

mente, no hay datos en la historia clínica, ni en las imágenes que permitan identificar al paciente del caso clínico.

Los autores declaramos que este artículo no contiene información personal que permita identificar al paciente.

Financiación

No hubo ningún tipo de financiación

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Jansson-Knodell CL, Hujoel IA, Rubio-Tapia A, et al. Not all that flattens villi is Celiac disease: a review of enteropathies. *Mayo Clin Proc.* 2018;93:509–17, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.10.025>.
 - Lenti MV, Biagi F, Lucioni M, et al. Two cases of monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma associated with coeliac disease. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54:965–8, <http://dx.doi.org/10.1080/00365521.2019.1647455>.
 - Martínez-Baquero D, Galvis-Moreno L, Acosta-Forero J, et al. Linfoma T intestinal monomórfico CD56+ Primer caso informado en Colombia y revisión de la literatura. *Rev Fac Med.* 2015;63:127–31, <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.47469>.
 - Yi JH, Lee GW, Do YR, et al. Multicenter retrospective analysis of the clinicopathologic features of monomorphic epitheliotropic intestinal T-Cell lymphoma. *Ann Hematol.* 2019;98:2541–50, <http://dx.doi.org/10.1007/s00277-019-03791-y>.
 - Hashimoto R, Matsuda T. Gastrointestinal: Endoscopic findings of monomorphic epitheliotropic intestinal T-Cell lymphoma. *J Gastroenterol Hepatol.* 2019;34:311, <http://dx.doi.org/10.1111/jgh.14474>.
 - Swerdlow SH, Campo CE, Harris NL, et al. *WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. WHO Classification of Tumours. 2017; Volume 2, 4th Edition.*
 - McElroy MK, Read WL, Harmon GS, et al. A unique case of an indolent CD56-positive T-cell lymphoproliferative disorder of the gastrointestinal tract: a lesion potentially misdiagnosed as natural killer/T-cell lymphoma. *Ann Diagn Pathol.* 2011;15:370–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2010.05.007>.
- J.D. Ramírez-Quintero^a, J.J. Carvajal^b, C. Echeverri^c y G. Mosquera-Klinger^{b,*}
- ^a Sección de Medicina Interna, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia
^b Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia
^c Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia
- * Autor para correspondencia. Calle 78B #69-240, Consultorio 154, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia. Correo electrónico: gamkgastro@gmail.com (G. Mosquera-Klinger).
- <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.09.002>
 0375-0906/ © 2020 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Rotura esplénica tras colonoscopia, una complicación poco conocida



Splenic rupture after colonoscopy: A little-known complication

La colonoscopia es una técnica diagnóstica de uso muy frecuente y buen perfil de seguridad, pero no está exenta de complicaciones. Si bien las más conocidas son la hemorragia y la perforación, existen otras menos habituales pero con elevada morbimortalidad, como la rotura esplénica.

Presentamos el caso de un paciente de 77 años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica GOLD III, adenocarcinoma de pulmón tratado sin evidencia actual de recidiva, flutter auricular anticoagulado con edoxabán, prostatectomía por adenocarcinoma, colecistectomía y hernioplastia inguinal derecha. Acudió por diarrea, astenia y pérdida de peso de varios meses de evolución. Al ingreso se suspendió la anticoagulación oral y se sustituyó por enoxaparina (60 mg/12 h). Se realizó colonoscopia diagnóstica bajo sedación profunda con propofol, sin dificultad técnica ni complicaciones inmediatas, con diverticulosis como único hallazgo; no se aplicó presión sobre el cuadrante superior izquierdo del abdomen. A las 12 h de la prueba, el paciente comenzó con hipotensión, taquicardia y dolor

abdominal generalizado mal controlado con opioides, que describió como progresivo, y de varias horas de evolución. Se extrajo analítica urgente, en la que destacaba anemia de 8.4 g/dl (previa 12.9 g/dl) y se realizó radiografía de abdomen con la que se descartó perforación. Se completó el estudio con TC abdominal urgente (fig. 1), que mostraba rotura esplénica con extravasación de contraste activo, gran hematoma periesplénico y hemoperitoneo moderado, correspondiente a una lesión esplénica grado V según la American Association for the Surgery of Trauma (AAST). A pesar de la fluidoterapia intensiva, persistía la situación de inestabilidad hemodinámica, por lo que se realizó esplenectomía de urgencia.

La rotura esplénica tras colonoscopia es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave, con unos 100 casos descritos y una incidencia estimada de 1 de cada 100.000 procedimientos¹. Entre los factores de riesgo que parecen estar asociados destacan el sexo femenino, la edad avanzada, los antecedentes de cirugía abdominal o pélvica y el tratamiento anticoagulante o antiagregante². Aunque la etiología no es completamente conocida, se postulan 3 mecanismos posibles: traumatismo directo sobre el bazo, tracción sobre el ligamento esplenocólico o tracción sobre adherencias esplenocólicas secundarias a inflamación o cirugía previa^{3,4}. Habitualmente se manifiesta como dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, con signo de Kehr o sin

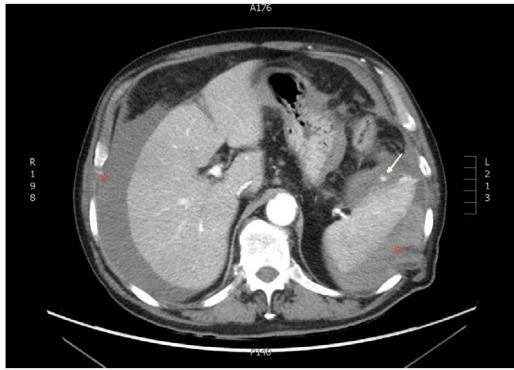


Figura 1 Hemoperitoneo y gran hematoma periesplénico de 10 × 12 × 13 cm (*) con focos de extravasación de contraste en el polo inferior esplénico (flecha blanca), correspondiente con lesión esplénica de grado V.

él (irradiación al hombro izquierdo), anemia e inestabilidad hemodinámica⁵. El papel de la sedación profunda, cada vez más empleada y que podría enmascarar o retrasar la aparición del dolor, no está claro. La prueba de elección ante la sospecha de rotura esplénica es la TC abdominal con contraste, aunque la ecografía abdominal podría ser de utilidad.

El tratamiento dependerá de la situación clínica del paciente y del grado de lesión esplénica. En pacientes hemodinámicamente estables se puede intentar manejo inicial conservador con fluidoterapia, transfusión sanguínea y antibióticos; en aquellos que no respondan y presenten lesiones de grados I-IV de la escala de la AAST sin enfermedad esplénica previa, la embolización de la arteria esplénica es una opción terapéutica efectiva. La esplenectomía se reserva para aquellos casos con sangrado activo o inestabilidad hemodinámica persistente⁶.

A pesar de su escasa incidencia, se trata de una complicación con elevada morbimortalidad, por lo que es fundamental sospecharla de forma precoz.

Responsabilidades éticas

Declaramos que en nuestra investigación no se realizaron experimentos en animales ni humanos, que hemos seguido los protocolos de nuestro centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que hemos preservado el anonimato de los datos del paciente, sin la necesidad de solicitar el consentimiento informado para la publicación de este caso, porque en el presente artículo no se publican datos personales que permitan identificar al paciente.

Financiación

En mi nombre y en el de los autores participantes en el trabajo declaro que no existió ningún tipo de financiación externa.

Conflicto de intereses

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de intereses.

Referencias

1. Jehangir A, Poudel DR, Masand-Rai A, et al. A systematic review of splenic injuries during colonoscopies: Evolving trends in presentation and management. *Int J Surg*. 2016;33:55–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2016.07.067>.
2. Ullah W, Rashid MU, Mehmood A, et al. Splenic injuries secondary to colonoscopy: Rare but serious complication. *World J Gastrointest Surg*. 2020;12:55–67, <http://dx.doi.org/10.4240/wjgs.v12.i2.55>.
3. Casanova Martínez L, Martín Arranz E, Vázquez López P, et al. Rotura esplénica tras colonoscopia. Una complicación inusual. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34:588–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2011.03.010>.
4. Diéguez Castillo C, López de Hierro M, Redondo-Cerezo E. Splenic rupture: An infrequent but potentially severe complication after colonoscopy. *Rev Esp Enferm Dig*. 2019;111:82–3, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5719/2018>.
5. Chime C, Ishak C, Kumar K, et al. Splenic trauma during colonoscopy: The role of intra-abdominal adhesions. *Case Rep Gastrointest Med*. 2018;2018:4879413, <http://dx.doi.org/10.1155/2018/4879413>.
6. Kothari ST, Huang RJ, Shaikat A, et al. ASGE review of adverse events in colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2019;90:863–76, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2019.07.033>.

J. Rodríguez Prida^{a,*}, M. Izquierdo Romero^b, G. Álvarez Oltra^b, J.F. López Caleyá^a y C.E. Ramírez Baum^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

* Autor para correspondencia. Travesía del Convento nº 10, 2.º C, CP 33202, Gijón, España. Teléfono: +34638863164. Correo electrónico: xurdeprida@gmail.com (J. Rodríguez Prida).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2020.09.010>

0375-0906/ © 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología.

Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).