

# INFARTO ESPLÉNICO MASIVO SECUNDARIO A UNA PANCREATITIS AGUDA GRAVE

A. Martín-Lagos Maldonado, E. Ruiz-Escolano, L.M. Alcázar-Jaén, M.D.P. Martínez-Tirado

Unidad Clínica de Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

## Introducción

La estrecha relación anatómica del páncreas con el hileo esplénico y el bazo justifica que las complicaciones esplénicas como el infarto esplénico (IE), se detecten con frecuencia en el curso de una pancreatitis aguda (PA). Su diagnóstico precoz y seguimiento radiológico estrecho son claves para evitar un aumento en la mortalidad.

**Palabras clave:** Pancreatitis grave, trombosis esplénica, infarto esplénico

## Observación clínica

Paciente de 48 años, exbebedor de 40-80 mg de alcohol/día desde hace 3 meses. Ingresa por episodio de epigastralgia y vómitos biliosos. Exploración física: estable hemodinámicamente, abdomen doloroso en epigastrio con defensa voluntaria, sin signos de peritonismo. Analítica: Leucocitos 29000/mm<sup>3</sup>, PMN 95%, amilasa 1265 U/L, PCR 5 mg/dl. Tomografía axial computarizada (TAC) abdominal

con contraste: "pseudoquiste pancreático de unos 12x10x8 cm localizado entre curvatura mayor gástrica, cola de páncreas y bazo; páncreas con buena captación; bazo desvascularizado en su mayor parte; arteria esplénica permeable y vena esplénica de calibre muy disminuido (**Figuras 1 y 2**). Se inicia tratamiento con ertapenem y se realiza drenaje endoscópico del pseudoquiste. En la TAC de control se aprecia una reducción parcial del tamaño del pseudoquiste con persistencia de la desvascularización del bazo. Ante la persistencia de dolor abdominal continuo y el comienzo de fiebre diaria de 39,5°C se interviene quirúrgicamente, confirmándose la existencia de un infarto esplénico completo secundario a trombosis de la vena esplénica, con necrosis grasa del epiplón.

### CORRESPONDENCIA

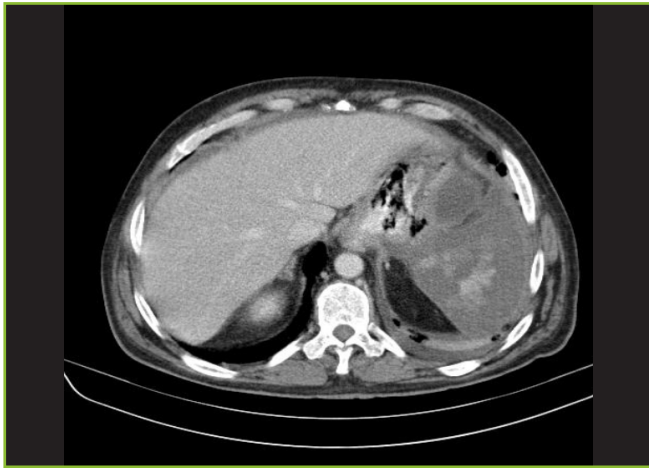
Alicia Martín-Lagos Maldonado  
Hospital Clínico San Cecilio  
Avenida Dr. Olóriz  
18012 Granada

aliciamartin-lagos@hotmail.com



**Figura 1**

TAC abdominal: Gran pseudoquiste pancreático de 12 x 10 x 8 cm.



**Figura 2**

TAC abdominal: Bazo desvascularizado en las proximidades del pseudoquiste, con zonas residuales de captación.

Se realiza esplenectomía con resección del pseudoquiste pancreático y del epiplon. Cuatro meses tras la cirugía el paciente se encuentra asintomático.

## Discusión

El infarto esplénico es una complicación que se describe cada vez con más frecuencia asociado a los procesos inflamatorios del páncreas, justificado por la íntima relación entre éste y el hilio esplénico<sup>1, 2</sup>. Aunque se creía que su asociación con la PA era infrecuente, el número de casos publicados recientemente demuestra una incidencia mayor de la que se pensaba entre los pacientes con PA. Estudios radiológicos retrospectivos han recogido tasas de prevalencia entorno al 7%, demostrando además una correlación estadísticamente significativa entre la presencia del IE y la severidad de la pancreatitis<sup>1</sup>. La etiología alcohólica, la afectación de la cola pancreática y el pseudoquiste pancreático, presentes en nuestro paciente, son factores predisponentes. Se han propuesto tres mecanismos patogénicos, a veces simultáneos, que podrían ser el origen de las complicaciones esplénicas en las pancreatopatías: a) una lesión vascular, más frecuente la trombosis venosa, o el espasmos vascular; b) la compresión directa de los vasos esplénicos o parénquima esplénico por un pseudoquiste pancreático y c) una autodigestión tisular por la liberación local de enzimas proteolíticas<sup>3</sup>. 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). La TAC abdominal es de elección en la detección y seguimiento de las complicaciones esplénicas graves como la hemorragia subcapsular masiva<sup>4</sup>. El tratamiento es inicialmente conservador (analgésicos y antiinflamatorios), siendo fundamental una monitorización estrecha del paciente y estando indicada la cirugía en caso de aparición de complicaciones como la sepsis, la formación de abscesos o pseudoquistes o la hemorragia<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arenal Vera JJ, Said A, Guerro JA, Otero M, Gil I. Splenic infarction secondary to acute pancreatitis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008 May; 100(5):300-3.
2. Ray S, Mridha AR, Ahammed M. Diffuse splenic infarction in a case of severe acute pancreatitis. *Am J Surg* 2011 Mar;201(3):e23-5.
3. Gonzelez HJ, Sahay SJ, Samadi B, Davidson BR, Rahman SH. Splanchnic vein thrombosis in severe acute pancreatitis: a 2-year, single-institution experience. *HPB* 2011 Dec;13(12):860-4.
4. Alhajeri A, Erwin S. Acute pancreatitis: value and impact of CT severity index. *Abdom Imaging.* 2008 Jan-Feb;33(1):18-20.
5. Gázquez I, Vicente de Vera P, García Valencia MJ, López A. Splenic infarction and subcapsular haematoma in the course of chronic pancreatitis. *Med Clin (Barc).* 2003 Apr 19; 120(14): 559.