

## Cartas al Editor

### Rotura esplénica tras colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal

---

*Palabras clave: Colonoscopia. Rotura bazo. Esplenectomía.*

---

*Sr. Editor:*

El número de colonoscopias realizadas en nuestro medio está aumentando de forma drástica, sobre todo en relación con los programas de cribado de cáncer colorrectal. Tradicionalmente el sangrado y la perforación colónica se han descrito como las complicaciones más frecuentes. Sin embargo, existen complicaciones excepcionales como la rotura esplénica con una incidencia de 0,004% (1).

Describimos el caso de una mujer de 58 años, hipertensa e histerectomizada, a la que se le practica una colonoscopia en el programa de cribado. La exploración se realizó mediante sedación profunda con propofol administrado por anestesista. La endoscopia fue considerada de buena calidad dado que existía una excelente limpieza colónica (escala de Aronchick) y un endoscopista con un número de colonoscopias anuales mayor de 200 y una tasa de detección de adenomas del 20% tras sangre oculta en heces positivo. En la colonoscopia se extirpa un adenoma tubular de 2 mm. Tras la colonoscopia la paciente es dada de alta tras cumplir el protocolo establecido. Tras 6 horas refiere cuadro de sudoración acudiendo a urgencias donde presenta hipotensión, dolor abdominal con peritonismo y signo de Kehr positivo. En el hemograma presentaba 22.200 leucocitos y hemoglobina de 9,4 g/dL. En el TC abdominal (2) se pone de manifiesto un gran hematoma en hipocondrio izquierdo que depende de la cápsula esplénica, además de líquido libre abundante en el abdomen (Fig. 1). Ante estos hallazgos, se realiza una

laparotomía urgente, evidenciando hemoperitoneo secundario a decapsulación esplénica completa que obliga a esplenectomía.

Aunque varios trabajos han intentado explicar los factores etiológicos de la rotura esplénica tras una colonoscopia, estos aún son meras hipótesis. El traumatismo directo del endoscopio al superar la flexura esplénica, la distensión y tracción del ligamento esplenocólico con rotura de la cápsula de Malpighi o la realización de procedimientos en una pared colónica íntimamente adherida al bazo parecen las causas más aceptadas (3). Además, se ignora el efecto de la sedación profunda ya que el dolor alertaría sobre una mayor tracción del ligamento esplenocólico (4). Desconocemos si la incidencia de esta lesión ha sido infravalorada, aunque todo parece indicar que el incremento del número de procedimientos podría suponer un aumento de la

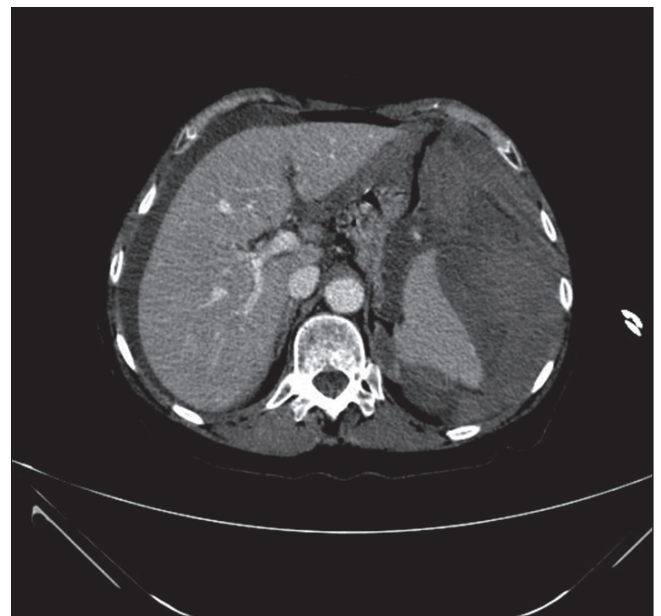


Fig. 1. En el TAC se observa hematoma subcapsular esplénico de 15x7 cm con líquido libre intraabdominal.

incidencia de complicaciones como esta, sobre todo tras la implantación de los programas de cribado (5). En la serie más amplia revisada en 2012 (6), se señala a la colonoscopia como una de las causas más importantes de rotura esplénica no traumática, superando otras como la malaria, la mononucleosis infecciosa, enfermedades hematológicas como el linfoma o la amiloidosis, siendo la primera causa tras cualquier procedimiento médico. La cirugía abierta sigue siendo el “gold standard” terapéutico en estos casos (6), aunque en casos seleccionados, se ha podido realizar manejo conservador, embolización (7) o cirugía laparoscópica (8). En general, esta complicación ocurre en las primeras 48 horas tras la colonoscopia; sin embargo, tras las primeras horas el paciente suele ser dado de alta, volviendo a reingresar. Esta complicación puede ocurrir incluso en colonoscopias de calidad como en el caso del cribado. Por ello el personal hospitalario debe de conocer su existencia (9) ya que una rápida actuación evitará complicaciones mayores (10).

María José García-García<sup>1</sup>, Ramón Castañera-González<sup>2</sup>,  
Berta Martín-Rivas<sup>2</sup>, Marcos Gómez-Ruiz<sup>2</sup>  
y Montserrat Rivero-Tirado<sup>1</sup>

*Servicios de <sup>1</sup>Gastroenterología y Hepatología, y de <sup>2</sup>Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Santander*

## Bibliografía

1. 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. DOI: 10.1186/1471-227X-12-11
2. Petersen CR, Adamsen S, Gocht-Jensen P, et al. Splenic injury after colonoscopy. *Endoscopy* 2008;40:76-9. DOI: 10.1055/s-2007-966940
3. Piccolo G, Di Vita M, Cavallaro A, et al. Presentation and management of splenic injury after colonoscopy: A systematic review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2014;24:95-102. DOI: 10.1097/SLE.0b013e3182a83493
4. Corcillo A, Aellen S, Zingg T, et al. Endovascular treatment of active splenic bleeding after colonoscopy: A systematic review of the literature. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2013;36:1270-9. DOI: 10.1007/s00270-012-0539-1
5. Johnson C, Mader M, Edwards DM, et al. Splenic rupture following colonoscopy: Two cases with CT findings. *Emerg Radiol* 2006;13:47-9. DOI: 10.1007/s10140-006-0519-3
6. Stein DF, Myaing M, Guillaume C. Splenic rupture after colonoscopy treated by splenic artery embolization. *Gastrointest Endosc* 2002;55:946-8. DOI: 10.1067/mge.2002.124639
7. Janes SE, Cowan IA, Dijkstra B. A life threatening complication after colonoscopy. *BMJ* 2005;330:889-90. DOI: 10.1136/bmj.330.7496.889
8. Zandonà C, Turrina S, Pasin N, et al. Medico-legal considerations in a case of splenic injury that occurred during colonoscopy. *J Forensic Leg Med* 2012;19:229-33. DOI: 10.1016/j.jflm.2011.12.035
9. Rex DK, Deenadayalu VP, Eid E, et al. Endoscopist-directed administration of propofol: A worldwide safety experience. *Gastroenterology* 2009;137:1229-37; quiz 1518-9. DOI: 10.1053/j.gastro.2009.06.042
10. González-Soler R, Castro-Ortiz E, Lancho-Seco Á, et al. Splenic rupture following diagnostic colonoscopy. *Rev Esp Enferm Dig* 2012;104:219-20. DOI: 10.4321/S1130-01082012000400011