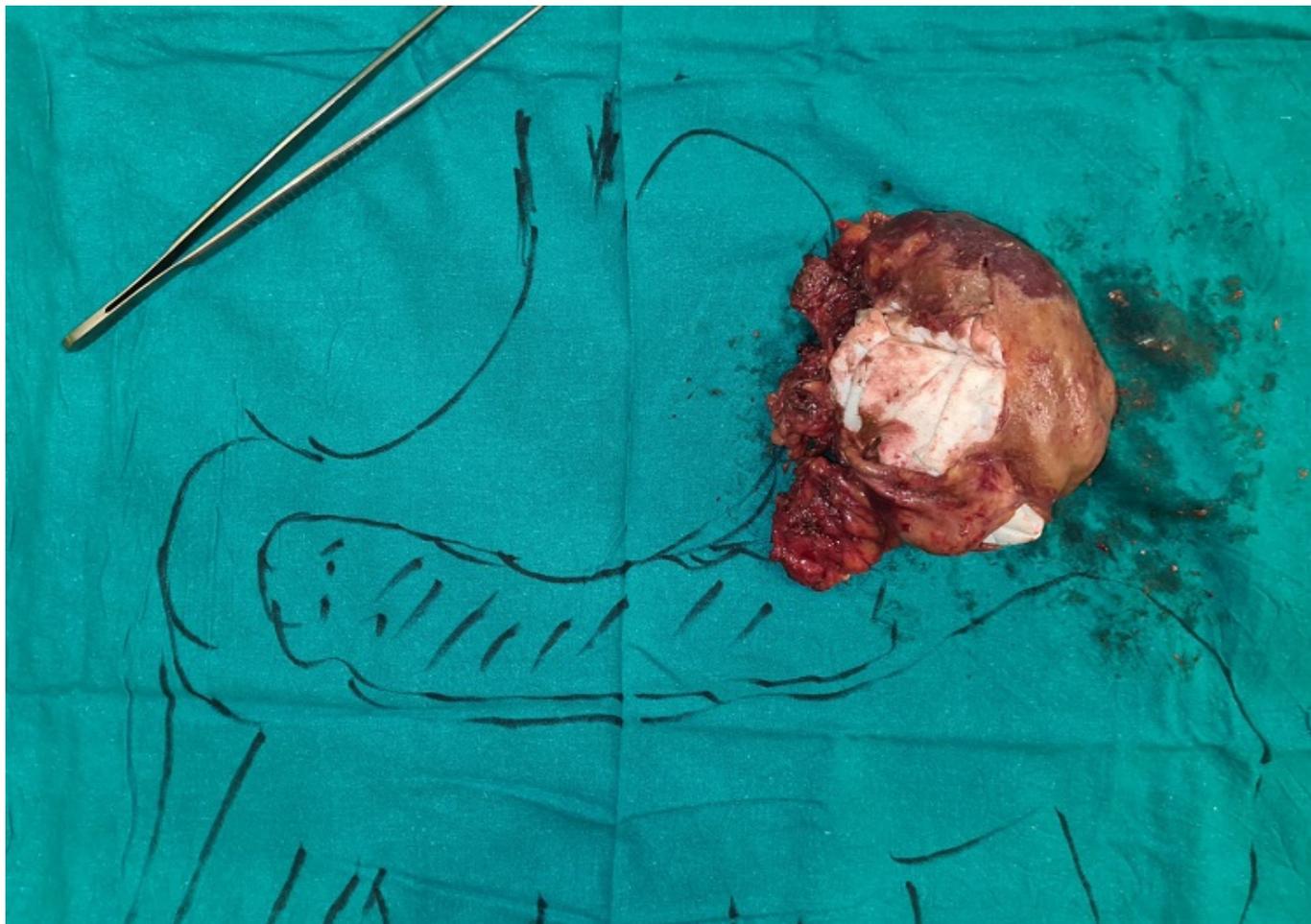
Gavilán Parras, Julio; Escalera Pérez, Raquel; MacMathuna, Seamus; Raposo Puglia, Daniel; Pérez Hernández, Noemí; Gutiérrez Cafranga, Estibaliz; García Molina, Francisco

Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción: Por todos es conocido el estado protombótico que genera la COVID-19, sin embargo, cuando hablamos de trombosis, es el tromboembolismo pulmonar (TEP) la manifestación más frecuente. No obstante, existen otras localizaciones cuyas complicaciones pueden generar cuadros catastróficos. Exponemos el caso de una trombosis completa de la arteria esplénica como consecuencia de la infección por SARS-CoV-2.

Caso clínico: Mujer de 62 años, HTA y con cólicos de repetición. Tras un ingreso en Urología por un cólico renal complicado se le realizó una PCR de coronavirus que resultó positiva. Fue alta al segundo día tras la realización de una nefrostomía percutánea. Tras cuatro días de ingreso, la paciente comenzó con dolor abdominal en hipocondrio derecho y fiebre, por lo que acudió de nuevo a urgencias. Ante la sospecha de una complicación posquirúrgica se solicitó un tac abdominal en el que se observó una trombosis completa de la arteria esplénica con un infarto asociado del 90% del parénquima esplénico. Tras tres semanas de ingreso con tratamiento conservador con escasa mejoría se realizó TAC en el que se apreciaba una progresión del infarto con necrosis de la cola pancreática así como dos colecciones intraabdominales. Ante estos hallazgos se decidió cirugía convencional urgente. Una vez movilizado el ángulo esplénico se comprobó que la mayor parte del bazo estaba necrosada, y la celda esplénica ocupada de líquido necrótico. Se completó la esplenectomía y se realizó un lavado extenso de la cavidad abdominal. Se dejaron dos drenajes. El posoperatorio inicial fue bueno, con tolerancia oral, correcta movilización de drenajes hasta el cuarto día, que comenzó de nuevo con fiebre y deterioro clínico. Se realizó nuevo TAC donde se evidenció una colección subsidiaria de drenaje quirúrgico. Tras la realización del mismo se confirmó la presencia de una fístula pancreática. Tras cuatro meses de ingreso se procedió al alta con el drenaje por persistencia de la fístula y control ambulatorio. Dos meses después se negativizaron las cifras de amilasa y desaparecieron completamente las colecciones pudiendo retirarse finalmente.



Discusión: Ante cuadros abdominales agudos en pacientes infectados por SARS-CoV-2 no debemos olvidar que la respuesta inflamatoria masiva puede provocar complicaciones poco comunes. Consideramos que el manejo conservador es la clave del tratamiento en los pacientes infectados por la COVID-19, ya la cirugía en pacientes con la infección eleva la morbimortalidad y debe reservarse para casos seleccionados.