



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-197 - ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA EN PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE

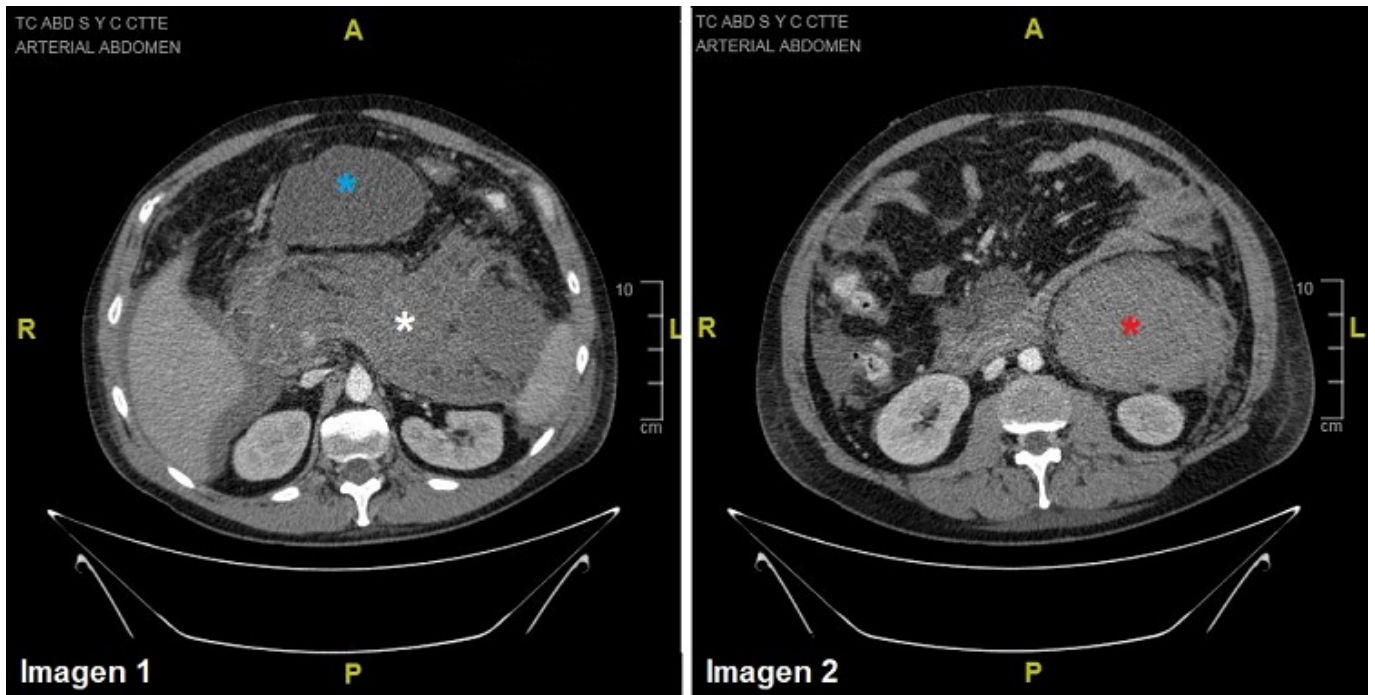
Ortín Navarro, Miriam; Cortés Climent, Javier; Pérez Climent, Nieves; Arlandis Félix, Francisco; Serra Díaz, Carlos

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Resumen

Introducción: La rotura esplénica espontánea, sin traumatismo previo, es una complicación infrecuente pero potencialmente mortal de la pancreatitis aguda necrotizante, precisando la realización de una esplenectomía urgente.

Caso clínico: Varón de 44 años, sin antecedentes personales de interés, que se encuentra ingresado en UCI desde hace 13 días por una pancreatitis aguda necrotizante de origen biliar. A su ingreso presentaba PCR 39,7 mg/dl, amilasa 2.533 U/L, lipasa 1.362 U/L, GOT 135 U/L, GPT 252 U/L, bilirrubina directa 1,55 mg/dl, glucemia 625 mg/dl y creatinina 3,23 mg/dl. En las TC abdominales que se realizaron desde el ingreso se observa una desestructuración del parénquima pancreático con necrosis del 85% del tejido (fig. 1, *blanco), junto con varias colecciones peripancreáticas (la mayor de 13 × 9 × 6 cm) (fig. 2, *azul), derrame pleural bilateral y trombosis completa de vena esplénica y parcial de la porta (motivo por el cual se anticoagula). Se realiza interconsulta a Cirugía por anemia hasta 6,3 g/dl, con estabilidad hemodinámica, realizando nueva TC donde se observa un hematoma retroperitoneal (fig. 2, *rojo) de 20 × 15 × 12 cm y pequeñas áreas de infartos esplénicos; se suspende anticoagulación y ante buena respuesta tras la transfusión de concentrados de hematíes se decide actitud expectante. 48 horas después presenta empeoramiento clínico súbito por shock hipovolémico, con hipotensión, bradicardia y aumento de la presión intraabdominal hasta 25 mmHg, con anemia hasta 4,7 g/dl, por lo que se decide laparotomía exploradora urgente. En la misma se objetiva hemoperitoneo secundario a rotura esplénica, realizando esplenectomía, drenaje de colección pancreática, lavado y aspirado de cavidad más packing y cierre temporal de abdomen (laparostomía). 24 horas después se realiza cirugía de revisión sin objetivar nuevos focos de sangrado por lo que se colocan drenajes y cierre definitivo de pared abdominal. Evolución posterior favorable, con reducción significativa del hematoma retroperitoneal, así como de las colecciones pancreáticas. Actualmente sigue controles en Cirugía y Endocrinología por insuficiencia pancreática secundaria.



Discusión: Pese a ser una complicación infrecuente, se debe tener presente la posibilidad de una rotura esplénica espontánea en aquellos pacientes con pancreatitis necrotizante de evolución tórpida, sobre todo en los que asocian trombosis de la vena esplénica. En casos de estabilidad hemodinámica se puede intentar el tratamiento conservador o la embolización de la arteria esplénica, pero cuando se presenta con inestabilidad hemodinámica la esplenectomía urgente es de elección.