

ROTURA ESPLÉNICA COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE COLONOSCOPIA

SPLenic RUPTURE AS A RARE COMPLICATION OF COLONOSCOPY

S. Barranco-Acosta, E. Moya-Sánchez, E. Ruiz-Carazo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

La colonoscopia es un procedimiento frecuente y de rutina que se realiza para la detección precoz del cáncer colorrectal. Aunque se considera un procedimiento seguro, se asocia con complicaciones que incluyen hemorragia intestinal y perforación.

El traumatismo esplénico, como la laceración o incluso la rotura completa, es una complicación infrecuente, pero potencialmente mortal si no se realiza un diagnóstico precoz.

Presentamos un caso de rotura esplénica como complicación tras realización de colonoscopia, su evolución y los hallazgos por imagen, resaltando la importancia de presentar un alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico precoz y así aplicar el tratamiento más conveniente.

Palabras clave: colonoscopia, rotura esplénica, complicación.

CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
18014 Granada
elemoya89@gmail.com

Fecha de envío: 11/04/2018
Fecha de aceptación: 23/04/2018

Abstract

Colonoscopy is a frequent and routine procedure that is performed for the early detection of colorectal cancer. Although it is considered a safe procedure, it is associated with complications that include intestinal hemorrhage and perforation.

Splenic trauma, such as laceration or even complete rupture, is an infrequent but potentially fatal complication if an early diagnosis is not made.

We present a case of splenic rupture as a complication after performing colonoscopy, its evolution and the findings by imaging, highlighting the importance of presenting a high index of suspicion to perform an early diagnosis and thus applying the most convenient treatment.

Keywords: colonoscopy, splenic rupture, complication.

Descripción del caso

Mujer de 57 años, sin antecedentes quirúrgicos previos, a la que se le realizó una colonoscopia para resección de un pólipo de 2 mm localizado a 20 cm del margen anal.

A las 24 horas del procedimiento, acudió al Servicio de Urgencias por aparición de dolor intenso en hipocondrio izquierdo irradiado hacia hemitórax, asociado a disnea.

A la exploración presentó signos de hipotensión e inestabilidad hemodinámica, mal estado general, con abdomen blando e intenso dolor en hemiabdomen izquierdo irradiado al hombro, sin signos de irritación peritoneal generalizada.

Análíticamente destacó: hemoglobina de 8,8 g/dL (12,6 g/dL en el último control analítico), leucocitosis de 13.000 con desviación a la izquierda, coagulación sin alteraciones y en la gasometría venosa: pH de 7,31 y ácido láctico de 2,8 mmol/L.

Se estabilizó a la paciente y se realizó TC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso para descartar complicaciones; en el que se apreció gran hematoma situado anterolateralmente al bazo, el cual se encuentra comprimido y desplazado medial y posteriormente. Rodea a la porción adyacente del lóbulo hepático izquierdo con extensión caudal.

Tras la administración de contraste intravenoso, se observó extravasación que parte de la porción posterolateral del bazo asociando hemoperitoneo en importante cuantía, con presencia de coágulos en hemiabdomen superior izquierdo.

Ante estos hallazgos se realizó laparotomía urgente con esplenectomía total.

A los nueve días tras la intervención quirúrgica, dada la evolución clínica favorable de la paciente, se procedió al alta domiciliaria.

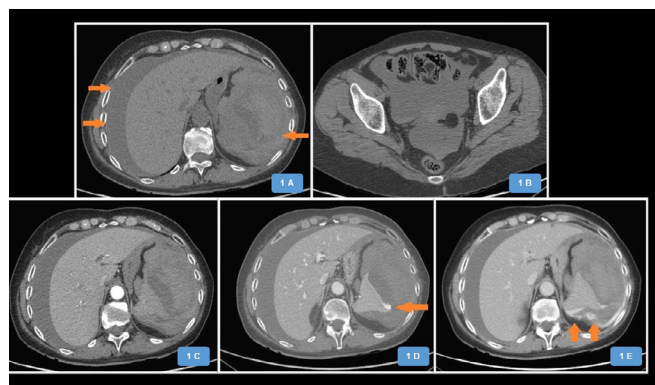


Figura 1

Fig. 1A y 1B: TC de abdomen y pelvis sin contraste iv, en plano axial, donde se observa hemoperitoneo en cantidad importante con presencia de coágulos en hemiabdomen superior izquierdo (flechas). Fig. 1C, 1D y 1E: TC de abdomen y pelvis con contraste iv en fases arterial (C), portal (D) y tardía (E), en plano axial, donde se identifica gran hematoma situado anterolateralmente al bazo, al que comprime y desplaza medial y posteriormente. Tras la administración de contraste intravenoso, se observa extravasación del mismo que parte de la porción posterolateral del bazo (flechas).

Discusión

En la actualidad, la colonoscopia se considera el procedimiento gold standard para el diagnóstico y tratamiento de la patología de colon, así como su importante papel en el cribado del cáncer colorrectal. Aunque se trata de un procedimiento de rutina, sigue siendo una prueba invasiva con un bajo riesgo de morbimortalidad. Sus complicaciones más frecuentes son la perforación intestinal y la hemorragia^{1,2}.

El primer caso de rotura esplénica después de una colonoscopia fue publicado en 1974 por Wherry y Zehner^{1,3}.

Es una complicación rara, con una incidencia estimada de aproximadamente 1 caso por cada 100.000 colonoscopias, aunque debemos tener en cuenta que la incidencia real de lesión esplénica puede ser mayor, ya que es posible que haya pacientes que sufran lesiones esplénicas durante la colonoscopia que nunca se diagnostican porque son asintomáticos o presentan síntomas leves que no requieran atención médica. Por esta razón, es probable que estén representada sólo la tasa de lesiones esplénicas sintomáticas o clínicamente importantes^{1,4}.

Hay que tener en cuenta que, en ausencia de traumatismo o enfermedad esplénica previa, la colonoscopia es el procedimiento más frecuentemente asociado a rotura esplénica^{5,6}.

Su etiopatogenia no está claramente definida, y se han descrito tres posibles mecanismos: traumatismo directo cuando el endoscopio cruza el ángulo esplénico o cuando se toman biopsias en esta ubicación; rotura de la cápsula esplénica debido a una tracción excesiva del ligamento espleno cólico y rotura de la cápsula esplénica debido a la tracción de las adherencias entre el bazo y el colon (que puede ser el resultado de intervenciones quirúrgicas previas, inflamación o infección)^{5,7,8}.

La mayoría de los pacientes se vuelven sintomáticos en las primeras 24 horas tras la colonoscopia. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y variables: aparición de dolor en cuadrante superior izquierdo del abdomen, náuseas, vómitos y distensión abdominal.

A veces, puede aparecer el signo de Kehr⁷, cuando el paciente presenta dolor en hombro izquierdo en decúbito supino al comprimir el cuadrante superior izquierdo del abdomen, característico de hemoperitoneo. Incluso en algunas ocasiones, pueden debutar con un cuadro de hipotensión e inestabilidad hemodinámica^{1,5}.

Hoy en día, la TC con contraste intravenoso se considera el método de imagen de elección para evaluar los casos de perforación colónica y hemorragia extraluminal como complicaciones después de una colonoscopia¹. También permite la identificación y caracterización de lesiones esplénicas e hiliares (hematoma, pseudoaneurisma, laceración o rotura) e identificación del hemoperitoneo.

Algunas consideraciones básicas desde el punto de vista radiológico son:

- La presencia de alteraciones en la densidad del parénquima esplénico en relación con hematomas, laceraciones o roturas.
- La rotura esplénica puede clasificarse en intraparenquimatosa, subcapsular o con extensión intraperitoneal (hemoperitoneo)⁵.
- La existencia de extravasación de contraste intravenoso tras la administración del mismo, como signo de sangrado activo.

Estos hallazgos junto con la presentación clínica del paciente determinan la elección del tratamiento más adecuado, que puede ser conservador, quirúrgico o mediante embolización de la arteria esplénica^{5,10}.

La laparotomía urgente con esplenectomía es la opción de tratamiento más común^{1,5,8} recomendada en los casos de hemorragia activa, inestabilidad hemodinámica y/o hemoperitoneo^{1,5}.

Conclusión

La rotura esplénica es una complicación poco frecuente de la colonoscopia. Se necesita un alto índice de sospecha para llegar a un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento adecuado, ya que las manifestaciones clínicas son poco específicas.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se confirma habitualmente mediante técnicas de imagen (TC).

Bibliografía

1. Piccolo G, Di Vita M, Cavallaro A, Zanghi A, Lo Menzo E, Cardì F, et al: Presentation and management of splenic injury after colonoscopy: a systematic review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2014;24:95–102.
2. Cappellani A, Di Vita M, Zanghi A, et al. Splenic rupture after colonoscopy: report of a case and review of literature. *World J Emerg Surg.* 2008;3:8.
3. Wherry DC, Zehner H Jr. Colonoscopy-fiberoptic endoscopic approach to the colon and polypectomy. *Med Ann Dist Columbia.* 1974;43:189–192.
4. Fishback SJ, Pickhardt PJ, Bhalla S, et al. Delayed presentation of splenic rupture following colonoscopy: clinical and CT findings. *Emerg Radiol.* 2011;18:539–544.
5. Barbeiro S, Atalaia-Martins C, Marcos P, Nobre J, Gonçalves C, Aniceto C: Splenic Rupture as a Complication of Colonoscopy. *GE Port J Gastroenterol* 2017;24:188–192.
6. Aubrey-Bassler FK, Sowers N: 613 cases of splenic rupture without risk factors or previously diagnosed disease: a systematic review. *BMC Emerg Med* 2012; 12:11.
7. Li S, Gupta N, Kumar Y, Mele F: Splenic laceration after routine colonoscopy, a case report of a rare iatrogenic complication. *Transl Gastroenterol Hepatol* 2017;2:49.
8. García-García MJ, Castañera-González R, Martín-Rivas B, Gómez Ruiz M, Rivero Tirado MI: Splenic rupture after colorectal cancer screening. *Rev Esp Enferm Dig* 2015;107:705–706.
9. Abunnaja S, Panait L, Palesty JA, Macaron S: Laparoscopic splenectomy for traumatic splenic injury after screening colonoscopy. *Case Rep Gastroenterol* 2012;6:624–628.
10. Corcillo A, Aellen S, Zingg T, Bize P, Demartines N, Denys A: Endovascular treatment of active splenic bleeding after colonoscopy: a systematic review of the literature. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2013; 36: 1270–1279.