

Nombre:	Celia
Apellido:	Astor Rodríguez
Otros Autores:	Palomares Morales, Aitana; Morcillo Carratalá, Rafael; Servent Sáenz, M ^a Pilar; García Roch, Carmen; Aragón Tejada, Fátima Ximena
E-mail:	celiastor@hotmail.com
Hospital:	Complejo Hospitalario de Toledo
Ciudad:	Toledo
Título:	ROTURA ESPLÉNICA ATRAUMÁTICA
Presentación:	<p>Paciente varón de 84 años, con antecedentes de recambio valvular aórtico y carcinoma urotelial infiltrante, ingresado con el diagnóstico de enteritis rádica. Remitido al Servicio de Radiodiagnóstico por dolor abdominal agudo asociado a inestabilidad hemodinámica. Se realiza TC abdominopélvica en fases angiovascular, portal y eliminación. Se visualiza múltiples áreas hipodensas cuneiformes en parénquima esplénico, córtico-subcorticales, compatibles con infartos. Moderada cantidad de líquido libre denso de localización periesplénica. Se identifica área hiperdensa central perihiliar, que es isodensa con los vasos en todas las fases del estudio y repleción precoz de la vena esplénica, hallazgos sugestivos de malformación vascular asociada. Se observa nivel líquido-contraste en ligamento gastroesplénico sugestivo de sangrado activo. El radiólogo intervencionista realiza la arteriografía selectiva de la arteria esplénica, dónde se visualiza extravasación de contraste en hilio esplénico, lesión de morfología redondeada y repleción precoz de la vena esplénica, hallazgos en relación con sangrado activo, pseudoaneurisma y fístula arteriovenosa.</p>
Discusión :	<p>Se realiza el diagnóstico de rotura esplénica atraumática secundaria a infartos esplénicos. Presenta una incidencia del 0,1%-0,5% y se clasifica según se produzca en bazo previamente sano o patológico.</p> <p>Criterios según Crate para la rotura esplénica atraumática sobre bazo sano:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ausencia de traumatismo. -Ausencia de lesión en otros órganos vinculables con patología esplénica. -Ausencia de cicatrices esplénicas. -Bazo macro y microscópicamente normal. -Serología negativa para infección viral reciente. <p>Entidades que favorecen la rotura esplénica atraumática:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Afectación infecciosa (mononucleosis) -Afectación hematológica -Alteraciones congénitas (hemangiomas) -Otras entidades (pancreatitis) <p>La clínica de la rotura esplénica consiste en dolor en hipocondrio derecho, taquicardia, anemia e hipotensión. Para su diagnóstico, en el paciente</p>

	<p>estable se prefiere la ecografía abdominal, mientras que para el paciente inestable es de elección la TC.</p> <p>El tratamiento de la rotura esplénica atraumática se debate entre la opción quirúrgica y la embolización esplénica.</p>
Conclusión:	<p>La rotura esplénica atraumática es una entidad infrecuente que se asocia a enfermedades infecciosas y hematológicas. Debido a su potencial mal pronóstico, precisa de un diagnóstico rápido y una actuación terapéutica precoz.</p>
Bibliografía:	<p>Ercan Gedik et al. "Non-traumatic splenic ruptura: Report of seven cases and review of the literature" World J Gastroenterol 2008 November 21;14 (43): 6711-6716</p> <p>E. De Antonio Sanz et al. "Causas atraumáticas de rotura esplénica" Póster SERAM 2012; DOI: 10.1594/seram2012/S-0866.</p>
Pie de foto:	<p>FIG.1 Corte axial en fase angiovascular en el que se identifica un área hiperdensa esplénica central perihiliar (flecha azul), que es isodensa con los vasos en todas las fases del estudio, en relación con pseudoaneurisma. Así mismo se observa líquido libre hiperdenso (45 UH), sugerente de hemoperitoneo (flecha amarilla). FIG.2 Corte axial de fase angiovascular en el que se identifica la presencia de vasos prominentes en el hilio esplénico (flecha morada), así como una repleción precoz de la vena esplénica que sugiere la presencia de una fístula arteriovenosa. FIG.3 Corte axial en fase portal en el que se identifica múltiples áreas hipodensas en el parénquima esplénico de morfología cuneiforme compatibles con infartos (flecha roja). Así como un nivel líquido-contraste en fase de eliminación sugestivo de extravasación (flecha azul claro). FIG.4 Arteriografía selectiva de la arteria esplénica, en la que se observa extravasación de contraste en hilio esplénico (flecha azul claro), lesión de morfología redondeada (flecha amarilla) y la repleción precoz de la vena esplénica (flecha verde) todo ello en relación con sangrado activo, pseudoaneurisma y fístula arteriovenosa.</p>