

## CARTAS CIENTÍFICAS

### Rotura esplénica tras la realización de colonoscopia: una complicación poco frecuente que puede ser letal



### Splenic rupture after colonoscopy: a rare complication that can be lethal

Estimada Editora,

Describimos una complicación poco frecuente en una práctica ampliamente difundida que, de no ser contemplada, puede causar un desenlace fatal.

Una mujer de 52 años acudió al servicio de Urgencias de nuestro hospital por un dolor abdominal en el hipocondrio izquierdo y náuseas, de un día de evolución, sin antecedentes patológicos de interés. El resto de la exploración fue normal, al igual que sus signos vitales. Como único antecedente reseñable refería una colonoscopia hecha tres días antes, durante la cual se había llevado a cabo una polipectomía.

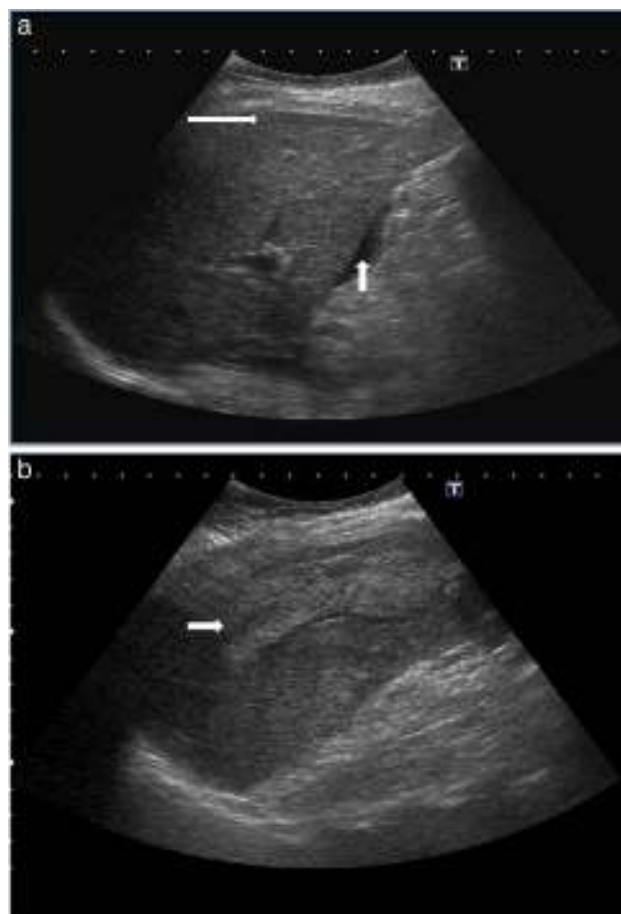
Se le realizaron dos radiografías de abdomen (proyección anteroposterior y decúbito lateral izquierdo), sin observar signos de neumoperitoneo. También se solicitó un estudio de laboratorio, cuyo único hallazgo destacable fueron leucocitos de  $11,4 \times 10^3/\mu\text{L}$  (64,4% de neutrófilos y 28,1% de linfocitos).

Durante su estancia en Urgencias, la paciente presentó un síncope, por lo que se efectuó un nuevo estudio de laboratorio. En este, se observó un marcado descenso del hematocrito (del 38% que tenía a un 30%), así como de la hemoglobina (de 13,5 gr/dl a 10,6 gr/dl) y los hematíes (de  $4,11 \times 10^6/\mu\text{L}$  a  $3,25 \times 10^6/\mu\text{L}$ ).

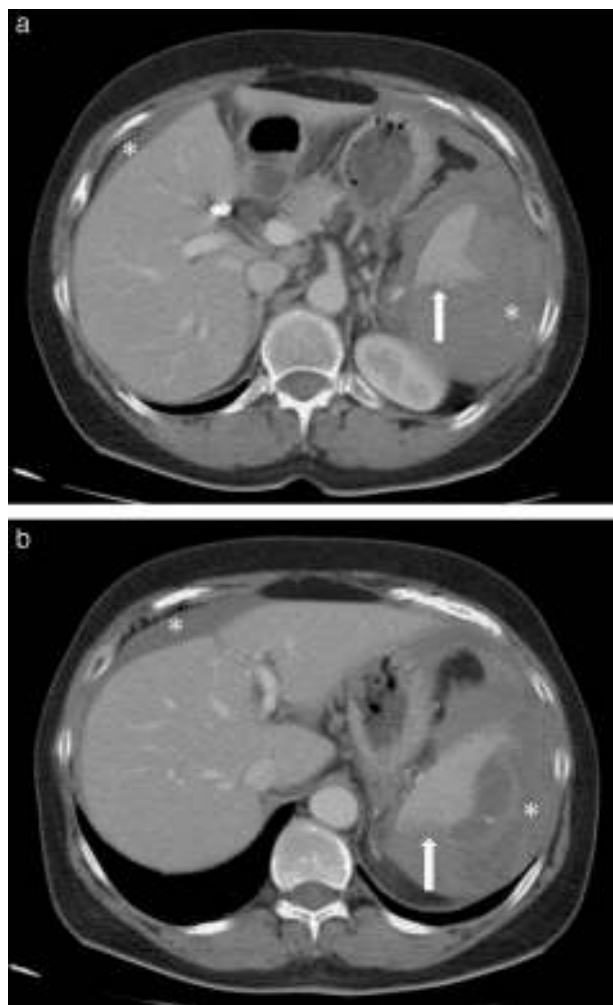
Se llevó a cabo una ecografía abdominal, en la que se observó líquido libre peritoneal con mayor acúmulo perihepático (fig. 1a), y en la pelvis menor. Además, se identificó en el ángulo esplénico contenido hiperecogénico y heterogéneo, que sugería una colección hemática periesplénica (fig. 1b). El estudio se completó con una tomografía computada (TC) abdominal (fig. 2) que mostró un bazo alterado morfológicamente con presencia de hematoma

periesplénico, compatible con rotura esplénica. Se realizó una esplenectomía de urgencia. Dada la ausencia de traumatismos, se relacionó este episodio con el antecedente de colonoscopia reciente.

La colonoscopia es el método diagnóstico y terapéutico más importante en la detección de tumores en el colon.



**Figura 1** Se observa (a) líquido perihepático (flechas) y (b) una colección hiperecogénica y heterogénea periesplénica (flecha) sugestiva de hematoma.



**Figura 2** (a y b) Se visualiza una alteración morfológica del bazo (flechas), sugestiva de rotura con hematoma periesplénico y hemoperitoneo perihepático (asteriscos).

La perforación y la hemorragia, aunque se presentan en un bajo porcentaje, son las complicaciones más habituales; mientras que entre las menos comunes se mencionan el neumomediastino, el retroneumoperitoneo y la rotura de bazo<sup>1</sup>.

La rotura esplénica posterior a la realización de una colonoscopia es muy infrecuente, con una incidencia de 0,00005-0,017% y una mortalidad de hasta el 5%<sup>1</sup>. El primer caso fue publicado en 1974 por Wherry y Zehner<sup>2,3</sup>. Por lo general, su diagnóstico es tardío, ya que los síntomas pueden atribuirse a la distensión por insuflación excesiva o por fenómenos como serositis secundaria a polipectomía en las colonoscopias terapéuticas<sup>1</sup>.

Se han descrito tres mecanismos posibles como desencadenantes<sup>4</sup>:

- el traumatismo directo sobre el bazo al pasar el endoscopio por el ángulo esplénico;
- una excesiva tracción sobre el ligamento esplenocólico, que produce la rotura de la cápsula esplénica;

- una excesiva tracción sobre adherencias previas del colon sobre el bazo, secundarias a procesos inflamatorios o cirugías previas.

Los síntomas habitualmente comienzan en las primeras 24 horas, pero en ocasiones pueden ocurrir de forma más insidiosa días después, como el caso presentado. La forma de presentación más frecuente es el dolor abdominal, fundamentalmente localizado en el hipocondrio izquierdo, a veces con irradiación al hombro izquierdo (signo de Kehr) y peritonismo. Estos pueden acompañarse de signos relacionados con alteraciones hemodinámicas, como anemia, palidez, hipotensión, taquicardia, disnea e, incluso, shock hipovolémico<sup>4,5</sup>.

Algunos autores establecen varios factores de riesgo que podrían predecir la rotura del bazo tras colonoscopia: coagulopatías, esplenomegalias infecciosas o hematológicas, tratamientos farmacológicos específicos (p. ej. factores de crecimiento hematopoyético), procesos inflamatorios intestinales o pancreáticos, y operaciones intrabdominales anteriores<sup>5</sup>. Otros especialistas relacionan esta complicación con las maniobras endoscópicas utilizadas para navegar por el ángulo esplénico o con intervenciones terapéuticas, como la polipectomía y las biopsias<sup>5</sup>.

La TC es el método diagnóstico de elección, dado que es el que mejor determina la magnitud del daño del bazo y la cantidad de hemoperitoneo<sup>6</sup>. Si bien la ecografía se utiliza como prueba inicial en tanto orienta sobre el diagnóstico de sospecha, es la TC la que lo confirma<sup>7</sup>. En las radiografías de abdomen solo pueden visualizarse signos indirectos, como elevación del hemidiafragma o derrame pleural izquierdos.

La valoración de la TC abdominal, junto con la historia clínica, ayuda a decidir la conducta terapéutica. En la mayoría de los casos se realiza una esplenectomía. Muy pocos pacientes han sido tratados de forma conservadora con transfusión de hemocomponentes, antibióticos de amplio espectro y estrecha vigilancia hemodinámica. Otra acción terapéutica descrita con éxito es la embolización de la arteria esplénica. La instauración de un tratamiento conservador debe estar en relación directa con la estabilidad hemodinámica de cada caso y la experiencia del equipo médico multidisciplinario<sup>6,7</sup>.

La rareza de esta complicación y el posible retraso de su presentación clínica pueden desencadenar un resultado fatal. El dolor abdominal o torácico asociado con anemia y/o hipotensión después de una colonoscopia deben plantear la sospecha. Por ello, hay que llevar a cabo un protocolo diagnóstico adecuado, siendo necesaria la actuación quirúrgica urgente (esplenectomía) en la mayoría de los casos.

## Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Rodríguez Fajardo JE, Carrera J, Ibáñez H, Martínez C, Mateus L. Ruptura esplénica posterior a colonoscopia: complicación infrecuente pero potencialmente letal. *Rev Col Gastroenterol*. 2012;27:114–8.
- Ha FJ, Minchin D. Splenic injury in colonoscopy: a review. *Int J Surg*. 2009;7:424–7.
- Shah PR, Raman S, Haray PN. Splenic rupture following colonoscopy: rare in the UK. *Surgeon*. 2005;3:293–5.
- Casanova Martínez L, Martín Arranz E, Vázquez López P, Jaquotot Herranz M, Mora Sanz P, Segura Cabral JM. Rotura esplénica tras colonoscopia. Una complicación inusual. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34:588–9.
- Capellani A, Di Vita M, Zanghi A, Cavallero A, Alfano G, Piccolo G, et al. Splenic rupture after colonoscopy: report of a case and review of literature. *World J Emerg Surg*. 2008;3:8.
- Guerra JF, San Francisco I, Pimentel F, Ibáñez L. Splenic rupture following colonoscopy. *World J Gastroenterol*. 2008;14:6410–2.
- Skipworth JR, Raptis DA, Rawal JS, Olde Damink S, Shankar A, Malago M, et al. Splenic injury following colonoscopy- an underdiagnosed, but soon to increase, phenomenon? *Ann R Coll Surg Engl*. 2009;91:W6–11.

A. Riaguas Almenara\*, D. Ibáñez Muñoz y M. Beltrán Marín  
*Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Ernest Lluch, Calatayud, Zaragoza, España*

\* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [anariaguas@hotmail.com](mailto:anariaguas@hotmail.com)  
 (A. Riaguas Almenara).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2015.09.008>

## Quiste hidatídico renal con microrrotura



### Renal hydatid cyst with minimal breakage

Sra. Editora:

La hidatidosis es una zoonosis producida por el parasitismo de la tenia *Echinococcus*, fundamentalmente el *E. granulosus* y más raramente el *E. multilocularis*<sup>1</sup>. Es una enfermedad de distribución mundial, que se considera endémica en regiones como la cuenca mediterránea, África, Sudamérica, Australia y Nueva Zelanda, donde aún constituye un problema de salud pública<sup>2</sup>. El hígado es el órgano más frecuentemente afectado, siendo otras localizaciones (p. ej. la renal) mucho menos comunes.

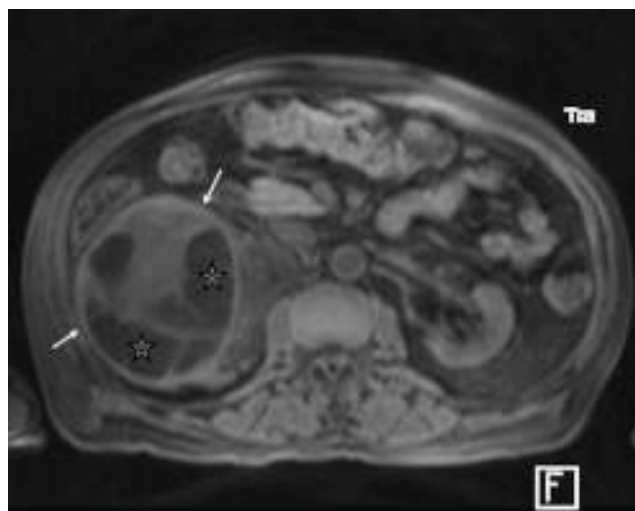
El diagnóstico de la hidatidosis generalmente se basa, con técnicas de imagen, en la identificación de una lesión quística y la detección de anticuerpos séricos específicos contra el parásito. Sin embargo, la negatividad

de las pruebas serológicas no descarta la presencia de un quiste hidatídico, y una localización inusual o unos hallazgos imagenológicos atípicos pueden complicar el diagnóstico diferencial. Por ello, es importante conocer las localizaciones raras, los hallazgos anómalos y las posibles complicaciones para poder realizar un diagnóstico temprano que permita un tratamiento adecuado.

Nuestro objetivo es comunicar el caso de un paciente varón de 85 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial (HTA), síndrome mielodisplásico y quiste hidatídico hepático (intervenido en 1996), que acudió por un dolor abdominal en el flanco derecho, de 24 horas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. La exploración física y el laboratorio al ingreso fueron normales y, para completar el estudio, se solicitó una ecografía abdominal (fig. 1) en la que se apreció una masa de 14,5 cm ocupando la celda renal derecha. La lesión parecía



**Figura 1** Ecografía abdominal. Se aprecia una masa de 14,5 cm aproximadamente ocupando la celda renal derecha, que parece depender del riñón. Su contenido es heterogéneo e incluye áreas sólidas (estrella) y quísticas, con múltiples septos finos en su interior (flechas).



**Figura 2** Resonancia magnética en secuencia ponderada en T1 con saturación grasa en plano axial. Se observa una masa multiquistica renal derecha, de márgenes bien definidos (flechas) y estructuras quísticas adyacentes a la pared, que son hipointensas con respecto al fluido intraquistico (estrellas).