



Ruptura esplénica espontánea. Reporte de un caso

Daniel Alberto Chacón-Ovando,* Gustavo Zenteno-Guichard,† Jesús Ocampo,† Rommel Ramírez-López,*
Jesús Alberto Bahena-Aponte,‡ Jorge González,§ Itzel Ariana Campuzano-González,||
Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,¶ Mónica de Jesús Mosso,** Alfredo Colex-Machuca,*
Cindy Belén Larumbe-Hernández,** Gerardo Vázquez-Rodríguez,†† Quintín Héctor González-Contreras***

* Cirugía General, Hospital Gilberto Gómez Maza. † Hospital Ángeles Puebla. ‡ Cirugía General, Cirugía Gastrointestinal.
Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. § Estudiante de Medicina. Universidad Anáhuac CDMX. || Estudiante de Medicina UAMex.
¶ Patóloga. Clínica Hospital Central Militar. ** Médico Cirujano, Maestría en Heridas y Estomas. Clínica de Gastroenterología Integral, Nutrición y Obesidad en HMG.
†† Cirugía General, Titular del Curso de Cirugía General. Hospital Gilberto Gómez Maza.
*** Cirugía General, Coloproctología, Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. CDMX.

Spontaneous splenic rupture. Case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2024 / p. 120-123

RESUMEN

La ruptura de bazo espontánea, es una entidad poco frecuente, con cuadro clínico insidioso que pueden distraer al clínico a la hora de toma de decisiones, es importante establecer el diagnóstico a la brevedad para poder llevar a cabo un tratamiento quirúrgico eficaz, ya que el retraso de los mismos puede conllevar a desenlaces clínicos fatídicos.

Objetivos. Presentar y dar a conocer el cuadro clínico, herramientas diagnósticas y pautas de tratamiento de una entidad poco frecuente que amerita intervención quirúrgica de urgencia.

Palabras clave. Bazo, ruptura de bazo, abdomen agudo.

ABSTRACT

Spontaneous rupture of the spleen is a rare entity, with an insidious clinical scenario that can distract the clinician when making decisions. It is important to establish the diagnosis as soon as possible, in order to carry out effective surgical treatment since the delay of these, can lead to fatal clinical outcomes.

Objectives. Present and publicize the clinical picture, diagnostic tools and treatment guidelines of a rare entity that requires emergency surgical intervention.

Key words. Spleen, ruptured spleen, acute abdomen.

INTRODUCCIÓN

El bazo se encuentra situado en el cuadrante superior y posterior izquierdo del abdomen. Es un órgano intraperitoneal con una superficie serosa y se adjunta al retroperitoneo por ligamentos grasos.¹

Su eje mayor se localiza en la línea de la décima costilla, y su extremidad posterior a 3.5 a 4 cm de la línea media dorsal frente a la apófisis espinosa de la décima vértebra dorsal, su extremidad anterior llega hasta la línea media.²

El bazo tiene cuatro funciones básicas:

1. Filtración de la sangre: Supone el 25% de todo el sistema reticuloendotelial, filtrando constantemente sangre, elimina glóbulos viejos.
2. Funciones inmunológicas: Produce IgM y es responsable de la fagocitosis.
3. Función hematológica: Almacena eritrocitos, plaquetas y glóbulos blancos.
4. Función hemostática: Produce factor 8 y de von Willebrand que participan en la coagulación.¹

Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras
Tel.: 55 1353-6641. Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

El traumatismo abdominal es la causa más frecuente de rotura del bazo, el parénquima esplénico puede verse afectado por procesos hematológicos, infecciosos o tumorales e incluso romperse en ausencia de traumatismo.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 50 años de edad, niega antecedentes crónico degenerativos, quirúrgicos y traumáticos previos. Portador de obesidad mórbida con IMC 40.

Inicia padecimiento 3 hrs previas a ingreso hospitalario, con dolor abdominal agudo intenso de instauración rápida y progresiva, 10/10 en escala de EVA, con predominio en abdomen superior en hipocondrio izquierdo, con posterior dificultad para movimientos ventilatorios.

A la exploración física: frecuencia cardíaca 130, TA 90/60, frecuencia respiratoria 19, temperatura 36 °C, Glasgow 15/15, diaforesis, palidez de tegumentos, tórax con ruidos cardíacos hiperdinámicos, abdomen globoso por presencia de panículo adiposo, ruidos peristálticos apaga-

dos, dolor a la palpación generalizado, signos de Rovsing y Blumberg positivos.

Se inicia protocolo diagnóstico con TAC simple de abdomen la cual reporta líquido libre periesplénico y perigástrico (*Figura 1*).

Ante la inestabilidad hemodinámica se decide manejo quirúrgico de urgencia en donde se encuentran los siguientes hallazgos; hemoperitoneo de 3000 cc (*Figura 2*), lesión esplénica en polo inferior estrellada de 3 cm de diámetro aproximadamente. Se procede a realizar esplenectomía más colocación de drenaje, se da por terminado acto quirúrgico (*Figura 3 y 4*).

Posterior envío a sala de cuidados intensivos para vigilancia posoperatoria, se egresa a paciente al quinto día de operado.

DISCUSIÓN

En la rotura espontánea del bazo no se atribuye ningún desencadenante ni enfermedad asociada.³

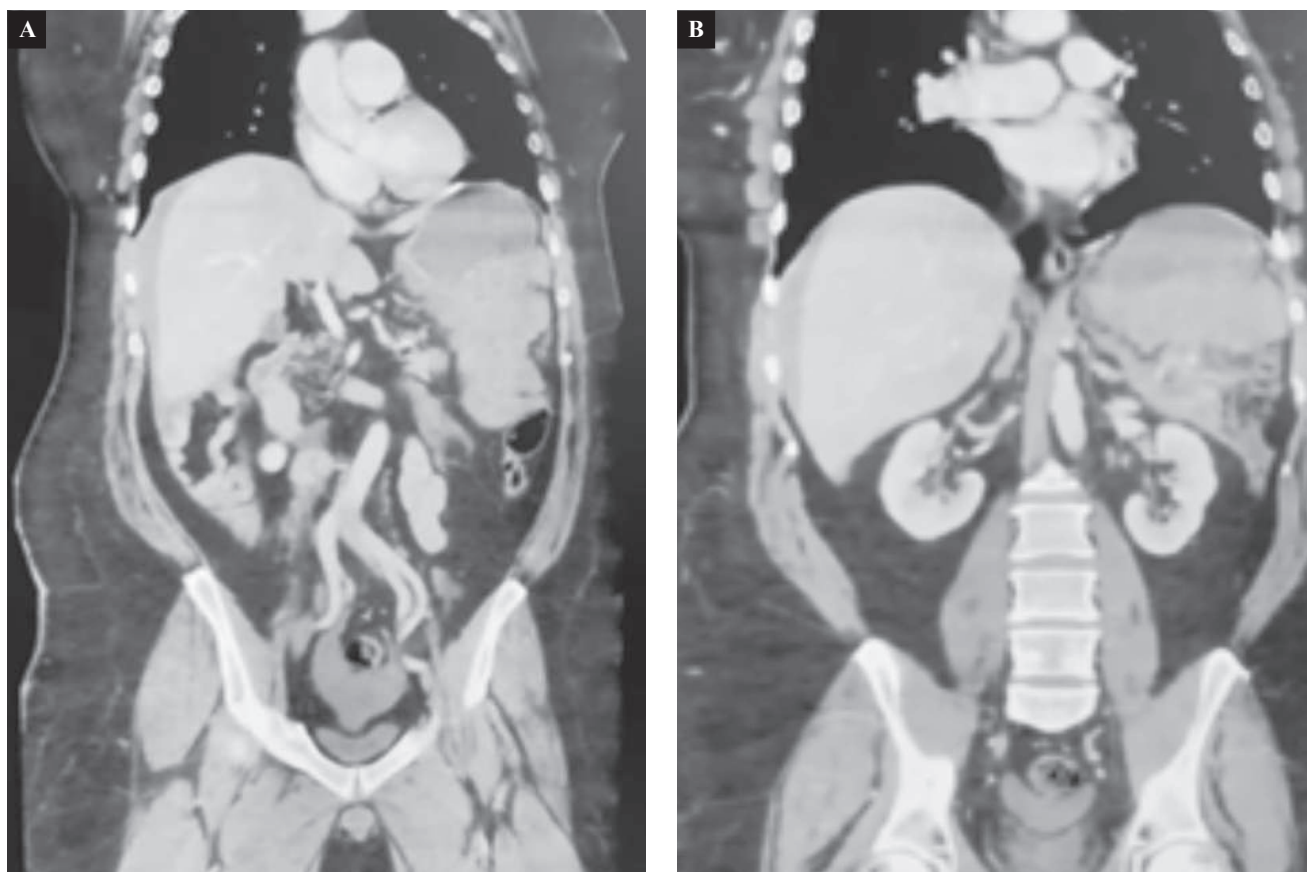


Figura 1. TAC simple de abdomen en corte coronal. **A.** Se evidencia líquido libre periesplénico y perigástrico. **B.** Se puede apreciar la pérdida estructural del bazo.

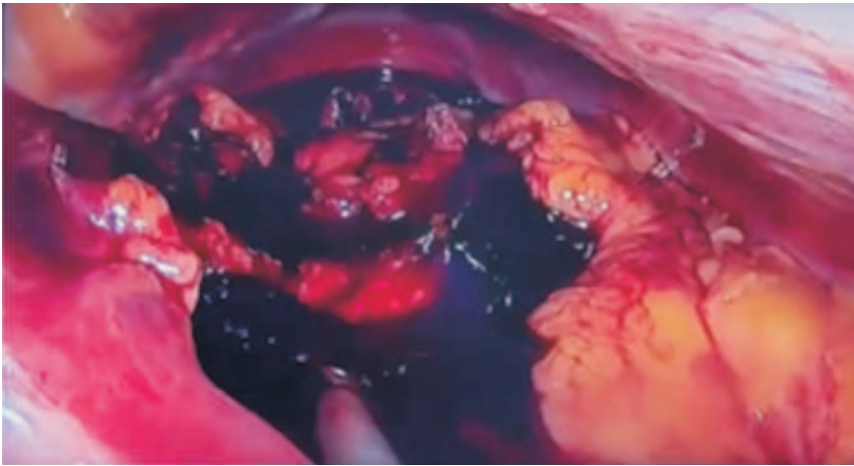


Figura 2. Imagen transoperatoria con abundante hemoperitoneo y bazo con presencia de daño estructural.

Se han propuesto cuatro criterios diagnósticos para una verdadera ruptura esplénica espontánea; ausencia de antecedente de traumatismo, ausencia de adherencias periesplénicas, ausencia de enfermedades que afecten al bazo y estar ante un bazo normal determinado por criterios micro y macroscópicos.⁴

Es una patología inusual y por lo general se presenta en un bazo patológico afectado por infecciones, neoplasias y discrasias sanguíneas, aunque también hay casos descritos en bazos completamente normales y puede ocurrir posterior a esfuerzos triviales como toser o vomitar.⁵

La frecuencia reportada en la literatura mundial oscila entre 0.1 y 0.5%. Como ya se mencionó un sinnúmero de causas pueden predisponer a esta patología, siendo la más frecuente los diferentes fenómenos infecciosos que producen la infiltración de la cápsula fibrosa, en la que podemos destacar a la mononucleosis infecciosa como principal causa.⁶

Se ha observado un predominio de ruptura esplénica espontánea en hombres respecto a las mujeres de 2:1, con una edad promedio de entre 40 y 45 años.⁴

Dentro de las causas de ruptura esplénica no traumática, podemos encontrar las siguientes siete variaciones:⁶

1. Infecciosas: Bacterias; estafilococo, estreptococo, *clostridium spp.* Virales; mononucleosis infecciosa, parotiditis y hepatitis A.
2. Condiciones hematológicas: hemofilia, deficiencia de factor XIII.
3. Alteraciones metabólicas; amiloidosis.
4. Alteraciones estructurales del bazo.
5. Neoplasias.
6. Medicamentos.
7. Iatrogénicas.

Se han aceptado tres mecanismos en el proceso de una ruptura esplénica espontánea las cuales consisten en; aumento

de la presión intraesplénica, compresión del bazo por aumento de la presión intrabdominal y oclusión vascular causada por hiperplasia endotelial reticular.⁴

El cuadro clínico de esta entidad nosológica estará dado por la presencia de hemoperitoneo y los signos que se desarrollan en ésta, desde dolor abdominal, rigidez, hipersensibilidad en cuadrante superior izquierdo hasta llegar al choque hipovolémico. Se presenta dolor en hombro izquierdo particularmente al estar en decúbito supino, signo de Kehr, el cual estará presente en 50% de las rupturas esplénicas de cualquier índole.⁷

Ante la presencia de un abdomen agudo en el que la historia clínica e interrogatorio no arrojen muchos datos que sugieran hemoperitoneo secundario, es correcto iniciar abordaje de estudio apoyados en estudios de gabinete, principalmente con el ultrasonido para obtener datos respecto a líquido libre abdominal y TAC para conocer el daño estructural pensando en esta patología del órgano en cuestión.⁸

Es importante tener en cuenta que los pacientes con estabilidad hemodinámica son los candidatos a agotar las posibilidades diagnósticas, y no retrasar el manejo operatorio en caso que la presentación del cuadro clínico lo amerite.³

Los datos más frecuentemente encontrados son alteraciones en la densidad esplénica que no varía con la administración de medio de contraste, y líquido intraperitoneal, perirrenal o intracapsular en el bazo.⁹

El tratamiento de esta entidad nosológica se puede dividir en conservador y quirúrgico. El manejo conservador está reservado para los pacientes con estabilidad hemodinámica y en centros donde se cuente con lo necesario para monitorizar la evolución del paciente entre siete a catorce días, el tratamiento conservador consiste en reposo absoluto en cama, soluciones intravenosas y transfusiones en caso de requerirlas, y el seguimiento de este manejo se

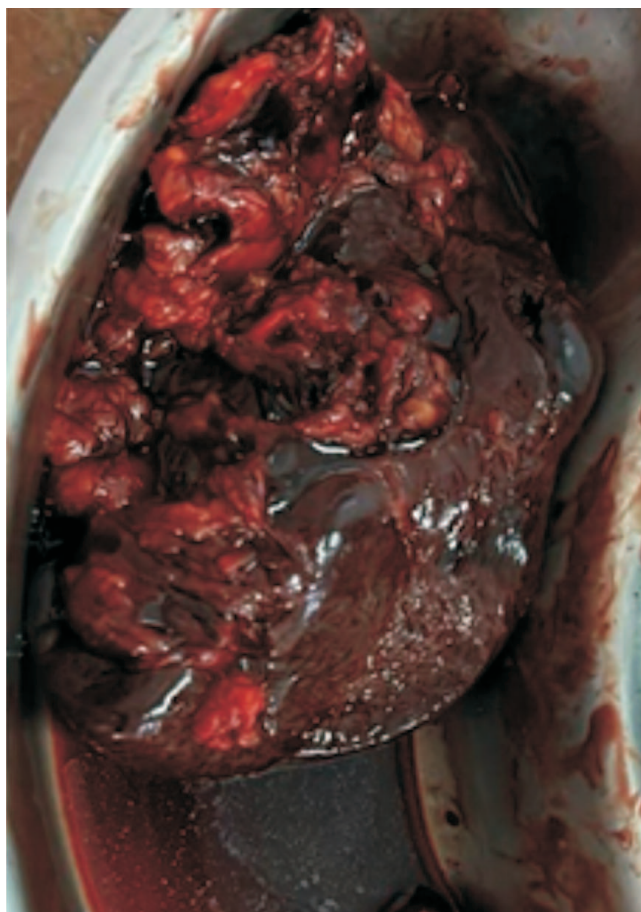


Figura 3. Pieza quirúrgica (bazo).



Figura 4. Pieza quirúrgica donde se aprecia lesión estrellada en bazo.

llevara a cabo con TAC seriada, sin embargo, el reporte de la literatura indican que 17% de estos pacientes necesitarán esplenectomía en el mismo internamiento por falla al tratamiento conservador.¹⁰

Siendo la esplenectomía la opción para establecer un diagnóstico definitivo y resolver la urgencia que significa la ruptura y el sangrado tan importante que supone la misma.⁹

La alta mortalidad de esta patología está asociada al retraso en el diagnóstico lo que conlleva a su estado más crítico que es el choque hipovolémico como consecuencia.⁵

CONCLUSIÓN

La ruptura esplénica espontánea supone un reto para todo personal de la salud, siendo una patología infrecuente, que pone en riesgo la vida del paciente si no se tiene la acuciosidad para llevar a cabo un diagnóstico oportuno, así como tratamiento quirúrgico eficaz para solventar las complicaciones que la misma patología establece.

REFERENCIAS

1. Motta-Ramírez GA, Montes-Salcedo KE, et al. El bazo: cementerio de leucocitos y de conocimientos radiológicos. *Anales de Radiología México* 2016; 15(1): 58-69.
2. López-Ladrón De Guevara V. *Anatomía y fisiología del bazo*. In: Torres E, Francis J, Sahagún F, Stalnikowitz D. eds. *Gastroenterología*. McGraw-Hill Education; 2015. Accessed septiembre 25, 2024.
3. Lopez-Tomassetti-Fernández EM, Delgado-Plasencia L, et al. Rotura no traumática del bazo: experiencia con 10 casos. *Gastroenterol Hepatol* 2007; 30(4): 585-91.
4. Reyes-Jaimes L, Camacho-Aguilera JF. Ruptura esplénica espontánea. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Med Inst Seguro Soc* 2023; 61(4): 523-31.
5. Abadín-López F, Yuste-Domínguez LJ, et al. Rotura esplénica espontánea presentada como cardiopatía isquémica. *Rev Clin Med Fam* 2018; 11(1): 34-6.
6. Gómez C, Pava R, et al. Ruptura esplénica espontánea asociada a linfoma periférico de células T, presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir* 2010; 25(1): 42-7.
7. Báez-García JJ, Martínez-Hernández M, et al. Ruptura esplénica espontánea secundaria a amiloidosis. *Cir Cir* 2010; 78(6): 538-42.
8. Castro-Caballero CG, Aco-Luna JA. Ruptura esplénica espontánea en paciente con litiasis renal derecha. *Rev Educ Investif Emer* 2021; 3(4): 226-9.
9. Fernández-Sobrino G, Cosme-Reyes C, et al. Ruptura esplénica espontánea idiopática. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Sanid Milit Mex* 2002; 56(3): 136-8.
10. Ahbala T, Rabbani K, et al. Spontaneous splenic rupture: case report and review of literature. *PAMJ* 2020; 37(36): 1-4.