

# ROTURA ESPLÉNICA ATRAUMÁTICA

## ATRAUMATIC SPLENIC RUPTURE

A. Martín-Lagos Maldonado, T. Gallart-Aragón

Hospital Campus de la Salud. Granada.

### Resumen

La ruptura esplénica espontánea constituye una asociación infrecuente de la mononucleosis infecciosa. Aunque inusual, supone la complicación más letal de la infección por el virus de Epstein Barr (VEB). El diagnóstico debe sospecharse en pacientes con mononucleosis infecciosa que comienzan con dolor abdominal agudo. Los clínicos debemos estar alerta para conseguir un abordaje terapéutico precoz que evite un fatal desenlace.

**Palabras clave:** rotura esplénica espontánea, rotura esplénica atraumática, mononucleosis infecciosa.

### Abstract

Spontaneous splenic rupture is a rare association of infectious mononucleosis. Although unusual, it is the most lethal complication of Epstein Barr virus (EBV) infection. Diagnosis should be suspected in patients with infectious mononucleosis who begin with acute abdominal pain. Clinicians must be vigilant to achieve an early therapeutic approach that avoids a fatal outcome.

**Keywords:** spontaneous splenic rupture, atraumatic splenic rupture, infectious mononucleosis.

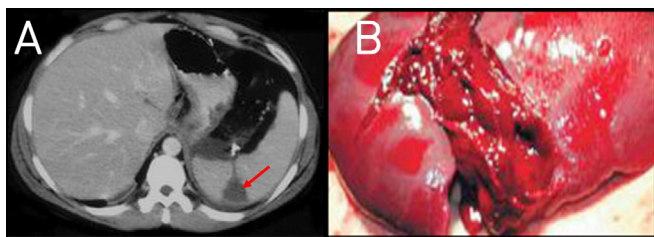
### Caso clínico

Mujer de 34 años ingresa por cuadro de dolor abdominal agudo en hipocondrio y flanco izquierdo. Se acompaña de náuseas y fiebre. No existe el antecedente de ningún traumatismo, pero fue diagnosticada de un cuadro de mononucleosis infecciosa la semana previa. A su llegada a urgencias se encuentra estable, con febrícula de 37,5 °C. El abdomen es doloroso y con peritonismo generalizado. En la analítica destaca: leucocitos 17.000/mm<sup>3</sup> (58% de linfocitos), hemoglobina 10,5 mg/dl, VMC normal, PCR 250 mg/dl. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal urgente que describe la existencia de esplenomegalia, identificando una solución de continuidad en el polo esplénico y hematoma subcapsular en relación a rotura esplénica, con presencia añadida de hemoperitoneo (Figura 1A). La paciente es intervenida de forma urgente confirmándose intraoperatoriamente la existencia de una rotura esplénica, llevándose a cabo una esplenectomía (Figura 1B). El estudio anatomopatológico describe la infiltración esplénica linfocítica/monocítica con células positivas para el virus de Epstein-Barr (VEB), sin datos de otros procesos linfoproliferativos. La paciente fue dada de alta a los 5 días sin complicaciones inmediatas. Se recomendó vacunarse frente al neumococo, meningococo y *Haemophilus influenzae*.

#### CORRESPONDENCIA

Alicia Martín-Lagos Maldonado  
Hospital Universitario Campus de la Salud  
Avda. de la Investigación, s/n. 18016 Granada  
[aliciamartin-lagos@hotmail.com](mailto:aliciamartin-lagos@hotmail.com)

Fecha de envío: 09/01/2018  
Fecha de aceptación: 26/01/2018



**Figura 1**

Figura 1A. Tomografía axial computerizada (TC) abdominal. Bazo incrementado de tamaño, con lesión triangular hipocogénica compatible con rotura esplénica. Hemoperitoneo asociado. Figura 1B. Pieza quirúrgica. Se observa la ruptura de la cápsula esplénica.

La ruptura esplénica espontánea es una complicación inusual de la mononucleosis infecciosa que, sin embargo, supone su principal causa de muerte. Su incidencia es tan solo del 0,1-0,5%<sup>1</sup>. El VEB causa la infiltración linfocítica-mononuclear del parénquima esplénico aumentando su volumen en 3-4 veces y distorsionando el tejido anatómico y de soporte, lo que a su vez incrementa el riesgo de fragmentación de la cápsula esplénica<sup>2</sup>. Estos cambios patológicos son más pronunciados 7 a 28 días tras el inicio de los síntomas de la mononucleosis, y no parece existir ninguna correlación entre la severidad de la misma y el riesgo de ruptura esplénica.

Aunque la mayoría de los casos publicados se refieren a rupturas espontáneas, para otros autores la existencia de algún tipo de traumatismo o microtraumatismo es prácticamente constante. Se ha propuesto que el incremento de la presión intraabdominal o contracción del diafragma por la tos vigorosa, vómitos o defecación pueden causar la compresión esplénica y consiguiente rotura capsular y hemoperitoneo asociado.

La mayoría de los pacientes con mononucleosis infecciosa no refieren dolor abdominal, y aunque la esplenomegalia no sea palpable en la exploración física, está presente en el 100% de las ecografías de estos pacientes. El desarrollo en un paciente con mononucleosis infecciosa de dolor abdominal agudo suele ser un signo ominoso, especialmente si se acompaña de palidez, taquicardia, debilidad o síncope. La presentación clásica de la ruptura esplénica es dolor abdominal en flanco izquierdo irradiado al hombro derecho (signo de Kehr) en relación a la irritación diafragmática causada por el hemoperitoneo, y que ocurre en más del 50% de los casos<sup>3</sup>. En esta situación se deben iniciar inmediatamente maniobras de resucitación si se requieren para evitar el shock hipovolémico, y confirmar el diagnóstico mediante una prueba de imagen. La ecografía o la TC abdominal son las modalidades de elección.

El tratamiento de la ruptura esplénica se basa en la resucitación inmediata y estabilización hemodinámica previa a la realización de una esplenectomía urgente. Sólo en casos seleccionados en los que el paciente se encuentre hemodinámicamente estable se puede optar por un manejo conservador<sup>3</sup>. Esta última tendencia es apoyada para intentar evitar el riesgo de infecciones posteriores, sobre todo en la edad pediátrica, donde la prevalencia de sepsis postesplenectomía es

mayor. Frente a una menor probabilidad de infecciones, el abordaje conservador incrementa la necesidad de transfusión, el riesgo de hemorragia diferida, el tiempo de hospitalización y el de reposo posterior, por lo que muchos clínicos continúan considerando como tratamiento de elección de esta entidad la esplenectomía urgente seguida de profilaxis postinfecciosa.

En resumen, la ruptura esplénica espontánea es una entidad rara pero potencialmente fatal. El diagnóstico debe sospecharse en pacientes con mononucleosis infecciosa que comienzan con dolor abdominal agudo. La identificación y manejo precoz es fundamental para evitar un desenlace desfavorable.

## Bibliografía

1. Rinderknecht A, Pomerantz WJ. Spontaneous Splenic Rupture in Infectious Mononucleosis. Case Report and Review of the Literature. *Pediatr Emer Care* 2012;28: 1377-1379
2. Lam G, Chan A, Powis J. Possible infectious causes of spontaneous splenic rupture: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2014; 8:396
3. Bartlett A, Williams R, Hilton M. Splenic rupture in infectious mononucleosis: A systematic review of published case reports. *Injury, Int. J. Care Injured* 2016; 47: 531-538