





## Rotura espontánea de bazo en paciente tratado con acenocumarol *Spontaneous rupture of spleen in a patient treated with acenocoumarol*

Patricia Alonso Carnicero , Mikel Prieto Calvo , Alberto Sánchez Campos , Eva Alonso Calderón, Laura Fernández Gómez-Cruzado .

Servicio de Cirugía  
General y Aparato  
Digestivo, Hospital  
Universitario de Cruces.  
Barakaldo. Vizcaya.  
España.

Los autores declaran no  
tener conflictos  
de interés

Correspondencia:  
Patricia Alonso  
Carnicero

E-mail:  
[patricia.alonsocarnicero@osakidetza.eus](mailto:patricia.alonsocarnicero@osakidetza.eus)

Recibido el  
08 de enero de 2018  
Aceptado el  
27 de febrero de 2018

### RESUMEN

Aunque la causa más frecuente de rotura esplénica es la traumática, podemos encontrar roturas sin relación a un traumatismo previo. Se está objetivando un aumento de roturas espontáneas en relación con tratamiento anticoagulante. Presentamos el caso de un hombre en tratamiento con acenocumarol que presentó una rotura espontánea esplénica que requirió esplenectomía urgente. La rotura de bazo es una entidad grave que debe considerarse ante todo paciente con un abdomen agudo. Aunque las causas más frecuentes de rotura esplénica atraumática son las complicaciones neoplásicas e infecciosas, se han objetivado varios casos asociados a terapias antiagregantes y anticoagulantes. Dado el aumento de población que precisa anticoagulación oral, la sobredosificación con acenocumarol debe considerarse como una posible causa de rotura esplénica. Debemos sospechar esta entidad ante todo paciente en tratamiento con anticoagulación oral con un abdomen agudo.

■ **Palabras clave:** rotura espontánea esplénica, bazo, anticoagulación, acenocumarol, abdomen agudo.

### ABSTRACT

The splenic rupture is most commonly related to trauma, but spontaneous ruptures have also been described with increasing frequency. We present a case of a male patient with spontaneous splenic rupture due to oral anticoagulant overdose that required urgent splenectomy. The spontaneous splenic rupture is a life-threatening condition that must be considered in patients with acute abdomen. Although most ruptures are associated with to neoplastic and infectious complications, recent reports have related rupture with anticoagulant and antiaggregant therapies. Moreover, since the number of patients undergoing oral anticoagulant therapies is growing, overdose of anticoagulant drugs must be considered as a possible ethiology of spontaneous splenic rupture and suspect this association in patient with acute abdomen undergoing anticoagulant therapy.

■ **Keywords:** atraumatic splenic rupture, spleen, acenocoumarol, oral anticoagulation, acute abdomen.

ID ORCID: Patricia Alonso Carnicero, 0000-0003-1971-855X; Mikel Prieto Calvo, 0000-0001-6662-4252; Alberto Sánchez Campos, 0000-0002-3296-1995; Laura Fernández Gómez-Cruzado, 0000-0002-2896-9361.

Aunque la causa más frecuente de rotura esplénica es la traumática, podemos encontrar roturas sin relación con un traumatismo previo, llamadas –en la literatura– espontáneas o atraumáticas. Clásicamente se ha publicado como etiología más frecuente de dicha patología las enfermedades hematológicas malignas, seguidas de las infecciones<sup>1</sup>.

Sin embargo, varios estudios publicados posteriormente indican un aumento llamativo relacionado con el tratamiento anticoagulante o antiagregante, o ambos, como etiología de la rotura espontánea de bazo. Por ello, se postula como un origen más frecuente de lo que se creía inicialmente; incluso se llega a suponer que constituye un 33% de las causas en algunas series<sup>2</sup>.

Presentamos un caso de rotura esplénica espontánea en relación con sobredosificación de acenocumarol.

Se trata de un varón de 68 años en tratamiento con acenocumarol por fibrilación auricular. Acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de tos y expectoración de 15 días de evolución, asociado a dolor abdominal progresivo durante los 3 últimos días, presentando ese mismo día un síncope con pérdida de conocimiento y recuperación espontánea sin traumatismo asociado. El laboratorio mostró una protrombina de 18%, con elevación de reactantes de fase aguda pero hemoglobina y hematocrito dentro de los valores de referencia.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal donde se visualizó un gran hematoma periesplénico subcapsular (Fig. 1) con sangrado activo arterial y práctica desestructuración de todo el parénquima esplénico asociado a un hemoperitoneo importante (Fig. 2).

Ante los hallazgos se decidió intervención quirúrgica urgente, mediante incisión subcostal izquierda;

FIGURA 1



Imagen de un corte coronal de TAC. Se objetiva un importante hematoma subcapsular (flecha negra)

FIGURA 2



Imagen de un corte transversal de TAC. Observamos gran cantidad de hemoperitoneo en la pelvis (flecha negra corta)

se encontró un hemoperitoneo de 2 litros secundario a decapsulación esplénica completa y se realizó una esplenectomía urgente.

En el estudio histológico y microbiológico de la pieza se objetivó un bazo decapsulado, con un tejido esplénico con cambios autolíticos y un hematoma esplénico, sin datos de malignidad hematológica ni focalidad infecciosa.

El paciente fue dado de alta sin presentar complicaciones quirúrgicas de interés, siendo tratado desde el inicio con antibioticoterapia empírica por posible infección respiratoria.

La rotura de bazo es una entidad grave que debe considerarse ante todo paciente con un abdomen agudo<sup>3</sup>. Suele presentar dolor abdominal prácticamen-

te en la totalidad de los casos, asociado a dolor en el hombro izquierdo (signo de Kehr), náuseas, vómitos, hipotensión e incluso síncope, como en nuestro caso<sup>4</sup>. Aunque la causa más frecuente de rotura esplénica es la traumática, pueden ocurrir otras secundarias a complicaciones neoplásicas, infecciosas, inflamatorias y secundarias a trastornos genéticos. Las terapias anticoagulantes también se han asociado a la rotura esplénica atraumática. Se han presentado varios casos en asociación a tratamiento con heparinas de bajo peso molecular<sup>5</sup>, incluso vinculados a nuevos anticoagulantes<sup>6</sup>, de uso cada día mayor. La fisiopatología es desconocida en muchas ocasiones, pero se ha propuesto una teoría por la que un microtraumatismo previo podría originar una rotura masiva bajo estas características hematológicas concretas, como la anticoagulación<sup>7</sup>. En nuestro caso, una infección respiratoria, asociada a un posible microtraumatismo esplénico causado por la tos repetida, podría actuar como precursor de su posterior ruptura.

Aunque en algunos pacientes seleccionados, hemodinámicamente estables, puede considerarse el tratamiento conservador con vigilancia estrecha o la radiología intervencionista, revertir la anticoagulación y realizar una esplenectomía emergente son el tratamiento de elección en pacientes con repercusión hemodinámica, empeoramiento clínico o escasa reserva parenquimatosa, como en nuestro ejemplo<sup>8</sup>.

Pese a algún caso descrito en la literatura de abordaje laparoscópico de este tipo de patología<sup>9</sup>, en aquellos casos en que se opte por un manejo quirúrgico, dada la inestabilidad hemodinámica en la mayoría de las ocasiones y el abundante hemoperitoneo, no creemos recomendable su estandarización como vía de abordaje.

La mortalidad en la rotura atraumática esplénica se ha descrito hasta en un 12,2%<sup>1</sup>, siendo la supervivencia sensiblemente menor cuando no se opta por tratamiento quirúrgico. En una revisión de 17 casos de rotura esplénica espontánea secundaria a anticoagulantes/trombolíticos, se observó que –aunque en 6 casos ocurrió tras tratamiento trombolítico y 11 durante tratamiento anticoagulante– la mortalidad fue mayor en los casos tras tratamiento trombolítico (50%) que en los pacientes con anticoagulación oral (9%), siendo la tasa de mortalidad global 24%<sup>8</sup>.

La rotura esplénica espontánea es poco frecuente, pero en la mayoría de los casos se trata de situaciones graves, que requieren una identificación temprana y un manejo adecuado y sin demora.

Ante el creciente aumento de población que precisa anticoagulación oral, la sobredosificación de acenocumarol debe considerarse como posible causa de rotura espontánea esplénica cuando se nos presente el caso, y dicha patología debe sospecharse ante todo paciente en tratamiento con anticoagulación oral con un abdomen agudo.

## Referencias bibliográficas

1. Renzulli R, Hostettler A, Schoepfer AM, Gloor B, Candinas D. Systematic review of atraumatic splenic rupture. *Br J Surg*. 2009;96:1114–21. doi: 10.1002/bjs.6737.
2. Kocael PC, Osman S, Bilgin IA, Tutar O, Saribeyoglu K, Pekmezci S, Goksoy E. Characteristics of patients with spontaneous splenic rupture. *IntSurg*. 2014;99:714–8. doi: 10.9738/INTSURG-D-14-00143.1.
3. Maria V, Saad AM, Fardellas I. Spontaneous spleen rupture in a teenager: an uncommon cause of acute abdomen. *Case Rep Med*. 2013;2013:675372. Epub 2013 Apr 23. PubMed PMID: 23710190; PubMed Central PMCID: PMC3655517.
4. Tan A, et al. Spontaneous Rupture of the Spleen in the Presentation of Acute Myeloid Leukemia. *J Clin Oncol*. 2007;25(34): 5519-20.
5. Burg MD, Dallara JJ. Rupture of a previously normal spleen in association with enoxaparin: an unusual cause of shock. *J Emerg Med*. 2001;20:349-52.
6. Hattab YA, Speredelozzi D, Bajwa O. Rivaroxaban causing spontaneous splenic rupture. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;191:A4632.
7. Debnath D, Valerio D. Atraumatic rupture of the spleen in adults. *J R Coll Surg Edinb*. 2002; 47: 437-45.
8. Blankenship JC, Indeck M. Spontaneous splenic rupture complicating anticoagulant or thrombolytic therapy. *Am J Med*. 1993;94(4):433–7. doi: 10.1016/0002-9343(93)90156-J
9. Grossi U, Crucitti A, Dámato G, Mazzari A, Tomaiuolo PM, Cavichioni C, Bellantone R. Laparoscopic splenectomy for atraumatic splenic rupture. *Int Surg*. 2011; 96(1):87-9.