



P-183 - ROTURA ESPONTÁNEA DEL BAZO: PRESENTACIÓN INUSUAL DEL CÁNCER PANCREÁTICO

Ortega Vázquez, Irene; Cuadrado García, Ángel; Fernández Sánchez, Rocío; Vaquero Pérez, María Antonia; Esteban Agustí, Enrique; Salinas Moreno, Silvia; Muñoz Fernández de Legaria, Marta; Picardo Nieto, Antonio Luis

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Resumen

Objetivos: Describir una forma de presentación excepcional de la neoplasia pancreática: la ruptura espontánea del bazo por infiltración tumoral.

Caso clínico: Presentación de un caso clínico de un paciente con una rotura espontánea de bazo, infiltrado por un cáncer de páncreas no conocido que se diagnosticó tras el estudio de la pieza de esplenectomía. Se trata de un varón de 41 años, con clínica previa de diarrea ocasional y molestias en HCI que acudió a urgencias por un síncope asociado a un abdomen agudo, sin traumatismo previo. Se realizó un TAC abdominal urgente que evidenció esplenomegalia de 14 cm con una laceración completa del parénquima y afectación del hilio esplénico, signos de isquemia en el parénquima esplénico y hemoperitoneo asociado (rotura grado IV). El paciente fue intervenido de manera urgente, objetivando hemoperitoneo de predominio en pelvis. Esplenomegalia con un bazo congestivo, con cambios de coloración sugestivos de zonas isquémicas y una rotura parcialmente contenida. La presencia de un plastrón de aspecto inflamatorio que englobaba el bazo, la cara posterior gástrica, el ángulo esplénico del colon, la cola de páncreas y el epiplón dificultó enormemente la movilización esplénica según la técnica de Mattox. Alrededor del hilo esplénico un tejido fibrótico e hipervascularizado complicó la disección hiliar, con desgarramiento repetido de los puntos de sutura. Se produjo un sangrado masivo de la arteria esplénica con imposibilidad para su control a nivel hiliar por la friabilidad del tejido hiliar, agravado por la retracción de la arteria, que se controló accediendo a la transcavidad y ligando la arteria esplénica próxima a su origen en el tronco celiaco. Se transfundieron intraoperatoriamente 8 concentrados de hematíes, 1 pool de plaquetas y 1.000 cc de PFC. El paciente desarrolló una colección de 6 cm en lecho esplenectomía. Los patólogos detectaron infiltración por adenocarcinoma de origen pancreático en el tejido patológico del hilio esplénico. Marcadores tumorales: CA 19,9 = 2668, CEA = 2,4. Se completó estudio de extensión toracoabdominal y resonancia pancreática que descartaron infiltración vascular o a distancia. Se reintervino al paciente practicando pancreatectomía corporocaudal, asociando gastrectomía subtotal 4/5 y colectomía segmentaria por infiltración por contigüidad. El informe anatomopatológico fue de adenocarcinoma ductal bien diferenciado de 4,5 cm con infiltración de las partes blandas peripancreáticas, pared gástrica y de intestino grueso: T3N1(3/28) y márgenes libres. El paciente presentó una fístula pancreática que evolucionó favorablemente con tratamiento conservador siendo dado de alta a las 5 semanas de la intervención. Se administró QT adyuvante. Desarrolla una recaída

local, peritoneal y hepática y fallece 6,5 meses después de la esplenectomía.



Discusión: La rotura esplénica es una complicación infrecuente por progresión de una neoplasia sólida pancreática, generalmente relacionada con la congestión esplénica por infiltración venosa. En pacientes sin neoplasia conocida, el diagnóstico suele ser incidental tras el análisis histológico. En la mayoría de los casos, el carcinoma pancreático infiltra de manera extensa el tejido esplénico. Debe realizarse un estudio histológico minucioso en todas las roturas esplénicas espontáneas, especialmente ante hallazgos intraoperatorios anómalos o sugestivos de pancreatitis, para excluir las neoplasias de páncreas.