Rev Colomb Cir. 2026;41:643-52
https://doi.org/10.30944/20117582.2874

PRESENTACIÓN DE CASO

Ruptura esplénica espontánea: Un caso inusual y su implicación en la práctica clínica

Spontaneous splenic rupture: An unusual case and its implication for clinical practice

Mateo Londoño-Barrientos[1], Laura Álvarez-Herrera[1], Carlos Alberto López, MD[2], Carlos Andrés Delgado, MD[2]

1 Estudiante de Medicina, Universidad EIA, Envigado, Colombia.
2 Servicio de Cirugía General, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

Resumen

Introducción. La ruptura esplénica espontánea es un evento infrecuente y potencialmente mortal, generalmente asociado con patologías subyacentes. Su diagnóstico representa un desafío, ya que suele presentarse con síntomas inespecíficos, lo que retrasa su identificación y el tratamiento oportuno, aspectos fundamentales para reducir la morbimortalidad.

Caso clínico. Se reporta el caso de una mujer de 30 años con artritis reumatoide seronegativa, quien consultó con fiebre y artralgia de varios meses de evolución. Durante su hospitalización, presentó un deterioro abrupto con dolor abdominal súbito, taquicardia e hipotensión, sin relación con traumatismos.

Resultados. Los estudios imagenológicos mostraron hemoperitoneo severo y laceración esplénica. Tras una evaluación exhaustiva, se descartaron etiologías infecciosas, neoplásicas y hematológicas, diagnosticándose una ruptura esplénica espontánea. Se realizó arteriografía con embolización, logrando la estabilización clínica.

Conclusión. Este caso enfatiza la importancia de considerar la ruptura esplénica espontánea dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con inestabilidad hemodinámica sin causa aparente. Su reconocimiento temprano y manejo oportuno son determinantes en la evolución clínica y el pronóstico del paciente.

Palabras clave: rotura del bazo; enfermedades del bazo; hemorragia; hemoperitoneo; tomografía; angiografía.

Abstract

Introduction. Spontaneous splenic rupture is a rare and potentially life-threatening event, usually associated with underlying pathologies. Its diagnosis is challenging, as it often presents nonspecific symptoms, delaying its identification and timely treatment, which are essential to reduce morbidity and mortality.

Fecha de recibido: 19/02/2025 - Fecha de aceptación: 11/05/2025 - Publicación en línea: 19/11/2025
Correspondencia: Mateo Londoño-Barrientos, Carrera 30 # 65 sur - 86, La Primavera, Casa 8, Sabaneta, Colombia.
Teléfono: +57 3173829631. Dirección electrónica: mateo.londono322@gmail.com
Citar como: Londoño-Barrientos M, Álvarez-Herrera L, López CA, Delgado CA. Ruptura esplénica espontánea: Un caso inusual y su implicación en la práctica clínica. Rev Colomb Cir. 2026;41:643-52. https://doi.org/10.30944/20117582.2874

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Clinical case. We report the case of a 30-year-old woman with seronegative rheumatoid arthritis who presented with fever and arthralgia of several months' duration. During her hospitalization, she presented with abrupt deterioration with sudden abdominal pain, tachycardia, and hypotension, unrelated to trauma.

Results. Imaging studies showed severe hemoperitoneum and splenic laceration. After a thorough evaluation, infectious, neoplastic, and hematologic etiologies were ruled out, and a spontaneous splenic rupture was diagnosed. Arteriography with embolization was performed, achieving clinical stabilization.

Conclusion. This case emphasizes the importance of considering spontaneous splenic rupture in the differential diagnosis in patients with unexplained hemodynamic instability. Early recognition and timely management are crucial for the patient's clinical course and prognosis.

Keywords: splenic rupture; splenic diseases; bleeding; hemoperitoneum; tomography; angiography.

Introducción

La ruptura esplénica es una causa importante de dolor abdominal agudo en urgencias. Aunque suele ser causada por trauma, la ruptura esplénica atraumática o espontánea (REE) es una entidad inusual, pero potencialmente mortal cuando no se reconoce o no se trata debidamente.

Puede presentarse en un bazo patológico, como en un bazo completamente sano. Por lo cual, es fundamental conocer los factores etiológicos asociados a esta condición, para lograr hacer un diagnóstico diferencial oportuno en pacientes con dolor abdominal sin antecedente de trauma y evitar desenlaces catastróficos [1,2].

Más del 90 % de los casos de REE tienen una causa identificable, permitiendo clasificarlos como REE secundaria, entre las cuales se incluyen infecciones (30 %), neoplasias o trastornos hematológicos (16-30 %), enfermedades inflamatorias o tratamientos farmacológicos, entre otros (Tabla 1), lo cual se correlaciona con la variabilidad de etiologías encontradas en la literatura. En contraparte, en aproximadamente un 7 % de los pacientes no se identifica ningún factor de riesgo o patología asociada, lo que se conoce como REE primaria o verdadera.

El objetivo de este artículo es discutir un caso que ilustra los desafíos diagnósticos y terapéuticos de la ruptura esplénica atraumática, enfatizando la importancia del reconocimiento temprano y el abordaje adecuado para mejorar el pronóstico del paciente. En particular, se destaca el papel de la radiología intervencionista como una alternativa efectiva al tratamiento quirúrgico tradicional, logrando un control exitoso del sangrado, sin necesidad de realizar una esplenectomía.

Caso clínico

Paciente femenina de 30 años, con antecedente de artritis reumatoide seropositiva en seguimiento por Reumatología y tratamiento con metotrexato, leflunomida y ácido fólico, quien consultó por un cuadro de cuatro meses de dolor articular en la rodilla izquierda, con limitación del movimiento, y fiebre desde el día previo al ingreso. Al examen físico inicial, la paciente se encontraba álgica y taquicárdica, con dolor a la movilización, edema y calor de la rodilla izquierda. Se realizaron hemograma, proteína C reactiva (PCR), pruebas de función renal y uroanálisis, que fueron normales; sólo la velocidad de eritrosedimentación (VSG) estaba elevada (59 mm/h). La radiografía de rodilla reveló delaminación en el surco intercondíleo de la cara medial del cóndilo lateral, sin otros hallazgos adicionales, por lo que inicialmente se continuó con medicamentos de base y se dio manejo sintomático.

Dos días después de su ingreso, presentó múltiples episodios eméticos, dolor abdominal generalizado y fiebre de 39°C, sin cambios de los síntomas articulares. Los nuevos paraclínicos informaron calcio de 8,1 mmol/L, cloro de 110,4 mmol/L, sodio de 138 mmol/L, potasio de 3,73 mmol/L, proteína C reactiva de 6,14 mg/dL,

Tabla 1. Causas de ruptura esplénica espontánea secundaria

Infecciones (30 %)
Virales (14,8 %)
Bacterianas (6,6 %)
Parasitarias (5,8 %)
Alteraciones hematológicas y neoplasias (16,4-30,3 %)
Anticoagulación
Trombocitopenia
Uremia o hemolisis
Diálisis peritoneal
Leucemias, enfermedad de Waldenstrom, mieloma múltiple
Linfoma Hodgkin y no Hodgkin
Policitemia vera, mielofibrosis.
Talasemia, hemofilia, anemia hemolítica, anemia falciforme, Histiocitosis.
Lesiones primarias: Angiosarcoma, peliosis, lesiones quísticas, hemangioma, hamartoma
Lesiones metastásicas: coriocarcinoma, cáncer de pulmón, melanoma
Infarto esplénico, vena esplénica trombosada, aneurisma de la arteria esplénica, granuloma esplénico, embolismo de colesterol.
Patologías del tracto digestivo
Pancreatitis
Neoplasias pancreáticas
Cirrosis hepática
Enfermedad de Crohn
Enfermedades reumatológicas
Lupus
Poliarteritis nodosa
Artritis reumatoide
Enfermedad de Wegener
Varios
Embarazo y posparto, Embarazo ectópico roto, pre-eclampsia, Síndrome de HELLP
Amiloidosis
Ehlers-Danlos vascular
Enfermedad de Gaucher, enfermedad de Wilson
Fármacos: Factor estimulante de colonias de granulocitos, terapia trombolítica
Trauma interno: tos, vómito, convulsiones
Bazo normal (6,4 %)

**Elaboración propia, modificado a partir de la referencia [1].

hormona estimulante tiroidea (TSH) de 1,54 mUI/L y cortisol de 6,14 mcg/dL. Se realizó una artrocentesis de la rodilla y el citoquímico articular resultó en un líquido hemorrágico con 3900 leucocitos, 379.000 eritrocitos, sin cristales y una tinción de Gram sin bacterias y de KOH negativa.

Posteriormente, la paciente presentó mareo y diaforesis, sin síncope ni trauma asociado, con cifras tensionales limítrofes, taquicardia, defensa abdominal voluntaria, distensión y dolor a la palpación en mesogastrio y fosa iliaca derecha, sin claros signos de irritación peritoneal. Los gases arteriales informaron un pH de 7,46, pCO_2 de 27 mmHg, pO_2 de 101 mmHg, HCO_3 de 21,7 mmol/L, exceso de base (BE) de -4,6, lactato de 2,3 mmol/L y hemoglobina por gases de 6,3 g/dL (habiendo sido 12 g/dL el día anterior). La tomografía computarizada (TC) de abdomen mostró ascitis en los

cuatro cuadrantes, con hematoma centinela asociado a la región subfrénica izquierda, rodeando el bazo y parte del flanco izquierdo, con signos de sangrado espontáneo, además de un bazo de 13 cm, con un defecto lineal ancho en su polo superior, sugiriendo ruptura focal.

Ante estos hallazgos, se realizó una angiotomografía que identificó un coágulo subfrénico izquierdo, con irregularidad del polo superior del bazo y sangrado abdominal posiblemente de origen esplénico (Figura 1). Al día siguiente, se llevó a cabo una arteriografía con el objetivo de realizar la embolización de la rama del polo superior del bazo (Figura 2), sin embargo, debido a un espasmo vascular no fue posible avanzar el catéter hasta la localización exacta de la arteria sangrante, lo que impidió su identificación precisa. A pesar de esta limitación, se decidió proceder con la embolización utilizando micropartículas no esféricas de 300 a 500 micras, para reducir el flujo sanguíneo y lograr hemostasia incluso sin una visualización directa del punto de sangrado, logrando estasis sin complicaciones.

La paciente continuó hospitalizada, con adecuada evolución clínica. En la TC de control se visualizaron infartos esplénicos esperables luego de la embolización, sin abscesos ni sobreinfección, y un hematoma periesplénico en disminución comparado con la tomografía anterior (Figura 3). Durante su hospitalización también se descartaron potenciales causas infecciosas, como citomegalovirus (CMV), dengue, virus de Epstein-Barr (VEB), malaria, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y tuberculosis, y enfermedades inmunológicas,

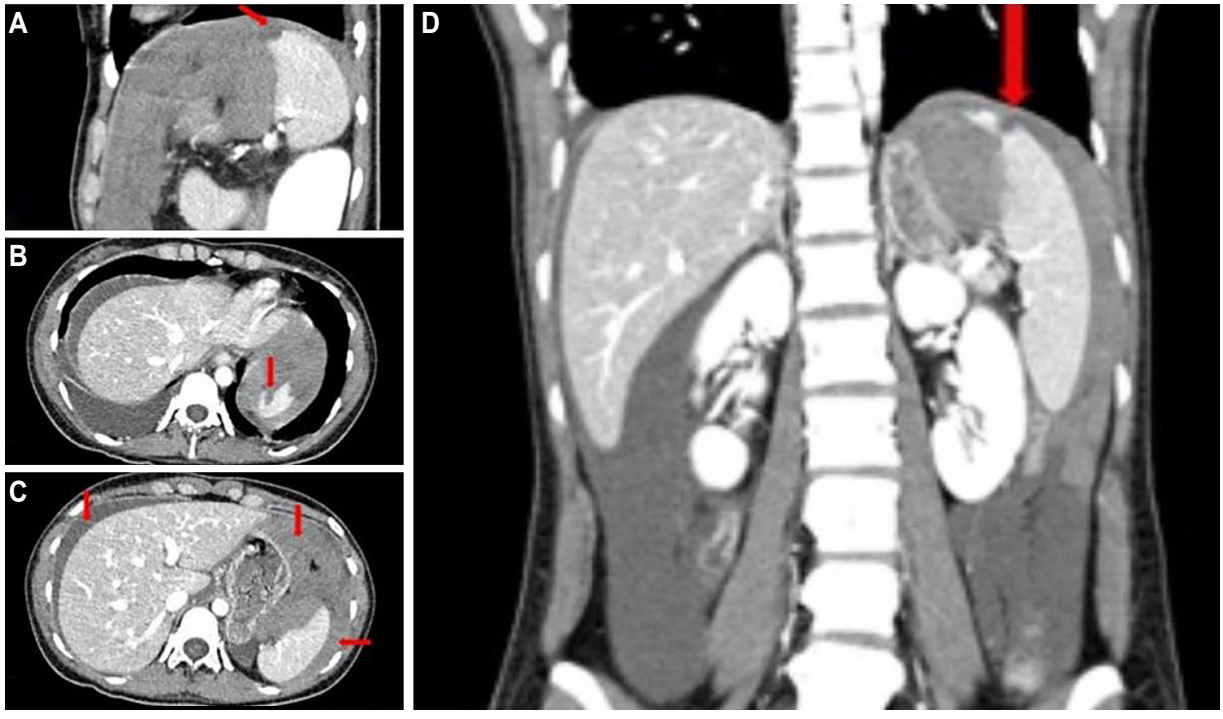


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen con contraste en cortes coronales, axiales y sagital cuyos hallazgos fueron compatibles con ruptura esplénica espontánea. **A.** Imagen sagital que muestra la presencia de un coágulo subfrénico izquierdo (flecha roja) con evidencia de sangrado periesplénico, resaltando la irregularidad en el polo superior del bazo, compatible con ruptura focal. **B.** Corte axial donde se observa un área hiperdensa sugestiva de sangrado activo dentro del bazo. **C.** Corte axial que muestra hemoperitoneo en los cuatro cuadrantes (flechas rojas), lo que confirma la severidad del sangrado. **D.** Imagen coronal donde se aprecia la distribución del hemoperitoneo y la extensión del sangrado hacia el espacio subfrénico izquierdo.

Fuente: Los autores.



Figura 2. Arteriografía de vasos abdominales selectiva, (mesentérica), sin evidencia de sangrado activo, por medio de la cual se efectuó embolización selectiva de la rama del polo superior del bazo.

Fuente: Los autores.

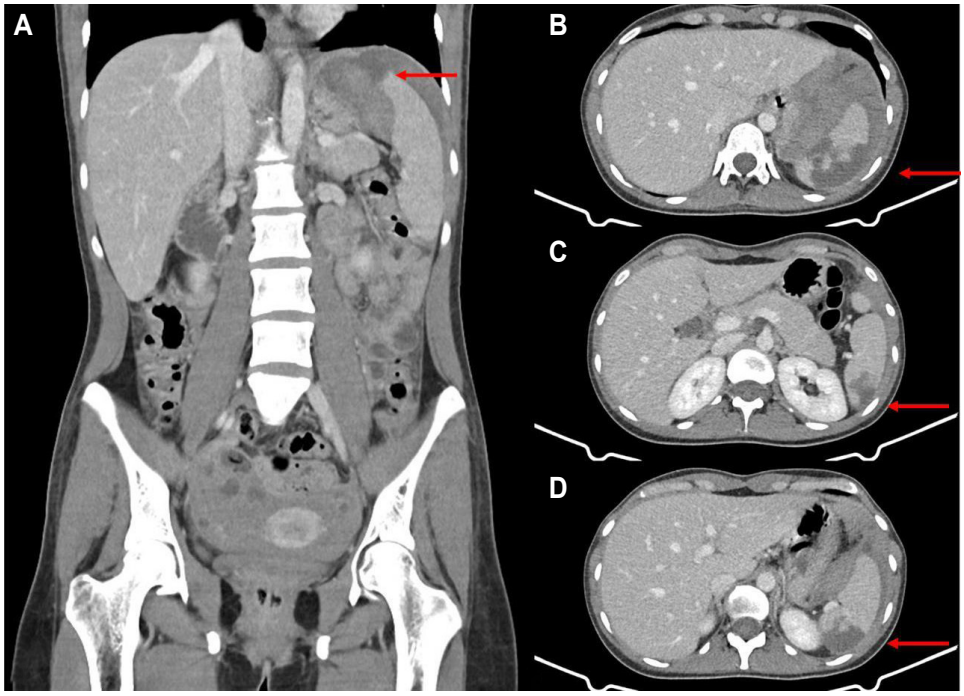


Figura 3. Tomografía computarizada de abdomen con contraste en cortes coronales y axiales. **A.** Corte coronal, que permite la visualización de infartos esplénicos posteriores a la embolización (flecha roja). **B.** Corte axial, donde se aprecia el hematoma periesplénico y el hemoperitoneo disminuidos comparado con la primera tomografía. **C-D.** Corte axial, que resalta los infartos esplénicos posteriores a la embolización (flecha roja).

Fuente: Los autores.

como lupus. En la búsqueda exhaustiva de la causa de la ruptura esplénica espontánea y en asociación a sus características fenotípicas, se sospechó una colagenopatía versus un síndrome marfanoide, por lo cual se ordenó secuencia exómica completa y control ambulatorio.

Discusión

La ruptura esplénica espontánea (REE) es una condición grave y potencialmente mortal, caracterizada por una lesión en el bazo que ocurre sin un trauma asociado. Representa el 3,2 % de todos los casos de ruptura esplénica y afecta principalmente a hombres, con una relación 2:1 respecto a las mujeres; la edad varía ampliamente, con una media de 42 años [3,4]. Orloff & Peskin establecieron los criterios diagnósticos en 1958, que fueron ampliados posteriormente por Crate & Payne en 1991 (Tabla 2) [3-5].

La variabilidad en la presentación clínica, el desconocimiento de los factores desencadenantes y el retraso en el diagnóstico y tratamiento contribuyen a que el 8 % de los pacientes fallezcan antes de recibir tratamiento adecuado, y el diagnóstico se determine en la autopsia [4,6]. Al igual que en el caso presentado, de los 53 casos revisados en la literatura (Tabla 3), todos los pacientes experimentaron dolor abdominal, que puede variar desde epigastralgia o localizado en el cuadrante superior izquierdo, hasta dolor difuso. En 15 de estos pacientes, el dolor se irradiaba al hombro izquierdo, conocido como signo de Kehr, que es representativo de esta entidad. Además, se ha descrito el signo del balance, que indica una masa palpable en el cuadrante superior izquierdo del abdomen [3,7].

El dolor puede ir acompañado de defensa voluntaria y signos de irritación peritoneal, y un tercio de los pacientes presentan inestabilidad hemodinámica. En la revisión actual, más de la mitad de los casos incluidos se inestabilizaron al llegar al servicio de urgencias o durante las primeras horas del ingreso, a menudo debido a un choque hipovolémico causado por el retraso en el diagnóstico. La mayoría de los pacientes presentan esplenomegalia y, en algunos casos, síntomas relacionados con la etiología subyacente. Sin embargo, la presentación clínica suele ser variable e inespecífica [3,7].

A pesar de su baja incidencia y variabilidad clínica, es crucial mantener un alto índice de sospecha en pacientes con antecedentes de enfermedades o factores de riesgo asociados con REE (Tabla 1), con el fin de llevar a cabo la conducta adecuada. La confirmación del diagnóstico generalmente se realiza mediante estudios imagenológicos, que deben ser efectuados lo más pronto posible para reducir la morbimortalidad. La TC es el método más utilizado, con alta sensibilidad para evaluar hemorragia activa y otras lesiones esplénicas, mostrando focos de hiper o hipodensidad en el bazo, laceraciones y líquido intracapsular o intraperitoneal [3]. Este método permitió el diagnóstico en la paciente presentada, así como en 36 de los casos reportados en la literatura.

En comparación, la ecografía es una técnica rápida y no invasiva, pero que tiene grandes limitaciones [4]. La laparotomía sigue siendo una alternativa importante para confirmar el diagnóstico en casos de inestabilidad hemodinámica significativa. Además, la paracentesis puede ser útil, especialmente en pacientes inestables o con síntomas inespecíficos donde se sospeche hemoperitoneo [2,3,8].

Tabla 2. Criterios de ruptura esplénica espontánea (REE) primaria por Orloff & Peskin y Crate & Payne

Ausencia de traumatismo y esfuerzos que puedan justificar la ruptura esplénica.
Ausencia de una enfermedad sistémica o local que pudiera afectar el bazo y provocar su ruptura.
Ausencia de adherencias periesplénicas o cicatrices que sugieran un posible traumatismo previo.
Estudio macroscópico e histológico del bazo normal
No debe tener títulos altos de anticuerpos de virus con capacidad de afectar el bazo.

Fuente: Elaborada por los autores, a partir de la referencia [10].

Tabla 3. Síntesis de casos clínicos de ruptura esplénica espontánea reportados en la literatura

Caso	Edad	Sexo	Tiempo	Síntomas	Diagnóstico	Tratamiento	Antecedente - Etiología	Mortalidad	Ref.
1	20	M	<24h	Dolor abdominal periumbilical, signo de Kehr + y signos de irritación peritoneal	TC y laparotomía exploratoria	Esplenectomía	Fumador – Primaria	No	1
2	53	M	3 días	Dolor abdominal y signo de Kehr +	TC	Esplenectomía	Anticoagulado	¿?	2
3	73	M	<24h	Dolor abdominal y signo de Kehr +	TC	Esplenectomía	No – Primario	¿?	2
4	60	F	<24h	Dolor abdominal, anemia e inestabilidad HMD	Eco y TC	Esplenectomía	Amiloidosis	¿?	2
5	33	F	<24H	Dolor abdominal y anemia e inestabilidad HMD	Clínico	Esplenectomía	Linfoma difuso de células B	¿?	2
6	33	M	3 días	Dolor abdominal, diaforesis, náuseas	Eco y TC	Esplenectomía	Leucemia	¿?	2
7	25	M	<24h	Dolor abdominal, anemia e inestabilidad HMD	Eco y TC	Esplenectomía	Deficiencia de factor 13	¿?	2
8	56	M	<24h	Dolor abdominal	TAC	Esplenectomía	Antiagregado	¿?	2
9	35	M	20 días	Dolor abdominal	Eco y TC	Esplenectomía	Anticoagulado	¿?	2
10	31	F	<24h	Dolor abdominal	TC	Esplenectomía	Quiste simple	¿?	2
11	26	M	4 días	Dolor abdominal, signos de irritación peritoneal	Paracentesis	Esplenectomía	Hepatitis crónica	¿?	2
12	68	F	<24h	Dolor abdominal	Eco y TC	Conservador	Anticoagulado	¿?	2
13	79	M	16 días	Dolor abdominal, pérdida de peso, diaforesis, náuseas y vómitos	Eco y TC	Esplenectomía	Linfoma	¿?	2
14	30	M	<24h	Dolor torácico, dolor abdominal y signo de Kehr +	Laparotomía exploratoria	Esplenectomía	No – Hemangioma	Muere a los 3 meses	3
15	62	M	<24h	Dolor abdominal, inestabilidad HMD y signos de irritación peritoneal	Eco y laparotomía exploratoria	Esplenectomía	Fumador – Primaria	No	4
16	59	F	<24h	Dolor abdominal en epigastrio con signo de Kehr +, inestabilidad HMD, anemia y leucocitosis	TC	Esplenectomía	No – Primaria	No	5
17	39	M	7 días	Dolor abdominal, signo de Kehr +	Paracentesis y Eco	Esplenectomía	Obesidad – Primaria	No	6
18	40	M	<24h	Dolor abdominal, inestabilidad HMD	TC	Esplenectomía	Enfermedad de Minkowski-Chauffard	No	6
19	60	F	7 días	Epigastralgia, signo de Kehr +	Paracentesis	Esplenectomía	Policitemia vera	No	6
20	16	F	<24h	Epigastralgia, signo de Kehr +, inestabilidad HMD	TC	Esplenectomía	No – Primaria	No	6
21	66	M	<24h	Dolor abdominal, inestabilidad HMD	TC	Esplenectomía	Cáncer de páncreas	No	6
22	26	F	<24h	Dolor abdominal, signo de Kehr +, inestabilidad HMD	TC	Esplenectomía	Obesidad – Primaria	No	6
23	65	M	2 meses	Epigastralgia, signo de Kehr + y mareos	TC	Esplenectomía	Pseudoquiste pancreático	No	6
24	14	F	<24h	Dolor abdominal, signo de Kehr +, inestabilidad HMD	Eco y TC	Esplenectomía	Bazo errante	No	6
25	48	M	<24h	Epigastralgia, signo de Kehr +, inestabilidad HMD	TC	Esplenectomía	¿? Linfocitosis	No	6
26	48	M	21 días	Dolor abdominal y fiebre y crépitos	Eco y TC	Esplenectomía	VIH (neumonía)	No	6
27	47	M	<24h	Dolor abdominal, signos de irritación peritoneal, náuseas y hematemesis, anemia, inestabilidad HMD	Eco y TC	Esplenectomía	Alcoholismo y fumador – Primario	No	7

Caso	Edad	Sexo	Tiempo	Síntomas	Diagnóstico	Tratamiento	Antecedente - Etiología	Mortalidad	Ref.
28	57	M	<24h	Dolor abdominal, diarrea, signos de irritación peritoneal, anemia	Laparotomía exploratoria	Esplenectomía	Carcinoma de células escamosas	No	7
29	53	M	<24h	Dolor torácico, disnea y crépitos, defensa a la palpación en CSI, diaforesis, anemia	TC	Esplenectomía	Neumonía - Anemia Falciforme	No	7
30	26	M	<24h	Dolor abdominal CSI progresivo y posteriormente se inestabiliza	TC y laparotomía exploratoria	Esplenectomía	No – Trombofilia	No	8
31	54	F	<24h	Dolor abdominal agudo e inestabilidad HMD	TC y laparotomía exploratoria	Esplenectomía	EDV, anticoagulada y múltiples aneurismas	No	9
32	40	M	<24h	Dolor abdominal con defensa involuntaria a la palpación	Eco y TC	Esplenectomía	No – Primaria	No	12
33	23	M	<24h	Dolor abdominal y lumbar, inestabilidad HMD, signos de irritación peritoneal	Laparotomía exploratoria	Esplenectomía	No – Leucemia linfoblástica	¿?	13
34	34	M	<24h	Dolor abdominal y singo de Kehr + e inestabilidad HMD	Eco y TC	Esplenectomía	¿?	No	14
35	52	M	<24h	Dolor abdominal e inestabilidad HMD	TC	Esplenectomía	¿?	No	14
36	63	F	<24h	Dolor abdominal y signo de Kehr +, náuseas y vómitos	Eco y TC	Esplenectomía	¿?	No	14
37	63	M	<24h	Dolor abdominal, inestabilidad HMD, náuseas y vómitos	TC	Esplenectomía	Anticoagulado- Pancreatitis autoinmune	No	14
38	41	M	<24h	Dolor abdominal, inestabilidad HMD, signos de irritación peritoneal, anemia	Eco	Esplenectomía	Tumor de colon	¿?	14
39	37	M	<24h	Dolor abdominal con defensa voluntaria	TC	Esplenectomía	Pancreatitis crónica	¿?	14
40	38	M	5 días	Dolor abdominal, náuseas y distensión abdominal	Eco y TC	Esplenectomía	Cáncer de páncreas	¿?	14
41	69	F	<24h	Dolor abdominal a la palpación y disnea, anemia y inestabilidad HMD	TC	Esplenectomía	EPOC – Primaria	No	15
42	49	M	<24h	Dolor abdominal en CSI y anemia	TC	Conservador	Pancreatitis	No	15
43	71	F	7 días	Dolor abdominal en CSI, vómitos y diaforesis, defensa voluntaria y posterior inestabilidad HMD	TC	Esplenectomía	Linfoma	Muere a los 3 meses.	15
44	56	M	4 días	Dolor abdominal e inestabilidad HMD	Eco	Esplenectomía	Malaria	No	16
45	32	M	4 días	Dolor abdominal e inestabilidad HMD	Laparotomía exploratoria	Esplenectomía	Malaria	No	16
46	46	M	4 días	Dolor abdominal	Eco	Esplenectomía	Malaria	No	16
47	17	M	5 días	Dolor abdominal e inestabilidad HMD	Eco	Esplenectomía	Malaria	No	16
48	29	M	2 días	Dolor abdominal en CSI	Eco	Esplenectomía	Hemodiálisis	No	16
49	30	M	<24h	Dolor abdominal periumbilical	Paracentesis, Eco y TC	Esplenectomía	Primario	No	16
50	42	F	1 mes	Epigastralgia, pérdida de peso, adinamia. Inestabilidad HMD	Laparotomía exploratoria	Esplenectomía	Leucemia	¿?	16
51	39	M	10 días	Epigastralgia, dolor en hipocondrio izquierdo irradiado a el hombro	Eco y TC	Esplenectomía	No	No	17
52	39	M	7 días	Fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y sensación de masa	TC	Esplenectomía	No – Absceso esplénico	No	17
53	14	F	17 horas	Epigastralgia, emesis biliosa, hiporexia y fiebre	Laparotomía exploratoria	Esplenectomía	No – Torsión esplénica	No	17

** Ref: referencia; M: masculino; F: femenino; HMD: hemodinámica; Eco: ecografía; CSI: cuadrante superior izquierdo; TC: tomografía computarizada; EDV: Ehlers-Danlos vascular.

Se presentan las características de 53 pacientes de la literatura, incluyendo edad, sexo, tiempo de evolución, síntomas, método diagnóstico, tratamiento, antecedentes o etiología asociada y mortalidad. Esta información permite correlacionar los hallazgos del caso descrito con los encontrados en la literatura, destaca la variabilidad clínica y etiológica de esta condición, así como la importancia de un diagnóstico oportuno para la toma de decisiones terapéuticas.

Fuente: Elaboración propia.

En algunos casos, como el de una mujer con el síndrome de Ehlers-Danlos tipo vascular (EDV), la ruptura esplénica puede asociarse a condiciones genéticas raras, complicando aún más el diagnóstico [9]. Esto resalta la importancia de considerar trastornos subyacentes y realizar las pruebas necesarias según la sospecha. En el caso de nuestra paciente, tras descartar otras etiologías probables, se comenzó a sospechar una colagenopatía versus un síndrome marfaneiforme y se está a la espera de los resultados de las pruebas genéticas.

El manejo, que puede ser quirúrgico o conservador, se define según las ayudas diagnósticas, estabilidad hemodinámica, hemoperitoneo, derivados hemáticos requeridos y grado de lesión esplénica [4]. El manejo médico incluye reposo, líquidos endovenosos, transfusiones y vigilancia hemodinámica, pero tiene una alta tasa de fracaso [3].

La embolización esplénica es útil en pacientes hemodinámicamente estables, con lesiones esplénicas de grado moderado a alto según la clasificación AAST [10], y hallazgos de lesión vascular en la TC. Esta estrategia no quirúrgica presenta menores tasas de fracaso (0-42 %) en comparación con un 23-67 % en casos sin embolización [11]. Además, ofrece múltiples ventajas, como una recuperación más rápida, menor riesgo de complicaciones postoperatorias y la preservación del órgano, lo que es especialmente crucial en pacientes jóvenes o aquellos con comorbilidades que dificultan la cirugía. Sin embargo, también conlleva riesgos y complicaciones, como la recurrencia del sangrado debido a una embolización incompleta, o incluso la necrosis esplénica si el procedimiento no se realiza adecuadamente. En este contexto, la embolización esplénica ha demostrado ser una opción altamente efectiva con una adecuada selección de pacientes, como se evidenció en la paciente descrita, quien presentó excelentes resultados, evitando la necesidad de una esplenectomía y mostrando una evolución clínica favorable [11].

Aun así, el 85 % de los pacientes con REE requieren cirugía [1], coincidiendo con los resultados de nuestra revisión de la evidencia disponible, donde 51 de los 53 pacientes fueron tratados mediante esplenectomía. Este es el tratamiento de elección, incluso en pacientes estables, dada la urgencia y la naturaleza potencialmente mortal de la condición; además permite el análisis histológico cuando la etiología es incierta [3].

La paciente expuesta no presentó un curso inicial típico, ya que fue hospitalizada con síntomas consecuencia de su enfermedad de base. Sin embargo, posteriormente desarrolló una clínica concordante con la descrita. La paciente mostró una buena evolución tras el tratamiento, fue dada de alta satisfactoriamente y se encuentra en espera de la confirmación de su etiología.

Conclusión

La ruptura esplénica espontánea (REE) es una entidad rara pero potencialmente letal, especialmente en los pacientes sin factores de riesgo evidentes; en nuestro caso, la evaluación clínica y los estudios de imagen permitieron un diagnóstico oportuno, evitando complicaciones. La embolización esplénica es una alternativa eficaz al manejo quirúrgico en pacientes hemodinámicamente estables, que preserva el órgano y reduce los riesgos quirúrgicos. Es clave un tratamiento adecuado para optimizar el pronóstico y reducir la morbimortalidad, además de una evaluación integral que incluya la búsqueda de su etiología, para el manejo de la misma.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: El presente estudio cumple con los principios éticos establecidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, para un reporte de caso. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente, quien autorizó la publicación de su caso, así como el uso de las imágenes y videos en los que aparece. Adicionalmente, fue aprobado por la institución, garantizando el cumplimiento de los estándares éticos y científicos establecidos.

Conflictos de interés: Los autores declararon que no tienen ningún tipo de conflicto de interés.

Uso de Inteligencia Artificial: Los autores declararon que no se emplearon herramientas de inteligencia artificial en ninguna etapa de su desarrollo.

Fuentes de financiación: El presente estudio no recibió financiación de ninguna entidad pública, privada o comercial.

Contribución de los autores:

- Diseño y concepción del estudio: Carlos Alberto López.
- Adquisición de datos: Mateo Londoño-Barrientos.
- Análisis e interpretación de datos: Mateo Londoño-Barrientos, Laura Álvarez-Herrera.
- Redacción del manuscrito: Laura Álvarez-Herrera.
- Revisión crítica: Carlos Andrés Delgado.
- Aprobación final de la versión que se publicará: Mateo Londoño-Barrientos, Laura Álvarez-Herrera, Carlos Alberto López, Carlos Andrés Delgado.

Referencias

1 Laseter T, McReynolds T. Spontaneous splenic rupture. Mil Med. 2004;169:673-4. https://doi.org/10.7205/milmed.169.8.673

2 Kocael PC, Simsek O, Bilgin IA, Tutar O, Saribeyoglu K, Pekmezci S, et al. Characteristics of patients with spontaneous splenic rupture. Int Surg. 2014;99:714-8. https://doi.org/10.9738/INTSURG-D-14-00143.1

3 Reyes-Jaimes L, Camacho-Aguilera JF. Ruptura esplénica espontánea. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Medica Inst Mex Seguro Soc. 2023;61:523–31. https://doi.org/10.5281/zenodo.8200591

4 Ahbala T, Rabbani K, Louzi A, Finech B. Spontaneous splenic rupture: Case report and review of literature. Pan Afr Med J. 2020;37:36. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.36.25635

5 Schattner A, Meital A, Mavor E. Red-flag syncope: Spontaneous splenic rupture. Am J Med. 2014;127:501-2. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.02.024

6 López-Tomassetti Fernández EM, Delgado-Plasencia L, Arteaga-González IJ, Carrillo-Pallares Á, Hernández-Siverio N. Rotura no traumática del bazo: Experiencia con 10 casos. Gastroenterol Hepatol. 2007;30:585-91. https://doi.org/10.1157/13112586

7 Kianmanesh R, Aguirre HI, Enjaume F, Valverde A, Brugière O, Vacher B, et al. [Spontaneous splenic rupture: Report of three new cases and review of the literature]. Ann Chir. 2003;128:303-9. https://doi.org/10.1016/s0003-3944(03)00092-0

8 Arachchi A, van Schoor L, Wang L, Smith C, Heng L. Rare case of spontaneous splenic rupture. ANZ J Surg. 2017;87:E338-9. https://doi.org/10.1111/ans.13192

9 Batagini NC, Gornik H, Kirksey L. Spontaneous splenic rupture in vascular Ehlers-Danlos syndrome. Vasc Endovascular Surg. 2015;49:152-4. https://doi.org/10.1177/1538574415602783

10 Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, Shackford SR, Malangoni MA, Champion HR. Organ injury scaling: Spleen and liver (1994 revision). J Trauma. 1995;38:323-4. https://doi.org/10.1097/00005373-199503000-00001

11 Koide Y, Okada T, Yamaguchi M, Sugimoto K, Murakami T. The management of splenic injuries. Interv Radiol (Higashimatsuyama). 2023;9:149-55. https://doi.org/10.22575/interventionalradiology.2022-0003.

12 El Abbadi S, Rhouni FZ, Jroundi L. [Spontaneous splenic rupture: About a case and review of the literature]. Pan Afr Med J. 2017;27:62. https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.62.12451

13 Rhee SJ, Sheena Y, Imber C. Spontaneous rupture of the spleen: A rare but important differential of an acute abdomen. Am J Emerg Med. 2008;26:733.e5-6. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2007.11.003

14 Liu J, Feng Y, Li A, Liu C, Li F. Diagnosis and treatment of atraumatic splenic rupture: Experience of 8 cases. Gastroenterol Res Pract. 2019;2019:5827694. https://doi.org/10.1155/2019/5827694

15 Amonkar SJ, Kumar EN. Spontaneous rupture of the spleen: Three case reports and causative processes for the radiologist to consider. Br J Radiol. 2009;82:e111-3. https://doi.org/10.1259/bjr/81440206

16 Gedik E, Girgin S, Aldemir M, Keles C, Tuncer MC, Aktas A. Non-traumatic splenic rupture: Report of seven cases and review of the literature. World J Gastroenterol. 2008;14:6711-6. https://doi.org/10.3748/wjg.14.6711

17 Bejarano M, Lenis GA. Hallazgo frecuente de patologías infrecuentes de bazo. Rev Colomb Cir. 2001;16:202-10.