

El PGP del caso presentado siguió progresando a pesar de tratamiento sistémico con corticoides y los inmunosupresores de la QT (folfox+bevacizumab).

Dentro de las terapias biológicas, el infliximab ha sido el más utilizado⁵. En el caso descrito, debido a la asociación del PGP con la neoplasia colorrectal en tratamiento con QT se recurrió al tratamiento sistémico con corticoides y no se utilizó tratamiento biológico por la posibilidad de progresión neoplásica.

La reubicación del estoma produce recurrencia en la nueva localización en la mayoría de los pacientes, sin embargo, en los pacientes con tratamiento sistémico asociado la recurrencia es menor. Cuando se realiza el cierre del estoma y no la reubicación, generalmente se produce la curación del PGP^{2,4}.

El caso descrito curó tras la cirugía sin recurrencia de PGP en la nueva ileostomía, posiblemente por la asociación del tratamiento sistémico preoperatorio y por la cirugía definitiva con exéresis del tumor primario y las metástasis.

El PGP asociado a carcinoma colorrectal y quimioterapia es una complicación rara, sin un tratamiento claramente definido. El tratamiento incluye pautas locales y sistémicas, sin embargo, cuando no hay respuesta, la exéresis del carcinoma colorrectal asociado puede contribuir a la curación del PGP. Son necesarios estudios prospectivos y aleatorizados que comparen los tratamientos locales, sistémicos y quirúrgicos.

Bibliografía

1. Kridin k, Cohen AD, Amber KT. Underlying systemic diseases in pyoderma gangrenosum: A systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Dermatol*. 2018;19:479–87.

2. Poritz LS, Lebo MA, Bobb AD, Ardell CM, Koltun WA. Management of peristomal pyoderma gangrenosum. *J Am Coll Surg*. 2008;206:311–5.
3. Miguel L, Hermosa E, Muñoz E, Jaén P. Pioderma gangrenoso periestomal asociado a cáncer de colon. *Medicina Clínica*. 2015;144:529.
4. Barbosa NS, Tolkachjov SN, El-Alzary RA, Davis MD, Camilleri MJ, McEvoy MT, et al. Clinical features, causes, treatments, and outcomes of peristomal pyoderma gangrenosum (PPG) in 44 patients: The Mayo Clinic experience, 1996 through 2013. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75:931–9.
5. Soto F, Vera C. Pioderma gangrenoso: terapias clásicas y emergentes. *Med Clin (Barc)*. 2017;149:256–60.

Francisco Villalba Ferrer^{a,b,*}, Leticia Julve Herraiz^a, Guillermo Valderas Cortés^a, Cintia Cifre Martínez^a, Germán Eleuterio Cerveró^a, Ana Villalba Segarra^b y Cristóbal Zaragoza Fernández^a

^a *Consorti Hospital General y Universitari de Valencia, Valencia, España*

^b *Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad CEU Cardenal Herrera, Alfara del Patriarca, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: flvferrer@hotmail.com (F. Villalba Ferrer).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.03.012>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Shock hemorrágico secundario a rotura esplénica no traumática como forma de presentación del cáncer de ángulo esplénico. A propósito del caso

Haemorrhagic shock secondary to non-traumatic spleen rupture as a manifestation of splenic flexure cancer: A case report

La rotura esplénica de origen traumático es la causa más frecuente y conocida de la lesión del bazo, sin embargo este órgano hematológico puede romperse en ausencia de trauma en bazos con afectación parenquimatosa por procesos neoplásicos, enfermedades hematológicas u otras afectaciones infecciosas¹.

La rotura de origen neoplásico es muy infrecuente, con escasas referencias en la bibliografía, siendo la causa más común los procesos linfoproliferativos primarios del bazo^{2,3}, si bien son aún más raros otros tipos de tumores⁴.

La etiopatogenia de la rotura no traumática está desencadenada por un aumento del tamaño del bazo, aumentos de



la presión del territorio de la arteria esplénica o infiltración patológica del hilio esplénico^{3,5}.

Clínicamente debemos sospechar una rotura esplénica en pacientes con dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo irradiado a la espalda con datos de irritación peritoneal y que, en muchos casos, evoluciona a un cuadro de *shock* hipovolémico con hipotensión y taquicardia de forma muy rápida.

Con la sospecha clínica, el diagnóstico debe confirmarse con una ecografía, y en aquellos pacientes con estabilidad hemodinámica se recomienda el estudio con una TAC abdominal.

El tratamiento *gold standard* es la esplenectomía urgente.

Presentamos el caso de un varón de 75 años de edad, hipertenso y sin otros antecedentes de interés, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo que se irradia al hombro ipsilateral de 12 h de evolución, asociado a fiebre de 38 °C. En la anamnesis refiere deposiciones melénicas y pérdida ponderal de unos 10 kg de peso en los últimos 6 meses.

A la exploración física el paciente presentaba regular estado general con palidez cutáneo mucosa y con tensión arterial sistólica de 90 mmHg y 120 lpm. El abdomen era



Figura 1 Corte axial del hematoma esplénico con laceración esplénica grado IV.

blando y depresible con dolor y defensa en el hipocondrio izquierdo. Los ruidos intestinales estaban disminuidos.

Analíticamente destacaba una hemoglobina de 7 g por decilitro, 17.000 leucocitos con neutrofilia y una PCR elevada.

Se canalizaron 2 vías venosas periféricas, y se inició una resucitación volumétrica con Ringer lactato mejorando las cifras de tensión arterial y corrigiendo la taquicardia, por lo que, dada la estabilidad hemodinámica se realizó una TAC de abdomen que objetivó un gran hematoma esplénico con una laceración esplénica grado IV (fig. 1), con abundante hemoperitoneo y un engrosamiento del ángulo esplénico del colon (fig. 2).

Se indicó laparotomía urgente, objetivándose un hemoperitoneo con una tumoración de unos 10 cm que englobaba ángulo esplénico del colon y bazo, con afectación del hilio y parénquima esplénico, así como infiltración de la glándula suprarrenal izquierda y la cola del páncreas, realizándose una resección en bloque de ángulo esplénico del colon, bazo, cola de páncreas y suprarrenal izquierda.

El paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta al 7.º día del postoperatorio.

El estudio patológico de la pieza evidenció un adenocarcinoma pobremente diferenciado de colon, con invasión linfocelular asociada y 3 adenopatías positivas de 33, con todos los márgenes de resección libres de tumor. Posteriormente el paciente recibió quimioterapia adyuvante, y a los 6 meses de la cirugía está libre de enfermedad.

La rotura no traumática del bazo es una entidad muy poco frecuente con muy pocos casos descritos en la literatura, si bien, cuando la causa subyacente es neoplásica, la principal etiología son procesos linfoproliferativos a nivel esplénico^{1,3}.

La presentación del cáncer de colon de ángulo esplénico como *shock* hemorrágico secundaria a rotura esplénica es una entidad aún más inusual, sin referencias en la literatura.

La etiopatogenia de la rotura esplénica no traumática es poco conocida, pero existen varias teorías que establecen que es de origen multifactorial por el aumento del tamaño del bazo, la asociación a infartos esplénicos, los trastor-

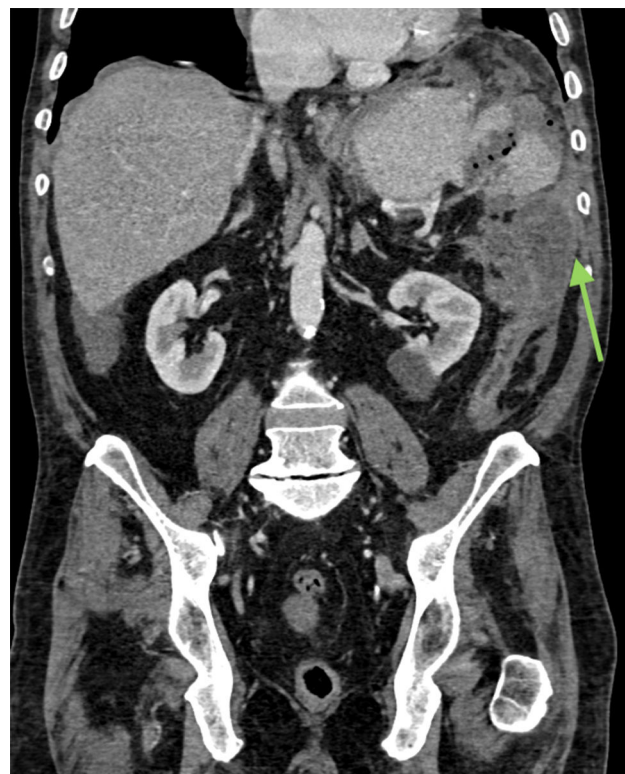


Figura 2 Corte coronal donde se objetiva engrosamiento del ángulo esplénico del colon.

nos de la coagulación, la infiltración tumoral del bazo, las enfermedades hematológicas con afectación esplénica y los procesos infecciosos^{1,2,5}. Cualquier proceso patológico que conlleve un aumento de presión en el territorio vascular del bazo, puede ser el desencadenante de la rotura del mismo, incluso se han descrito casos de rotura por compresión del bazo por contracción de la musculatura diafragmática y abdominal que ocurre en el mecanismo de Valsalva^{3,5}.

La rareza del caso no es el tumor primario, ya que el cáncer colorrectal representa la neoplasia con mayor incidencia en varones y mujeres en España, y que suele diagnosticarse en fases más precoces por clínica de alteraciones del hábito deposicional, pérdida ponderal y sangre en heces; sino por la forma de presentación, ya que el diagnóstico se llevó a cabo de forma intraoperatoria al objetivar que el tumor colónico había infiltrado el hilio y parénquima esplénico, conllevando a la rotura del mismo, con la consiguiente situación de *shock* hemorrágico.

En conclusión, a pesar de la rareza del cuadro, debemos sospechar en el servicio de urgencias la rotura del bazo en ausencia de traumatismo como causa de dolor abdominal súbito en HCI, y que se irradia característicamente a espalda y escápula izquierda y que puede evolucionar rápidamente a *shock* hipovolémico, siendo la cirugía el tratamiento de elección.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Lopez-Tomasetti Fernandez EM, Plasencia LD, Arteaga González IJ, Carrillo Pallares Á, Hernández Siverio N. Rotura no traumática del bazo: Experiencia con 10 casos. *Gastroenterol Hepatol*. 2007;30:585–91.
2. Aubrey-Bassler FKS, Sowers N. 613 cases of splenic rupture without risk factors or previously diagnosed disease: A systematic review. *BMC Emerg Med*. 2012;12:11, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-227X-12-11>.
3. Amaki J, Sekiguchi T, Hiraiwa S, Kajiwara H, Kawai H, Ichiki A, et al. Three cases of spontaneous splenic rupture in malignant lymphoma. *Int J Hematol*. 2018;108:647–51, <http://dx.doi.org/10.1007/s12185-018-2523-2>.
4. Swaid F, Shulman K, Alfici R, Kessel B. Spontaneous splenic artery rupture in a patient with an unclassified malignant spindle cell tumor of the spleen. *Int J Surg Oncol (NY)*. 2017;2:e14, <http://dx.doi.org/10.1097/ij9.000000000000014>.
5. Castaño Yubero C, Pérez Martín R, Mancebo Rojo Y, Guerra Garijo T. Rotura espontánea de bazo. A propósito de un caso. *Semergen*. 2007;33:485–7.

Iván Carmelo Soto-Darias^{a,*}, José López-Fernández^a, Said Fettane-Gómez^b, Esteban Pérez-Alonso^a y Juan Ramón Hernández-Hernández^a

^a *Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Islas Canarias, España*

^b *Departamento de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Islas Canarias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ivansd89@hotmail.com

(I.C. Soto-Darias).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.02.016>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.