

Hemoperitoneo secundario a lesión esplénica tras colonoscopia diagnóstica. Una complicación infrecuente

Carlos Sáez-Cazallas Rodríguez¹, Mauricio García Alonso¹,
José María Mugüerza Huget¹

¹Hospital Clínico Universitario
San Carlos, Madrid, España.

Recibido el 2022-08-12 y
aceptado para publicación el
2022-11-21

Correspondencia a:
Dr. Carlos Sáez-Cazallas
Rodríguez
saezcasallas@gmail.com

Hemoperitoneum secondary to splenic injury after diagnostic colonoscopy. A rare complication

Introduction: Colonoscopy is a basic tool in the study of pathology of the colorectal area, as well as one of the pillars of colon and rectal cancer screening. However, it is not a risk-free procedure, some of them with high morbimortality. **Case Report:** 55-year-old male with chronic alcoholism and hepatopathy due to HCV, COPD. During a study for diarrhea, an ultrasound of the abdomen revealed a 7 mm pancreas tumor, and a diagnostic colonoscopy showed no significant alterations. With the suspicion that the pancreatic lesion could be the cause of the diarrhea, an abdominal scan was performed showing a subcapsular collection at the splenic level of 11 x 3 cm compatible with hematoma without signs of active bleeding. Due to the hemodynamic stability, conservative management was decided, with worsening abdominal pain and hypotension in the following 12 hours. A new imaging test showed an enlarged splenic hematoma and free abdominal fluid suggestive of hemoperitoneum. Urgent surgery found hemoperitoneum secondary to splenic lesion and splenectomy was required. **Conclusion:** The presence of a possible iatrogenic splenic lesion should be considered in the differential diagnosis in a patient with acute onset abdominal pain and anemia or hemodynamic status alteration within the first 24-48 hours after colonoscopy.

Keywords: colonoscopy complications; splenic injury; hemoperitoneum; splenectomy.

Resumen

Introducción: La colonoscopia es una herramienta básica en el estudio de patologías del área colorectal, así como uno de los pilares del *screening* del cáncer de colon y recto. Sin embargo, no es un procedimiento exento de riesgos, algunos de ellos con elevada morbimortalidad. **Caso Clínico:** Varón de 55 años con enolismo crónico y hepatopatía por Virus Hepatitis C y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En estudio por diarrea se solicita una ecografía de abdomen donde, como único hallazgo, se muestra una lesión de 7 mm a nivel de páncreas y una colonoscopia con intención diagnóstica que no muestra alteraciones significativas. Con la sospecha de que la lesión pancreática pudiese ser la causa del cuadro diarreico, se realiza un escáner abdominal donde se muestra una colección subcapsular a nivel esplénico de 11 x 3 cm compatible con hematoma sin signos de sangrado activo. Dada la estabilidad hemodinámica, se inicia manejo conservador, con empeoramiento del dolor abdominal e hipotensión en las siguientes 12 h. Se repite prueba de imagen objetivando aumento de hematoma esplénico y líquido libre intraabdominal. Se indica cirugía urgente donde se evidencia hemoperitoneo secundario a lesión esplénica que obliga a realizar esplenectomía. **Conclusión:** La presencia de una posible lesión esplénica yatrogénica se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial en un paciente con dolor abdominal de inicio agudo y anemia o alteración del estado hemodinámico dentro de las primeras 24-48 h tras la realización de una colonoscopia.

Palabras clave: complicaciones de colonoscopia; lesión esplénica; hemoperitoneo; esplenectomía.

Introducción

La colonoscopia es una herramienta básica en el estudio de patologías del área colorrectal así como uno de los pilares del *screening* del cáncer de colon y recto. A pesar del elevado número de procedimientos endoscópicos que se realizan, la tasa de complicaciones asociadas a esta técnica es relativamente baja, por debajo del 1%. Durante los últimos años se ha observado una tendencia descendente en la incidencia de complicaciones tras la colonoscopia, lo que indica una mayor seguridad de la técnica con el paso del tiempo¹.

El espectro de dichas complicaciones es variado y, en la literatura publicada, se describen desde la aparición de neumoperitoneo espontáneo asintomático o una reacción vagal tras su realización, hasta complicaciones con una morbilidad más elevada como la hemorragia, la perforación de víscera hueca o la lesión de órganos sólidos. Por tanto, y a pesar de que la aparición de complicaciones sea infrecuente, se debe tener en cuenta que algunas de ellas pueden ser potencialmente graves y se asocian con una alta mortalidad. Existen algunos factores de riesgo relacionados con la aparición de complicaciones, entre los que destaca la edad avanzada, patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal y sobre todo aquellos procedimientos con carácter terapéutico^{2,3}.

Cabe mencionar que la incidencia de complicaciones descritas en la literatura es, significativamente, más elevada tras colonoscopias en las que se lleva a cabo algún procedimiento terapéutico que en aquellas que se realizan únicamente como

screening o diagnóstico de cáncer colorrectal u otras patologías digestivas.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 55 años con enolismo crónico y hepatopatía por VHC, EPOC, ingresado en el servicio de aparato digestivo para estudio por diarrea importante. Con el objetivo de filiar la etiología del cuadro se solicita una ecografía de abdomen donde, como único hallazgo, se evidencia una lesión de 7 mm en el cuerpo del páncreas. Además, para completar el estudio, se realiza una colonoscopia con intención diagnóstica que no muestra alteraciones significativas.

Tras no objetivarse hallazgos en la colonoscopia, en las 24 h posteriores se decide solicitar una tomografía computerizada de abdomen y pelvis (TC) con la sospecha de que la lesión pancreática evidenciada en la ecografía fuese la causa del cuadro diarreico. En el TC se muestra una colección subcapsular a nivel esplénico de 11 x 3 cm, compatible con hematoma sin signos de sangrado activo. Tras evaluar los hallazgos y explorar al paciente se decide mantener vigilancia y manejo conservador ante la ausencia de sintomatología abdominal y la estabilidad hemodinámica que presenta en este momento.

Dentro de las 12 h posteriores al diagnóstico de hematoma esplénico e instauración del tratamiento conservador, el paciente comienza con dolor abdominal intenso de inicio súbito asociado a taquicardia e hipotensión arterial. En este momento se realiza nuevo TC de abdomen (Figura 1), donde

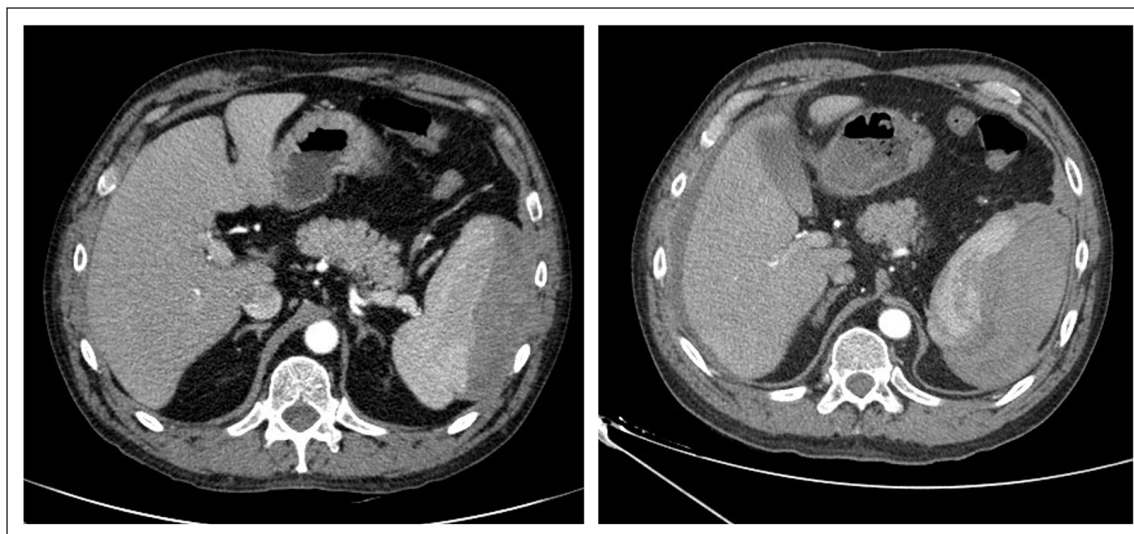


Figura 1. Imágenes correspondientes a pruebas de imagen abdominal (TC) realizadas al paciente con 12 h de diferencia entre ambos estudios. (Izquierda: Hematoma esplénico de 11 x 3 cm; Derecha: Aumento de hematoma esplénico y aparición de líquido libre en cavidad peritoneal).

CASOS CLÍNICOS

se evidencia aumento del hematoma esplénico con una dimensión de 13 x 5,5 cm y signos de sangrado activo con líquido libre en la cavidad intraperitoneal no objetivado previamente.

Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica de forma urgente, realizándose abordaje abierto mediante laparotomía media, confirmándose la presencia de hemoperitoneo secundario a una lesión esplénica, según lo descrito previamente en el TC, que obliga a realizar esplenectomía total. Dada la inestabilidad hemodinámica y la necesidad de soporte vasoactivo, el paciente precisa estancia en Unidad de Cuidados Intensivos en el postoperatorio, que transcurre sin complicaciones inmediatas. Posteriormente, evoluciona favorablemente en la planta de hospitalización, siendo dado de alta hospitalaria al décimo día postoperatorio.

Discusión

A pesar del elevado número de colonoscopias que se llevan a cabo para el estudio de la patología de colon y recto, la incidencia de complicaciones a nivel global se considera relativamente baja, entre 1% y 3%. Sin embargo, existen diferencias entre aquellos procedimientos, únicamente, con finalidad diagnóstica o de cribado y aquellos donde es preciso realizar algún tratamiento, como en caso de resección de pólipos, toma de biopsias o fulguración de lesiones vasculares digestivas, donde la incidencia de complicaciones aumenta.

Esto se pone de manifiesto en un análisis de 1.074 estudios publicado por Reumkens et al.¹, en el que los autores concluyen que la tasa de complicaciones es menor en colonoscopias de cribado que en las terapéuticas. Dentro de dichas complicaciones, las más temidas son la hemorragia y la perforación que presentan tasas de incidencia entre 0,2% y 1%.

A pesar de que en los últimos años se ha reportado en la literatura una disminución de complicaciones graves como los cuadros hemorrágicos tras colonoscopias, la incidencia en la perforación de víscera hueca no ha descendido.

Otra de las posibles complicaciones, menos conocidas, es la lesión de órganos sólidos, en nuestro caso la lesión esplénica, que presenta una incidencia registrada en la literatura inferior al 0,01%, pero con una mortalidad que puede llegar hasta el 5%, fundamentalmente, debido a un diagnóstico tardío. Ante una lesión esplénica tras colonoscopia, uno de los síntomas que aparece con mayor frecuencia, es el dolor abdominal focalizado en hipocondrio

izquierdo, que en la mayoría de los casos se atribuye a la insuflación de CO₂ durante el procedimiento endoscópico, por lo que es importante tener un grado de sospecha alta en aquellos pacientes que presenten dolor abdominal intenso en las 24-48 h siguientes a la realización de una colonoscopia y que asocien a anemia o signos de inestabilidad hemodinámica⁴observational study using the National Inpatient Sample (NIS).

A pesar de que no se conoce con certeza la etiología de las lesiones esplénicas secundarias a colonoscopia, el traumatismo directo, la tracción sobre el ligamento esplenocólico o sobre adherencias secundarias a cirugías previas o procesos inflamatorios son los mecanismos posibles que pueden generar el daño esplénico⁵.

En los artículos publicados acerca de lesión esplénica, tras colonoscopia, la indicación del examen fue diagnóstica en el seno de cribado de cáncer colorrectal, lo que contrasta con otro tipo de complicaciones como el sangrado y la perforación, que se observan con mayor frecuencia en colonoscopias terapéuticas. La mayoría de los pacientes presenta sintomatología en las primeras 24 h tras el procedimiento, siendo la TC la prueba de elección para el diagnóstico^{5,6}. Los factores de riesgo más relacionados con la aparición de esta complicación son la cirugía abdominal previa, esplenomegalia, procesos inflamatorios intestinales o pancreáticos y la toma de medicación anticoagulante o antiagregante.

El tratamiento va a depender de la magnitud de la lesión y el estado clínico del paciente. En los pacientes con estabilidad hemodinámica el manejo conservador y la embolización selectiva pueden constituir un tratamiento eficaz. Sin embargo, ante signos de sangrado activo o anemia con repercusión hemodinámica está indicada la esplenectomía urgente, que constituye el tratamiento definitivo en la mayoría de los pacientes⁶.

Conclusión

La colonoscopia diagnóstica, a pesar de que presenta una tasa de complicaciones menor que la colonoscopia terapéutica, no está exenta de riesgos. Una de las complicaciones más infrecuentes es la lesión esplénica yatrogénica, por lo que se debe tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de un paciente con dolor abdominal de inicio agudo y anemia o alteración del estado hemodinámico dentro de las 24-48 h posteriores a la realización de una colonoscopia.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores

declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Bibliografía

1. Reumkens A, Rondagh EJA, Bakker CM, Winkens B, Masclee AAM, Sanduleanu S. Post-Colonoscopy Complications: A Systematic Review, Time Trends, and Meta-Analysis of Population-Based Studies. *Am J Gastroenterol*. 2016;111:1092-01.
2. Kim SY, Kim HS, Park HJ. Adverse events related to colonoscopy: Global trends and future challenges. *World J Gastroenterol*. 2019;25:190-204.
3. Ullah W, Rashid MU, Mehmood A, Zafar Y, Hussain I, Sarvepalli D, et al. Splenic injuries secondary to colonoscopy: Rare but serious complication. *World J Gastrointest Surg*. 2020;12:55-67.
4. Cortés P, Corral JE, Umar S, Bilal M, Brahmabhatt B, Farraye FA, et al. Splenic injury is an under-recognized adverse event of in-patient colonoscopy: a nationwide analysis. *Endosc Int open*. 2022;10:E178-E182.
5. Ghevariya V, Kevorkian N, Asarian A, Anand S, Krishnaiah M. Splenic injury from colonoscopy: a review and management guidelines. *South Med J*. 2011;104: 515-20.
6. Piccolo G, Di Vita M, Cavallaro A, Zanghi A, Lo Menzo E, Cardì F, et al. Presentation and management of splenic injury after colonoscopy: a systematic review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2014;24:95-102.