



## CARTA CIENTÍFICA

## Rotura esplénica tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica



### Rupture of the spleen following endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Varón de 83 años con antecedente de estenosis bulbar, secundaria a úlcus péptico previo, que ingresó por colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis.

Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), con cierta dificultad para acceder a la papila por la estenosis bulbar descrita, objetivando varios defectos de repleción móviles a nivel del colédoco, uno de ellos de 20 mm de diámetro.

Se practicó una esfinterotomía convencional, y se extrajeron varios cálculos pequeños, sin conseguir extraer el cálculo de mayor tamaño, por lo que se colocó una prótesis plástica y se planteó una nueva CPRE con litotricia en un segundo tiempo.

A las 6 h del procedimiento el paciente presentó un cuadro de inestabilidad hemodinámica con descenso del hematocrito. Se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) urgente observando una rotura esplénica con un gran hematoma periesplénico, signos de sangrado agudo y hemoperitoneo (**fig. 1**). Ante la persistencia de la inestabilidad hemodinámica se realizó una laparotomía urgente, se eva-

cuó un hemoperitoneo de 2 l y se realizó una esplenectomía reglada.

En el postoperatorio inmediato requirió ingreso en la UCI donde se instauró tratamiento con sueroterapia, transfusión de 4 concentrados de hemáties y tratamiento antibiótico. La evolución fue favorable y fue dado de alta a los 8 días.

El informe anatomopatológico describía un bazo de  $6 \times 10 \times 3$  cm con notable congestión vascular en contigüidad con un hematoma parcialmente organizado y una superficie cruenta a nivel del hilio esplénico.

A los 3 meses se realizó una CPRE con litotricia y se completó la extracción del cálculo grande con éxito.

Las lesiones esplénicas tras técnicas endoscópicas han sido descritas fundamentalmente tras la colonoscopia, siendo excepcional tras una CPRE<sup>1,2</sup>.

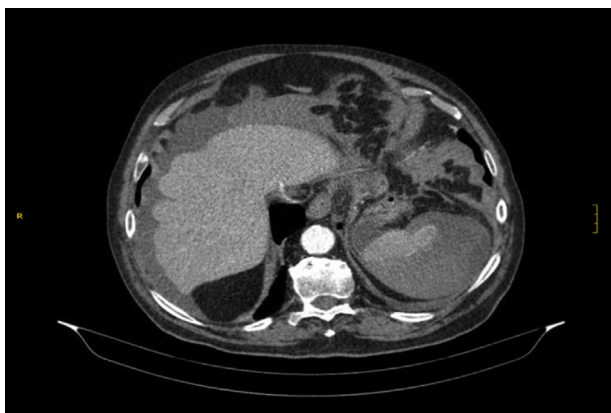
Las principales formas de presentación de las lesiones esplénicas son: contusiones/hematomas intraparenquimatosos, infartos, laceraciones, hematomas subcapsulares, rotura/estallido y lesiones hiliares.

El primer reporte publicado de lesión esplénica tras CPRE fue en 1989 por E. Tronsen et al.<sup>1</sup>. Desde entonces se han publicado hasta la actualidad un total de 26 casos (**tabla 1**).

El mecanismo patogénico exacto de las lesiones esplénicas tras una CPRE es incierto. Se han sugerido 3 factores predisponentes principales en la literatura: una tracción excesiva de los ligamentos esplenocólico o gastroesplénico (por una anatomía alterada secundaria a cirugía previa, exploración prolongada, hiperinsuflación gástrica...), una disminución de la movilidad entre el bazo y los órganos circundantes (presencia de adherencias, pancreatitis crónica...) y un traumatismo directo. La anticoagulación puede contribuir a multiplicar el riesgo de aparición de esta entidad<sup>3</sup>. En nuestro caso la dificultad para la canulación biliopancreática por la estenosis bulbar, pudo ser determinante en la patogénesis de la lesión, debido a un mayor tiempo de exploración con mayor manipulación del endoscopio y mayor tracción de los ligamentos esplenocólico y gastroesplénico. En estas situaciones una dilatación de la estenosis y un cambio postural del paciente podría ser beneficioso para disminuir el riesgo de lesión.

La presentación clínica es variada e incluye desde presentaciones insidiosas hasta cuadros de dolor abdominal agudo con inestabilidad hemodinámica. En los casos descritos el tiempo entre la realización de la CPRE y el diagnóstico abarca desde los pocos minutos hasta 6 días.

Para el diagnóstico radiológico se recomienda la realización de una TAC. En la actualidad el manejo es



**Figura 1** TAC abdominal con contraste. Laceración-rotura esplénica con un hematoma periesplénico, signos de sangrado agudo y hemoperitoneo.

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.11.022>

0210-5705/© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Tabla 1** Resumen de casos publicados de lesiones esplénicas post-CPRE

Primer autor	Comorbilidades	Tiempo hasta el diagnóstico	Hallazgos patológicos	Tratamiento
Trondsen et al. <sup>1</sup>	Pancreatitis post-CPRE	15 h	Decapsulación esplénica	Esplenectomía
Ong	Estenosis de CBC, tumor	48 h	Laceración esplénica	Esplenectomía
Lewis	Estenosis de CBC, tumor	9 h	Avulsión de vasos gástricos	Esplenectomía
Furman	Cirugía abdominal, pancreatitis post-CPRE	No consta	Hematoma subcapsular, absceso esplénico	Conservador (drenaje de absceso)
Wu	Cirugía abdominal	60 h	Decapsulación esplénica	Esplenectomía
Lo	Anastomosis Billroth I	48 h	Hematoma subcapsular	Conservador
Kingsley et al. <sup>5</sup>	PC, cirrosis VHC	24 h	Rotura esplénica	Esplenectomía
Badaoui	Ninguna	20 min	Laceración esplénica	Esplenectomía
Deist	Cirugía abdominal	8 h	Rotura esplénica	Esplenectomía
Dixon	PC	Min tras CPRE	Desgarro capsular	Esplenectomía
Zyromski y Camp <sup>3</sup>	Ninguna	24 h	Avulsión de vasos gástricos	Esplenectomía
Cho	Cirugía abdominal, PC	18 h	Laceración esplénica	Esplenectomía
Cortinas	Ninguna	Min tras CPRE	Rotura esplénica	Esplenectomía
Gaffney	PC, estenosis de CBC	6 días	Laceración esplénica	Conservador
Paredes	Ninguna	1 h	Laceración esplénica	Esplenectomía
Weaver	PC	Durante la noche	Hematoma periesplénico	Esplenectomía
Villalobos-G	Ninguna	2 h	Laceración esplénica	Esplenectomía
Geddoa	Estenosis pilórica dilatada	12 h	Rotura capsular	Esplenectomía
Geddoa	Ninguna	24 h	Laceración esplénica	Esplenectomía
Grammatopoulos	Estenosis de CBC, tumor	6 h	Rotura esplénica	Esplenectomía
Ahmad	Ninguna	30 min	Desgarro capsular	Esplenectomía
Lee	Cirugía abdominal	4 h	Hematoma periesplénico	Conservador
Montenovo et al. <sup>4</sup>	TH, estenosis de anastomosis biliar	8 h	Hematoma subcapsular	Embolización + esplenectomía
Al Momani	Gastrectomía parcial	Pocas horas	Hematoma subcapsular	Conservador
Pamudurthy	Ninguna	8 h	Decapsulación esplénica	Esplenectomía
Lubikowski et al. <sup>2</sup>	Hepatectomía izquierda	3 h	Rotura esplénica	Esplenectomía
Caso actual	Estenosis bulbar	6 h	Rotura esplénica	Esplenectomía

CBC: conducto biliar común; CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; Min: minutos; PC: pancreatitis crónica; TH: trasplante hepático.

preferentemente no quirúrgico y la cirugía ha quedado limitada a enfermos con inestabilidad hemodinámica o que presentan lesiones asociadas que requieren cirugía urgente. No obstante, comprobamos que, en 21 de los 26 casos descritos, y también en nuestro caso, ha sido necesaria la realización de laparotomía con esplenectomía para la resolución del cuadro.

La arteriografía con embolización de la arteria esplénica ha demostrado ser una terapia eficaz en el tratamiento de lesiones vasculares en enfermos estables hemodinámicamente o fáciles de estabilizar, habiendo sido usada en una ocasión como tratamiento puente a una esplenectomía no urgente<sup>4</sup>.

La mortalidad descrita ha sido de un único caso por fallo multiorgánico secundario a sepsis por pseudomonas<sup>5</sup>.

En resumen, es fundamental la sospecha clínica de esta complicación tan infrecuente tras una CPRE. El tratamiento dependerá del grado de estabilidad hemodinámica

del paciente y de la existencia de lesiones asociadas que requieran cirugía urgente.

## Bibliografía

1. Trondsen E, Rosseland AR, Moer A, Solheim K. Rupture of the spleen following endoscopic retrograde pancreatography (ERCP). Case report. *Acta Chir Scand*. 1989;155:75–6.
2. Lubikowski J, Piotuch B, Przedniczek M, Sabadosh R, Wojcicki M. Looking for a cause of the spleen rupture following endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2020;32:129–30.
3. Zyromski NJ, Camp CM. Splenic injury: A rare complication of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Am Surg*. 2004;70:737–9.
4. Montenovo M, Javed E, Bakthavatsalam R, Reyes J. Splenic Subcapsular Hematoma After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in a Liver Transplant Recipient: Case Report and Literature Review. *Exp Clin Transplant*. 2017;15:103–5.

5. Kingsley DD, Schermer CR, Jamal MM. Rare complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: Two case reports. *JSLs*. 2001;5:171-3.

Alba Cebrián García<sup>a,\*</sup>, Aida Rico Arrastia<sup>b</sup>,  
Belen González de la Higuera Carnicer<sup>c</sup>,  
David Ruiz-Clavijo García<sup>c</sup>, Soledad Montón Condón<sup>d</sup>  
e Ignacio Fernández-Urien Sainz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Reina Sofía, Tudela, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Cirugía General, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España*

<sup>c</sup> *Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España*

<sup>d</sup> *Servicio de Cirugía General, Hospital García Orcoyen, Estella, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [albacebriangarcia@gmail.com](mailto:albacebriangarcia@gmail.com)

(A. Cebrián García).