

Ruptura esplénica espontánea idiopática. *Reporte de un caso y revisión de la literatura*

M.C. Gerardo **Fernández-Sobrino**,* M.C. Carlos **Cosme-Reyes**,* Tte. Cor. M. C. Carlos **Belmonte-Montes****

Hospital Central Militar. Ciudad de México

RESUMEN

La ruptura esplénica espontánea es una entidad poco frecuente, que generalmente se asocia a alguna patología de base, ya sea infecciosa o de algún otro tipo. La verdadera ruptura espontánea o idiopática es aquella que ocurre en un bazo de características normales y sin antecedentes traumáticos u otros, la cual es aún más rara. Presentamos el caso de un paciente sin antecedentes relevantes que acudió al Servicio de Urgencias con dolor abdominal, diagnosticándole ruptura esplénica mediante la realización de tomografía computarizada y tratándole con esplenectomía de forma inmediata, sin complicaciones, con una evolución satisfactoria. El reporte de patología descartó alguna alteración esplénica primaria.

Palabras clave: ruptura esplénica espontánea, bazo.

Idiopathic spontaneous splenic rupture. **Case report and review of the literature**

SUMMARY

Spontaneous splenic rupture is a rare disease, commonly associated to some other pathology (i.e. infectious disease). True spontaneous or "idiopathic" rupture happens in normal spleen without history of trauma, and it is extremely rare. We present a case of a patient, without previous pathology, who denied any important trauma, who came to the emergency room with abdominal pain, splenic rupture diagnosed through an abdominal computed tomography (CT) scan, and an immediate splenectomy was performed, without complications and with satisfactory evolution. Pathology report discarded any primary splenic disease.

Key words: Spontaneous splenic rupture, spleen.

Introducción

La ruptura espontánea de bazo es una entidad poco frecuente que se asocia con una alta mortalidad debido a que, en contraste con la ruptura esplénica traumática, el diagnóstico tardío es más frecuente. Entre los factores etiológicos de esta entidad caben destacar las enfermedades infecciosas como mononucleosis, VIH, citomegalovirus, entre otras, siendo la más frecuente la malaria.¹ Otros factores etiológicos

no infecciosos incluyen trastornos hematológicos, neoplásicos, enfermedades de depósito o del tejido conectivo¹¹. Sin embargo, en estos casos, el común denominador es la existencia de cierto grado de esplenomegalia. Son pocos los casos que ocurren en bazos de características normales sin patología asociada.^{2,7} El siguiente caso ilustra una ruptura esplénica de estas características, que se podría denominar como idiopática porque tras su estudio no se logró documentar un factor etiológico desencadenante y el bazo fue histopatológicamente normal.

Descripción de caso clínico

Paciente masculino de 28 años de edad quien ingresó al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro caracterizado por dolor abdominal difuso de intensidad moderada, de tres días de evolución, sin sintomatología agregada y que disminuyó con la ingesta de antiespasmódicos cursando los siguientes dos días asintomático. Al tercer día presentó nuevamente el dolor abdominal de mayor intensidad y localizado en el cuadrante superior izquierdo, sin traumatismo o factor desencadenante aparente, por lo que acudió al hospital. Dicho dolor se incrementaba en decúbito dorsal y disminuía al sentarse.

* Residente de Cirugía General. The American British Cowdray Medical Center I.A.P. México, D.F.

** Jefe del Gabinete de Colon y Recto. Hospital Central Militar. México, D.F.

Correspondencia:

Dr. Gerardo Fernández-Sobrino
Residente de Cirugía General.

The American British Cowdray Medical Center I.A.P. Sur 136 No. 116, 2do. Piso. Col. Las Américas. C.P. 01120, México, D.F., Tel.: 5230-8000 Ext.: 8661. E-mail: gfsobrino@hotmail.com

Recibido: Marzo 11, 2002.

Aceptado: Abril 28, 2002.

se, con irradiación a región lumbar y hombro izquierdo, acompañándose de náusea y lipotimia sin vómito. Como antecedentes refirió ser empresario, de religión judía, negando la realización de algún ejercicio físico, así como contactos infectocontagiosos. Ingesta de bebidas alcohólicas y tabaquismo negado. Negó antecedentes médicos incluyendo trastornos hematológicos o alguna enfermedad infecciosa relevante. Antecedentes quirúrgicos, traumáticos y alérgicos negados. A su ingreso al Servicio de Urgencias se encontró con signos vitales dentro de parámetros normales: consciente, orientado, inquieto, con facies de dolor y sentado por no tolerar el decúbito dorsal. Mucosas bien hidratadas sin palidez. Tórax con movimientos de amplexión y amplexación disminuidos, campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral, ruidos cardíacos rítmicos sin taquicardia ni fenómenos agregados. Abdomen con distensión leve, peristalsis presente, con dolor en hipocondrio izquierdo a la palpación media y profunda, el cual incrementaba en decúbito dorsal, sin masas y visceromegalias palpables. Giordano positivo izquierdo. Resto de la exploración sin alteraciones.

Sus resultados de laboratorio de ingreso reportaron Hb 14.5 mg/dL, Hto 42.3%, leucocitos de 10,900, plaquetas de 280,000. Los electrolitos séricos, química sanguínea, coagulograma, amilasa y lipasa fueron normales, con reacciones febriles y antiamiba negativos. La radiografía de tórax normal; radiografía de abdomen con escoliosis lumbar, sombra hepática y esplénica normales con gas en marco cólico y abundante materia fecal en ciego y colon ascendente. Se realizó tomografía computarizada (CT) de abdomen en la cual se observó elevación del hemidiafragma izquierdo con masa esplénica subcapsular y líquido libre en cavidad abdominal (*Figuras 1 y 2*). Se aplicó vacuna contra neumococo e inmediatamente el paciente fue trasladado a quirófano en donde se realizó laparotomía exploradora con incisión media supra e infraumbilical encontrando hemoperitoneo de 500 cc aproximadamente, así como bazo con laceración de 5 cm en el polo



Figura 1. Imagen de tomografía computarizada con alteraciones en la densidad esplénica que no varía con la administración de medio de contraste y líquido intracapsular en el bazo.



Figura 2. Corte de tomografía computarizada en donde se evidencia la presencia de líquido libre a nivel del hueso pélvico.

inferior cerca del hilio, comprometiendo estructuras vasculares con un hematoma de 10 x 15 cm. Resto de cavidad abdominal sin alteraciones, por lo que se realizó esplenectomía y lavado de cavidad abdominal. En el transoperatorio se transfundieron dos paquetes globulares. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria con inicio de vía oral a las 24 horas y fue egresado en el cuarto día postoperatorio. Se realizaron diversos estudios de laboratorio para descartar posibles etiologías, los cuales se reportaron en límites normales, incluyendo perfil de lípidos y estudios inmunológicos.

El Servicio de Patología reportó un bazo de 16 x 6.2 cm con un peso de 237 g, con discontinuidad de la cápsula en relación con hematoma que abarca polo superior e hilio, así como fractura del parénquima. El diagnóstico patológico fue de ruptura esplénica con hemorragia y congestión, inflamación aguda inespecífica y depósito irregular de material paraamiloide (*Figuras 3 y 4*).

Tras un seguimiento por más de un año, el paciente se encuentra asintomático, sin manifestar patología alguna.

Discusión

El término de ruptura espontánea fue utilizado inicialmente por Wiedemann, en Berlín, en 1927, para denotar una ruptura esplénica sin trauma aparente y posterior a eventos insignificantes como un esfuerzo muscular.⁶ Sin embargo, algunos autores describen que fue Atkinson⁵ quien, en 1874, reportó un caso de ruptura espontánea en bazos de características histológicas normales, siendo pocos los casos que se han reportado de esta entidad. La ruptura esplénica de origen no traumático la clasificó Marin León en tres tipos:⁸ con alteración esplénica primaria, asociada a otra patología y espontánea.

En los casos de ruptura esplénica espontánea con alteración esplénica primaria o patología asociada, desde su descripción inicial, se ha observado que esta entidad es prácticamente exclusiva de los adultos, y que todos los casos presentan cierto

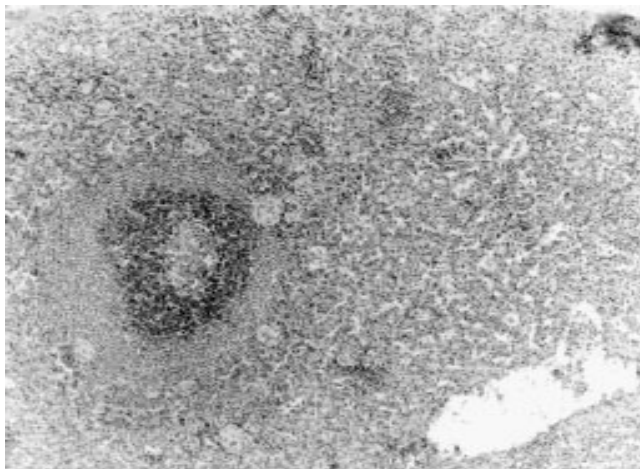


Figura 3. Parénquima esplénico con hiperplasia de la pulpa blanca, congestión pasiva crónica con doble halo y prominencia de los capilares en vainados, pulpa roja con alteraciones significativas (HE, 200x).

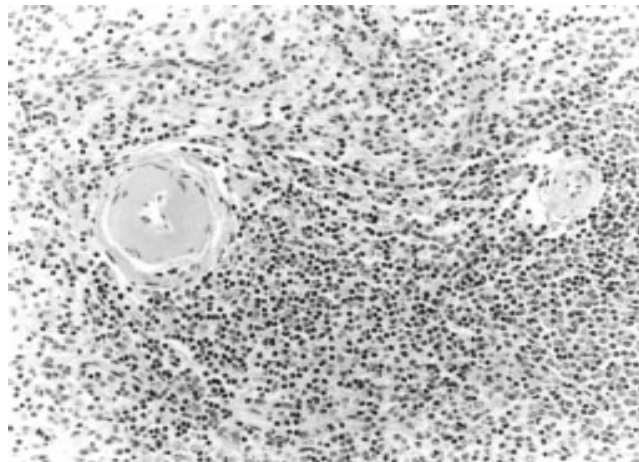


Figura 4. Arteriola penicilada con engrosamiento y sustitución de la estructura de la pared por material eosinófilo globular amorfo acelular. Rojo congo positivo. Examen con luz polarizada negativo (HE, 400x).

grado de esplenomegalia. Los principales factores de riesgo para la ruptura espontánea del bazo son la infiltración esplénica,⁴ por enfermedades hematológicas, coagulopatías, infartos esplénicos y esplenomegalia severa, mientras que en aquellos pacientes que reciben quimioterapia, la ruptura se asocia a lisis celular, que liberan enzimas proteolíticas que lesionan la cápsula del bazo.¹⁵

El cáncer también es una causa de ruptura espontánea, encabezado por las neoplasias hematológicas que incluyen leucemia linfocítica aguda, leucemia mielógena tanto aguda como crónica y linfoma de Hodgkin, sin olvidar algunos tumores como cáncer renal, teratomas, cáncer esofágico y cáncer de próstata.¹³ En el ámbito de la infectología, algunos virus como Epstein-Barr, VIH o de la hepatitis se han asociado a ruptura esplénica,⁹ así como enfermedades bacterianas que incluyen desde la neumonía, endocarditis y tuberculosis,¹⁴ hasta patologías poco frecuentes como el dengue, sin olvidar los hongos que también pueden lesionar el bazo, como es la aspergilosis.

Destaca que la causa más frecuente de ruptura esplénica espontánea en el ámbito mundial es la causada por un agente infeccioso, el causante de la malaria, el *Plasmodium malariae*, siendo la especie que se asocia con mayor frecuencia el *P. vivax*,¹⁶ debido a la rápida hiperplasia esplénica que causa elongación tanto del parénquima como de la cápsula, con desarrollo de pequeños infartos y hemorragia, y en los casos de malaria crónica el desarrollo de fibrosis.

Existen otras entidades que se han descrito como desencadenantes de la ruptura esplénica espontánea, como la pancreatitis, enfermedades reumatológicas (lupus eritematoso sistémico, púrpura trombocitopénica inmune, artritis reumatoide, poliarteritis nodosa y granulomatosis de Wegener), en el embarazo y en el postparto. Asimismo, se ha asociado también como complicación de algunos procedimientos, como la terapia electroconvulsiva, implantación de desfibriladores automáticos, litotripsia, colonoscopia y ecocardiografía transesofágica. Incluso se ha descrito posterior a la administración de estreptocinas y heparina incluyendo la de bajo peso molecular.¹⁵

Existen controversias en la aplicación del término espontáneo o idiopático de esta enfermedad, ya que a pesar de que existen casos reportados de ruptura espontánea en bazos normales, se ha puesto en duda la existencia de esta entidad, pero varios autores la han descrito. Una de las posibles explicaciones de esta entidad fue sugerida por Coleman,¹ quien describió que la movilidad anormal del bazo secundaria a tejidos laxos podía ocasionar torsión o espasmos de la vena esplénica, y la subsecuente congestión venosa podría causar ruptura espontánea en un bazo normal. Orloff,¹ en 1958, sugirió varios criterios para clasificar los casos de ruptura espontánea dentro de este grupo, que incluyen: carencia de historia de trauma, ausencia de patología que afecte de forma directa o indirecta al bazo, ausencia de adherencias o cicatrices periesplénicas y la presencia de un bazo de características macroscópicas y microscópicas normales.

En el caso que nos ocupa, no encontramos posibles factores que causaran la ruptura esplénica. El paciente ha negado repetidamente esfuerzos físicos e incluso trauma por más mínimo que fuera. Además, no hay evidencia clínica o hematológica de infección o de algún otro proceso patológico que explique esta situación. Finalmente, no se encontraron cambios histológicos significativos ni signos de lesiones o adherencias. Por lo tanto, el diagnóstico en este caso, por exclusión, es de ruptura esplénica espontánea idiopática.

Después de establecidas las probables etiologías de la ruptura esplénica espontánea, es evidente que el diagnóstico es difícil de realizar, en primer lugar debido a que no existe la sospecha clínica de primera intención en la mayoría de los casos, y también secundario a que el cuadro clínico típico, caracterizado por dolor abdominal irradiado al hombro izquierdo, abdomen agudo e incluso choque, pueden estar ausentes en algunos pacientes, como es el caso discutido. Di-

cha dificultad diagnóstica se contraponen a los casos en que la ruptura del bazo es postraumática, o incluso en aquellos pacientes que tienen historia de alguna patología que pueda desarrollar esplenomegalia, en donde el mecanismo de trauma y/o antecedentes dirigen el estudio del paciente. Los estudios diagnósticos que pueden realizarse ante la sospecha de ruptura de bazo son el ultrasonido o la tomografía computada, siendo más sensible esta última, pero requiriendo para su realización que el paciente se encuentre hemodinámicamente estable.

Los datos sugestivos de esta patología son alteraciones en la densidad esplénica que no varía con la administración de medio de contraste, y líquido intraperitoneal, perirrenal o intracapsular en el bazo, lo cual concuerda con los hallazgos del caso presentado. Mientras que el ultrasonido, aunque con menor sensibilidad, se puede realizar en el Departamento de Urgencias, y los datos que podemos encontrar son aumento, desplazamiento, doble contorno e irregularidad del bazo, así como líquido libre intraperitoneal,³ teniendo como ventaja principal la posibilidad de realizarlo en pacientes inestables hemodinámicamente.

En lo que al tratamiento se refiere, existe diversidad de opiniones, sin embargo, es difícil proponer tratamiento conservador, utilizado selectivamente en rupturas traumáticas, que consiste en observación hospitalaria por un término de siete a 14 días con reposo absoluto y soluciones parenterales,¹² ya que se desconoce la etiología de la ruptura, siendo la esplenectomía la opción para establecer un diagnóstico definitivo y resolver la urgencia que significa la ruptura.

Se puede concluir que la ruptura esplénica idiopática es una entidad poco frecuente, lo cual origina una falta de la sospecha diagnóstica y secundario a esto un probable incremento en la morbilidad y mortalidad. La utilización de métodos diagnósticos tan precisos, como la tomografía computarizada, o bien el ultrasonido, puede ser el único elemento para determinar lesiones esplénicas; y que el tratamiento debe ser quirúrgico en todos los pacientes, sin importar su estabilidad hemodinámica, ya que de lo contrario no se po-

drá determinar si en realidad la ruptura fue idiopática o secundaria a alguna patología que requiera un tratamiento específico y cuyo retraso diagnóstico pueda modificar el curso de la enfermedad pudiendo ser incluso letal, por lo que debe ser un diagnóstico considerado por el personal de Urgencias una vez que se excluyeron otras patologías.

Referencias

1. Baidas WH, Al-Zamil A, Mathew CV. Spontaneous rupture of a malarial spleen. *Ann Saudi Med* 1999; 19(2): 139-40.
2. Behera A, Aggarwal S, Kaman L. Spontaneous rupture of normal spleen. *Indian J Gastroenterol* 1997; 16(2): 71-2.
3. Blaivas M, Quinn J. Diagnosis of spontaneous splenic rupture with emergency ultrasonography. *Ann Emerg Med* 1998; 32(5): 627-30.
4. Celebrezze JP, Cottrell DJ, Williams GB. Spontaneous splenic rupture due to isolated splenic peliosis. *South Med J* 1998; 91(8): 764-83.
5. Crate ID, Payne MJ. Is the diagnosis of spontaneous rupture of a normal spleen valid? *JR Army Med Corps* 1991; 137(1): 50-1.
6. Gallerani M, Vanini A, Salmi R, Bertusi M. Spontaneous rupture of the spleen (letter). *Am J Emerg Med* 1996; 14(3): 333-4.
7. Kumar S, Gupta A, Shrivastava UK, Mathur SB. Spontaneous rupture of normal spleen: An enigma recalled. *Br J Clin Pract* 1992; 46(1): 67-8.
8. Marin-Leon I, Manzaneque GL, Beiztegui SA, Monteagudo PA, Dastis BC, Garcia BF. Atraumatic rupture of the spleen. A proposal of new attitudes. Apropos a case in brucellosis. *An Med Interna* 1990; 7(9): 474-6.
9. Nouri M, Nohra R, Nouri M. Rupture spontanée de la rate et mononucléose infectieuse. *Ann Fr Anesth Réanim* 1997; 16: 53-4.
10. Rao RC, Ghose R, Sawhney S, Berry M. Hemangioma of spleen with spontaneous, extra-peritoneal rupture, with associated splenic tuberculosis an unusual presentation. *Australas Radiol* 1993; 37(1): 100-1.
11. Russell TJ, Ferrera PT. Spontaneous rupture of an amyloid spleen in a patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Am J Emerg Med* 1998; 16(3): 279-80.
12. Schuler JG, Filtzer H. Spontaneous splenic rupture. The role of nonoperative management. *Arch Surg* 1995; 130(6): 662-5.
13. Sherwood P, Sommers A, Shirfield M, Majumdar G. Spontaneous splenic rupture in uncomplicated multiple myeloma. *Leuk Lymphoma* 1996; 20(5-6): 517-9.
14. Vergne R, Selland B, Gobel FL, Hall WH. Rupture of the spleen in infective endocarditis. *Arch Intern Med* 1975; 135(9): 1265-7.
15. Weiss SJ, Smith T, Laurin E, Wisner DH. Spontaneous splenic rupture due to subcutaneous heparin therapy. *J Emerg Med* 2000; 18(4): 421-6.