

# INFARTO ESPLÉNICO SIN TROMBOSIS SECUNDARIO A PANCREATITIS AGUDA GRAVE

*Splenic infarction without thrombosis secondary to severe acute pancreatitis*

**Aguirre-Sánchez Cambronero JA, Rodríguez Fernández S, Pérez Villafáñez A, Arias Ortega M, Legaz Huidobro ML, González Carro P**

HOSPITAL GENERAL MANCHA CENTRO. CIUDAD REAL.

## Resumen

**Introducción:** La pancreatitis aguda es una enfermedad frecuente que habitualmente suele ser leve, aunque en algunos casos pueden presentar complicaciones, entre las que se encuentran las vasculares como es el caso del infarto esplénico.

**Caso clínico:** Mujer de 71 años que ingresó por pancreatitis aguda presentando una evolución tórpida durante todo el primer ingreso con colecistitis aguda asociada y colección necrótica encapsulada que precisó drenaje endoscópico mediante prótesis de aposición luminal y necrosectomía endoscópica. Un mes y medio después, la paciente reingresa por dolor abdominal, objetivando en TC abdominal vena esplénica muy adelgazada y arteria permeable sin identificar trombosis (con 700000 plaquetas/mm<sup>3</sup>), infarto esplénico asociado así como empeoramiento del componente inflamatorio de la pancreatitis. Ante estos hallazgos, se decidió iniciar anticoagulación con enoxaparina a dosis profilácticas

por estenosis vascular esplénica, consiguiendo la resolución de la trombocitosis (410000 plaquetas/mm<sup>3</sup>), desaparición de la zona necrótica esplénica y mejoría del componente inflamatorio pancreático comprobado mediante TC.

**Conclusión:** Cuando el infarto esplénico se asocia a una pancreatitis grave con trombosis esplénica está indicada la anticoagulación. Sin embargo, cuando no presenta trombosis esplénica y el infarto esplénico tiene lugar en el contexto de una estenosis vascular crítica con elevada trombocitosis, la indicación de anticoagulación es controvertida sin existir consenso en la literatura. Tampoco está definida en la actualidad el principio activo a utilizar ni su dosis, y pone de manifiesto la necesidad de realizar ensayos clínicos para poder establecer guías clínicas o de consenso.

**Palabras clave:** infarto esplénico; pancreatitis aguda grave.

.....  
José Antonio Aguirre Sánchez-Cambronero  
Hospital General Mancha Centro. Ciudad Real.  
jaguirresanchez@gmail.com  
.....

Aguirre-Sánchez Cambronero JA, Rodríguez Fernández S, Pérez Villafáñez A, Arias Ortega M, Legaz Huidobro ML, González Carro P. Infarto esplénico sin trombosis secundario a pancreatitis aguda grave. RAPD 2024;47(5):207-209. DOI: 10.37352/2024475.6

## Abstract

**Introduction:** Acute pancreatitis is a common disease that is usually mild, although in some cases it may present complications, among which are vascular ones such as splenic infarction.

**Clinical case:** A 71 years old woman was admitted for acute pancreatitis, who presented a torpid evolution throughout the first admission with associated acute cholecystitis and an encapsulated necrotic collection that required endoscopic drainage using a luminal apposition prosthesis and endoscopic necrosectomy. A month and a half later, the patient was readmitted for abdominal pain, with abdominal CT scan showing a very thinned splenic vein and patent artery without identifying thrombosis (with 700,000 platelets/mm<sup>3</sup>), associated splenic infarction as well as worsening of the inflammation of pancreatitis. Given these findings, we were decided to start anticoagulation with enoxaparin at prophylactic doses for splenic vascular stenosis, achieving resolution of the thrombocytosis (410,000 platelets/mm<sup>3</sup>), disappearance of the splenic necrotic area and improvement of the pancreatic inflammatory component confirmed by CT scan.

**Conclusion:** When splenic infarction is associated with severe pancreatitis with splenic thrombosis, anticoagulation is indicated. However, when there is no splenic thrombosis and the splenic infarction occurs in the context of critical vascular stenosis with high thrombocytosis, the indication for anticoagulation is controversial, with no consensus in the literature. Furthermore, at present it is not establish the active ingredient to be used or its dose, and highlights the need to carry out clinical trials in order to establish clinical or consensus guidelines.

**Keywords:** splenic infarction; severe acute pancreatitis.

## Introducción

La pancreatitis aguda es una enfermedad de alta incidencia con tendencia creciente en nuestro medio siendo una causa frecuente de hospitalizaciones<sup>1</sup>. Las complicaciones vasculares son una complicación infrecuente de las pancreatitis graves<sup>1</sup>, dentro de las cuales se incluye el infarto esplénico describiéndose cada vez con más frecuencia asociado a los procesos inflamatorios del páncreas, justificado por la íntima relación entre éste y el hilio esplénico<sup>2</sup>.

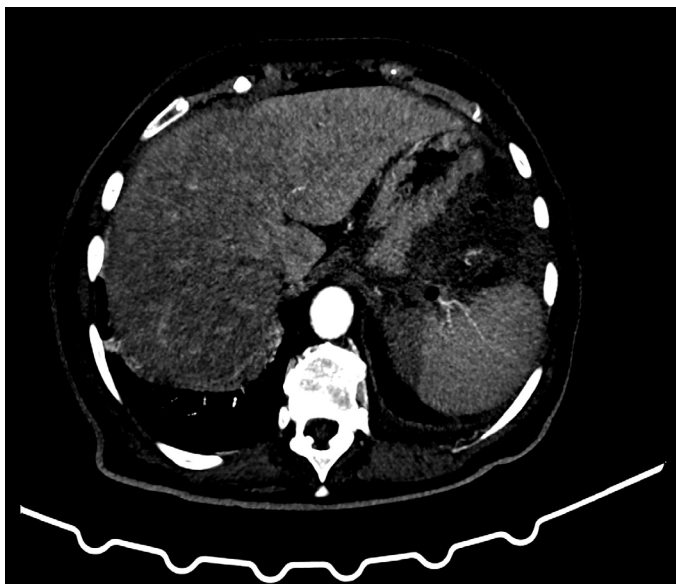
## Caso clínico

Mujer de 71 años que ingresó por pancreatitis aguda presentando una evolución tórpida durante todo el primer ingreso. A las dos semanas presentó empeoramiento clínico y analítico debido a colecistitis aguda objetivada en pruebas de imagen tratada con antibioterapia empírica. Un mes después del ingreso presentó de nuevo empeoramiento clínico y analítico realizándose ecoendoscopia visualizando una pequeña colección de 4cm en cuerpo pancreático con eje esplénico permeable y otra colección sugestiva de colección necrótica encapsulada infectada de 6x6x8cm adyacente al cuerpo gástrico que comprime, realizándose drenaje transmural mediante prótesis metálica de aposición luminal Hot-Axios drenando abundante pus. En días sucesivos se realizó necrosectomía endoscópica a través de la prótesis que finalmente se retiró colocando una prótesis plástica tipo pig-tail de 7Fr x 10cm comprobando mejoría radiológica previo al alta. Además se instauró tratamiento enzimático sustitutivo con Kreon 50000 tras cada comida principal.

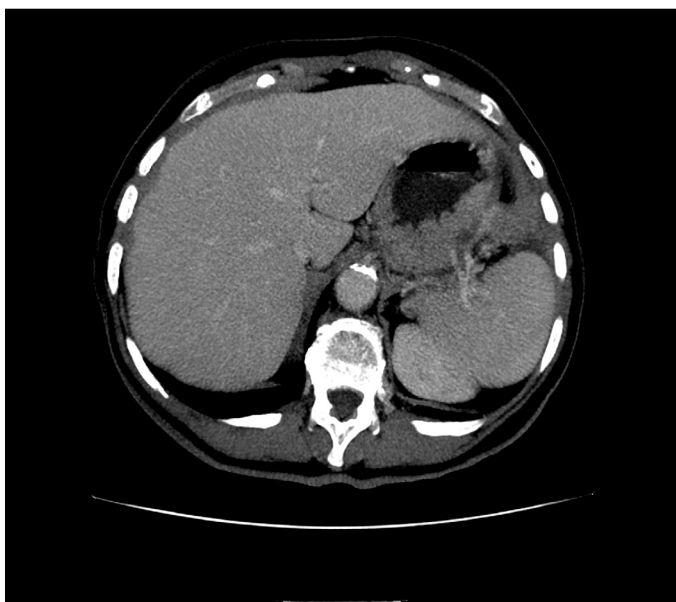
Un mes y medio después, la paciente acudió a urgencias refiriendo dolor abdominal intenso en hipocondrio-flanco izquierdo sin fiebre. En la analítica destacó una elevación de reactantes de fase aguda, trombocitosis, coagulopatía leve y perfil pancreático normal. Se solicitó TC abdominal objetivando empeoramiento radiológico con mayor componente inflamatorio y líquido peripancreático, vena esplénica muy adelgazada con arteria esplénica permeable y signos compatibles con infarto esplénico sin identificar trombosis (Figura 1) con trombocitosis asociada (700000 plaquetas/mm<sup>3</sup>). Se decidió anticoagular a la paciente con enoxaparina a dosis profilácticas por la estenosis vascular esplénica. Tras el alta y revisión en consulta se comprobó resolución de la trombocitosis (410000 plaquetas/mm<sup>3</sup>) y estenosis por disminución del componente inflamatorio pancreático, homogenización del bazo y desaparición de zona necrótica esplénica (Figura 2) sin nuevas colecciones con disminución de cambios inflamatorios en TC de control; por ello se retiró la anticoagulación.

## Discusión

El infarto esplénico es una complicación que se describe cada vez con más frecuencia asociado a los procesos inflamatorios del páncreas, cuya incidencia va en aumento. El síntoma más frecuente es el dolor en hipocondrio izquierdo, que puede acompañarse de fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos, dolor pleurítico y dolor en hombro izquierdo (signo de Kher)<sup>2</sup> como se describe en nuestra paciente.



**Figura 1.** En fase arterial se visualiza arteria esplénica adelgazada a nivel del hilio esplénico con área hipodensa esplénica compatible con infarto esplénico.



**Figura 2.** En fase portal se identifica aumento de calibre de la arteria esplénica y repermeabilización de la vena esplénica a nivel del hilio con homogenización del bazo y desaparición del infarto esplénico.

En un infarto esplénico asociado a trombosis arterial y/o venosa, el tratamiento de elección es la anticoagulación sin especificar el fármaco utilizado<sup>3</sup>. Un reciente estudio de cohortes retrospectivo ha comparado los beneficios de iniciar anticoagulación tanto con heparina seguido de antagonistas de vitamina K como con el uso de anticoagulantes orales de acción directa estableciendo que existe una mejoría de la supervivencia sin aumentar el riesgo de sangrado<sup>4</sup>. La trombolisis y/o trombectomía estaría indicado si persisten síntomas a pesar de la anticoagulación reservándose la cirugía si se desarrollan complicaciones como la isquemia mesentérica<sup>5</sup>.

En el infarto esplénico asociado a una pancreatitis grave, la indicación de anticoagulación es controvertida sin existir consenso en la literatura. No se han encontrado referencias de cómo actuar en los casos de infarto esplénico sin trombosis y con estenosis vascular crítica en el contexto de una complicación de una pancreatitis grave.

En nuestro caso, nos planteamos la necesidad o no de anticoagular a la paciente debido a que el infarto esplénico se asoció con trombocitosis marcada sin trombosis. Dada su edad, se optó por utilizar enoxaparina a dosis profilácticas con el objetivo de evitar la trombosis esplénica hasta la mejoría o resolución de la inflamación de la zona que secundariamente mejoraría la estenosis vascular esplénica. Posteriormente, meses después tras control analítico y radiológico se comprobó la resolución de la trombocitosis y de la estenosis vascular, suspendiendo la enoxaparina.

En resumen, el tratamiento del infarto esplénico sin trombosis secundario a pancreatitis aguda grave supone un reto terapéutico. La decisión de anticoagular o no, el principio activo a utilizar y su dosis, no está definida en la actualidad y pone de manifiesto la necesidad de realizar ensayos clínicos para poder establecer guías clínicas o de consenso.

## Bibliografía

1. Boadas, J., Balsells, J., Busquets, J et al 2015. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. *Gastroenterología y Hepatología*, 38(2), pp.82-96.
2. Martín-Lagos Maldonado, A. and Ruiz-Escolano, E., et al 2012. Infarto esplénico masivo secundario a pancreatitis aguda grave. *RAPD Online | SAPD | Sociedad Andaluza de Patología Digestiva*. Sapd.es. Available at: <https://www.sapd.es/rapd/2012/35/4/12>.
3. Brual D, Kadhim A (2018) Acute Pancreatitis Complicated by a Splenic Vein Non-Occlusive Thrombus. *J Gastrointest Dig Syst* 8: 573. doi:10.4172/2161-069X.1000573.
4. Yen, C., Wang, C. and Chaou, C., 2021. Anticoagulant Therapy Is Associated With Decreased Long-Term Mortality in Splenic Infarction Patients: A Multicenter Study. *Frontiers in Medicine*, 8.
5. Hernández-Gea, V. Complicaciones vasculares de la pancreatitis aguda: trombosis venosa. *Barcelona Hepatic Hemodynamic Unit Liver Unit. Hospital Clinic. Barcelona. Junio 2015*. Available at: <http://www.acmcb.es/files/425-8566-DOCUMENT/Hernandez849Jun15.pdf>.