



SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA
**MADRID-CASTILLA
LA MANCHA**



80 SESIÓN INTERHOSPITALARIA

Hospital Infanta Cristina (Parla)

José Antonio Crespo Matas
Hospital General Mancha Centro
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

HISTORIA CLINICA

Contexto temporal enero 2021

Varón de 63 años sin antecedentes medico-quirúrgicos de interés, hábitos tóxicos ni tratamiento habitual consulta en Servicio de Urgencias por clínica **de fiebre en domicilio de 38.0ºc, disnea progresiva y tos seca de unos 4-5 días de evolución.**

A la semiología en urgencias:

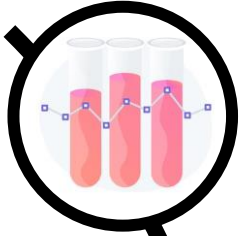
- Trabajo respiratorio con taquipnea de 23 rpm
- Crepitantes basales bilaterales en la auscultación pulmonar en plano anterior.
- Resto anodino.

SatO2 GN 4 lpm de 88%

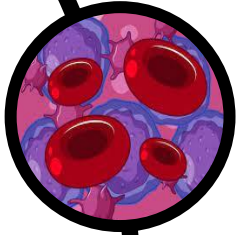
Se consigue remontar con reservorio a 15 lpm con (FiO2) del 100% una SatO2 cercana a 95%.



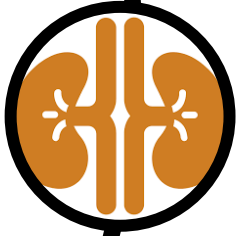
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



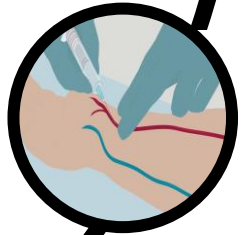
Hemoglobina 13,3 g/dl [12-16], **Plaquetas 29 10^3 /uL [120-400]**. El estudio morfológico **confirma plaquetopenia**, en la que se observan plaquetas gigantes que infraestiman el recuento. No se observan blastos.



T protrombina 95% [80-100], I.N.R 1.04, Fibrinógeno 492 mg/dL[150-400], **Dímero D 8.3 μ g/ml [0.001 - 0.5]**

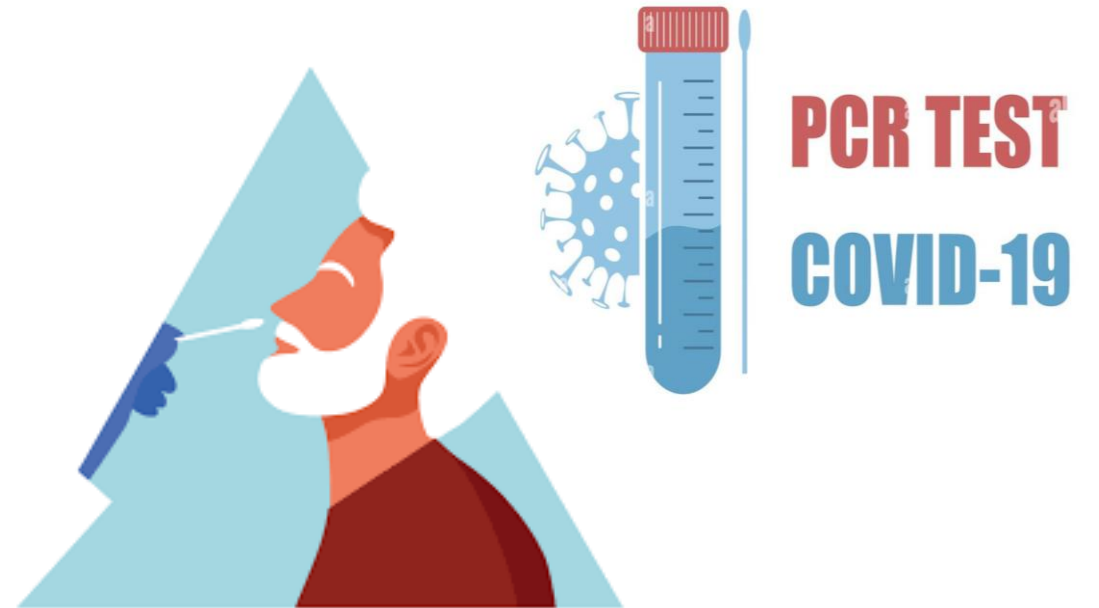


Creatinina 1.10 mg/dL [0,70-1,2], GOT/GPT 66/20 mg/dL [10- 40;10-40], **Proteína C Reactiva 24.6 mg/dL [0-0,5]**, Sodio 132 mEq/L [163-146], Potasio 5.1 mEq/L[3,5-5,1] , Cloro 98 mEq/L[98-106]



Gasometría arterial con aporte de oxígeno de 4 lpm (**FiO2 36%**) pH 7.46 [7.35 -7.45], pCO2 27.5 mmHg [35 45], **pO2 86.7 mmHg [80-100]**, HcO3 19.5 mmol/L [22-26], SatO2 96.6% [95 - 99], Lactato 2.0 mmol/L [0,5-2,2]. **PAFI :241 mmHg->SDRA Leve (mortalidad 27%)**

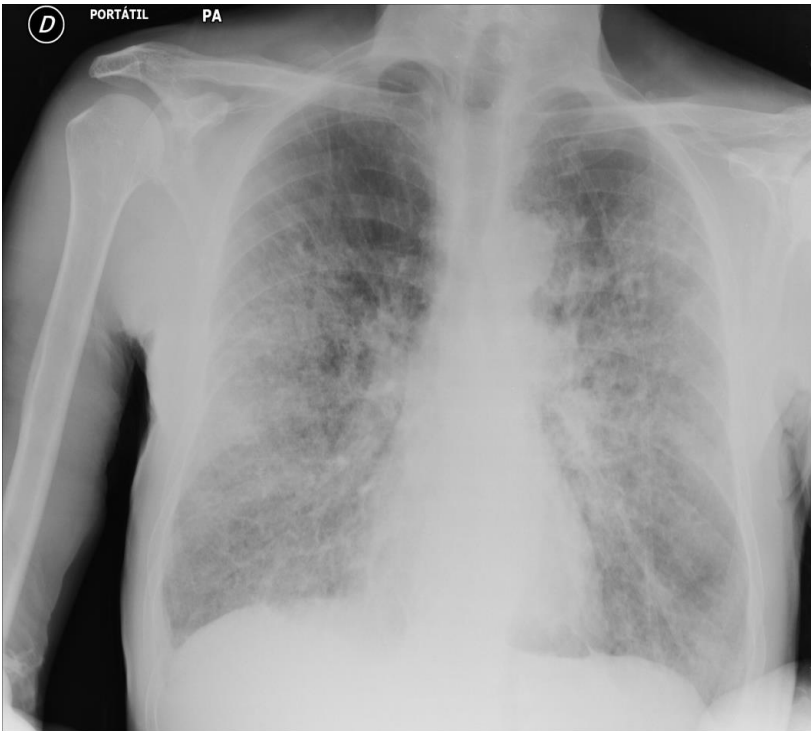
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



EVOLUCIÓN

Dada la afectación radiológica y necesidad de oxigenoterapia se comenzó **bolos de corticoides a altas dosis y anticoagulación a dosis terapéuticas**.

A los tres días del ingreso se pauta **Remdesivir** además de realizar control radiológico presentando notoria mejoría y desescalada en la necesidad de oxigenoterapia.



URGENCIAS



DÍA 3



DÍA 5

EVOLUCIÓN

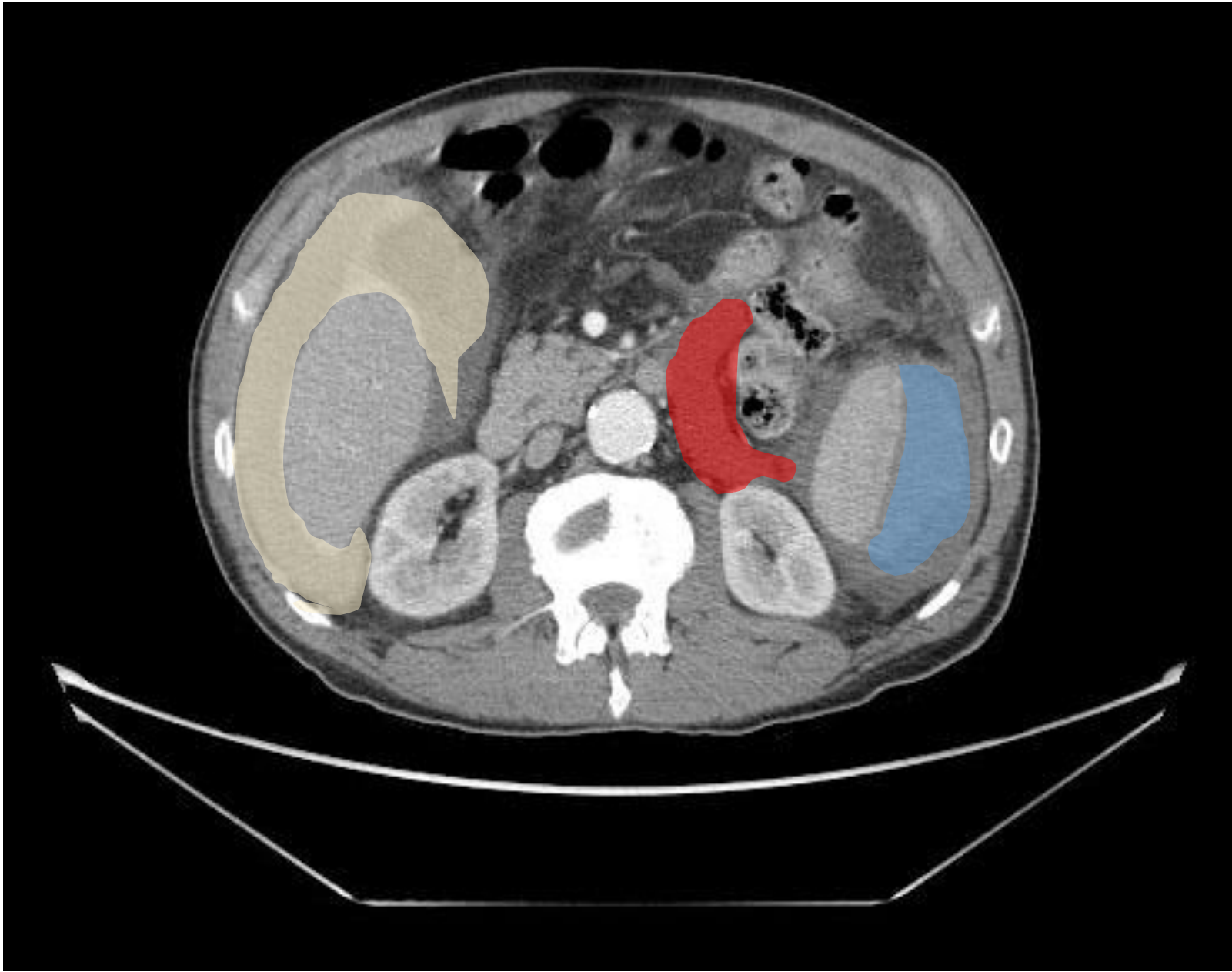
Destaca en controles analíticos en planta la evolución de anemia, con mejoría parcial de los demás parámetros inflamatorios/infecciosos, así como de la plaquetopenia.

Fecha	Hemoglobina [13.5 - 17.5]	Hematíes [4.5 - 5.9]	Hematocrito [41 - 53]	Leucocitos [4.5 - 11]	Plaquetas [120 - 400]	Proteína C reactiva (PCR) [0 - 0.5]
INGRESO	13.3 g/dL	4.26 10 ⁶ /μL	37.7 %	7.9 10 ³ /μL	29 10 ³ /uL	24.6 mg/dL
2º día ingreso	10.2 g/dL	2.84 10 ⁶ /μL	27.8 %	6.1 10 ³ /μL	43 10 ³ /uL	7.9 mg/dL
5º día ingreso	8,2 g/dL	2.73 10 ⁶ /μL	24.5 %	4.8 10 ³ /μL	238 10 ³ /uL	5.7 mg/dL

Al 8º día de ingreso el paciente presenta un **dolor abdominal de inicio brusco**, con **hipotensión de 67/42 mmHg**, **Fc 112 lpm** y **clínica vegetativa asociada con gran repercusión clínica**.

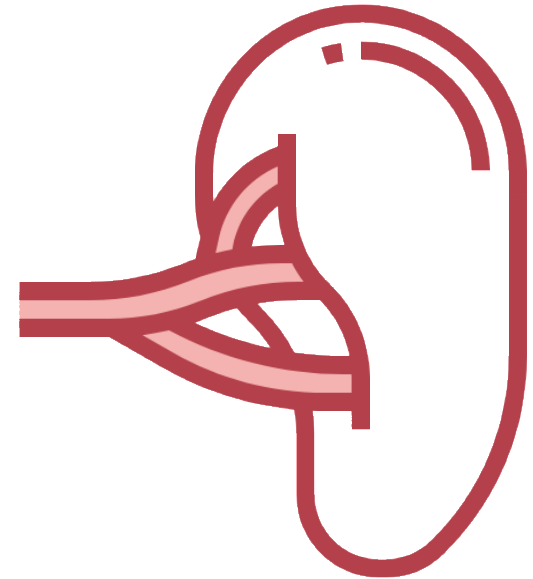
A la palpación abdominal destacaba **abdomen en tabla** por lo que se procede a extracción de analítica urgente y estudio con TC abdominal.

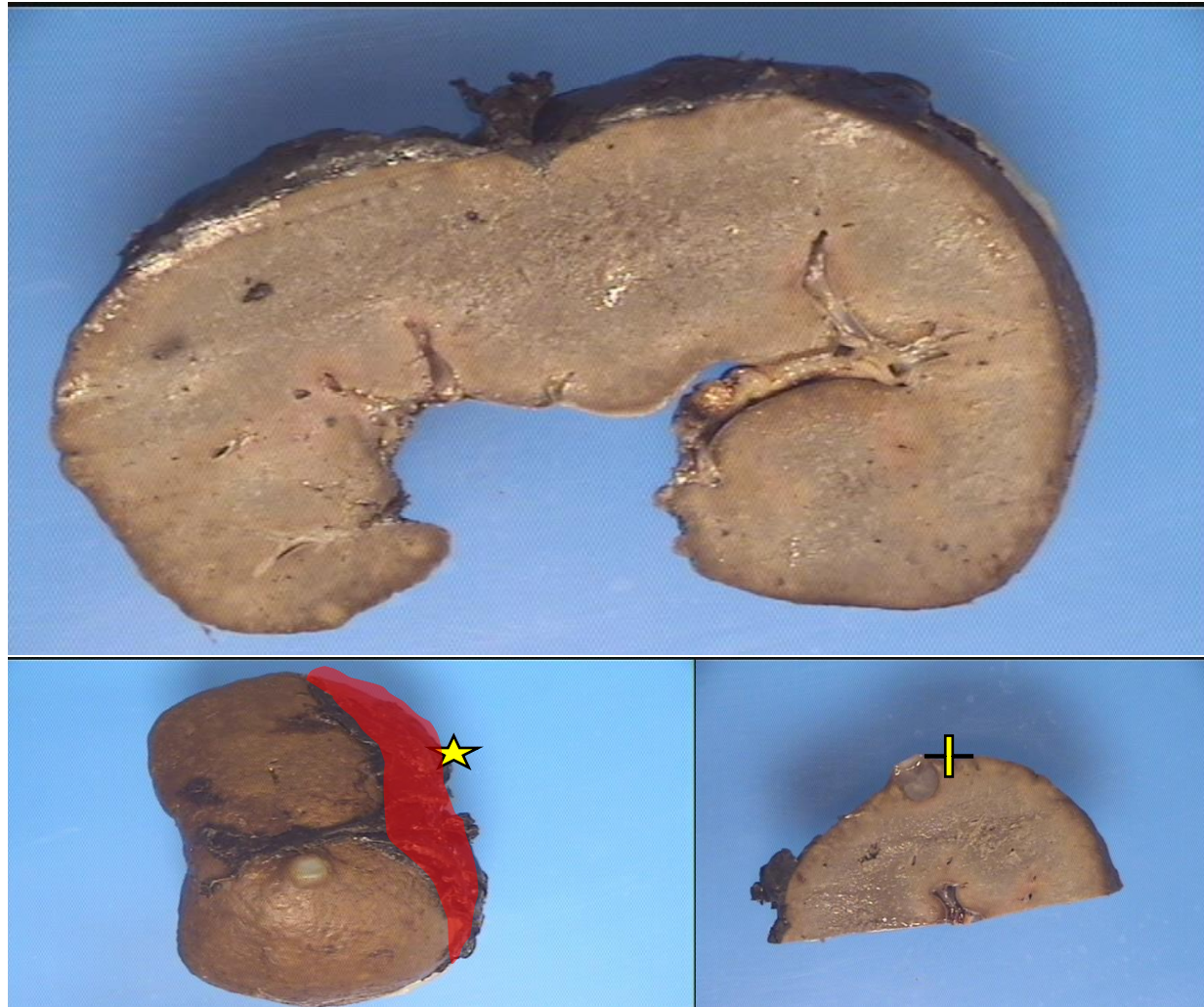
Fecha	Hemoglobina [13.5 - 17.5]	Hematíes [4.5 - 5.9]	Hematocrito [41 - 53]	Leucocitos [4.5 - 11]	Plaquetas [120 - 400]	Proteína C reactiva (PCR) [0 - 0.5]
INGRESO	13.3 g/dL	4.26 10 ⁶ /μL	37.7 %	7.9 10 ³ /μL	29 10 ³ /uL	24.6 mg/dL
2º día ingreso	10.2 g/dL	2.84 10 ⁶ /μL	27.8 %	6.1 10 ³ /μL	43 10 ³ /uL	7.9 mg/dL
5º día ingreso	8,2 g/dL	2.73 10 ⁶ /μL	24.5 %	4.8 10 ³ /μL	238 10 ³ /uL	5.7 mg/dL
8ºdía hop	6.2 g/dL	2.11 10 ⁶ /μL	18.5 %	38.0 10 ³ /μL	118 10 ³ /uL	0.3 mg/dL



EVOLUCIÓN

Tras los hallazgos en TAC sugerente de componente de sangrado y el bazo con un hematoma gran tamaño, encapsulado se procedió a cirugía mediante abordaje por laparotomía media suprainfraumbilical se accede a cavidad abdominal encontrando abundantes coágulos que se retiran. El bazo se encontraba decapsulado con varios puntos de sangrado activo. Se procedió a la realización de esplenectomía.





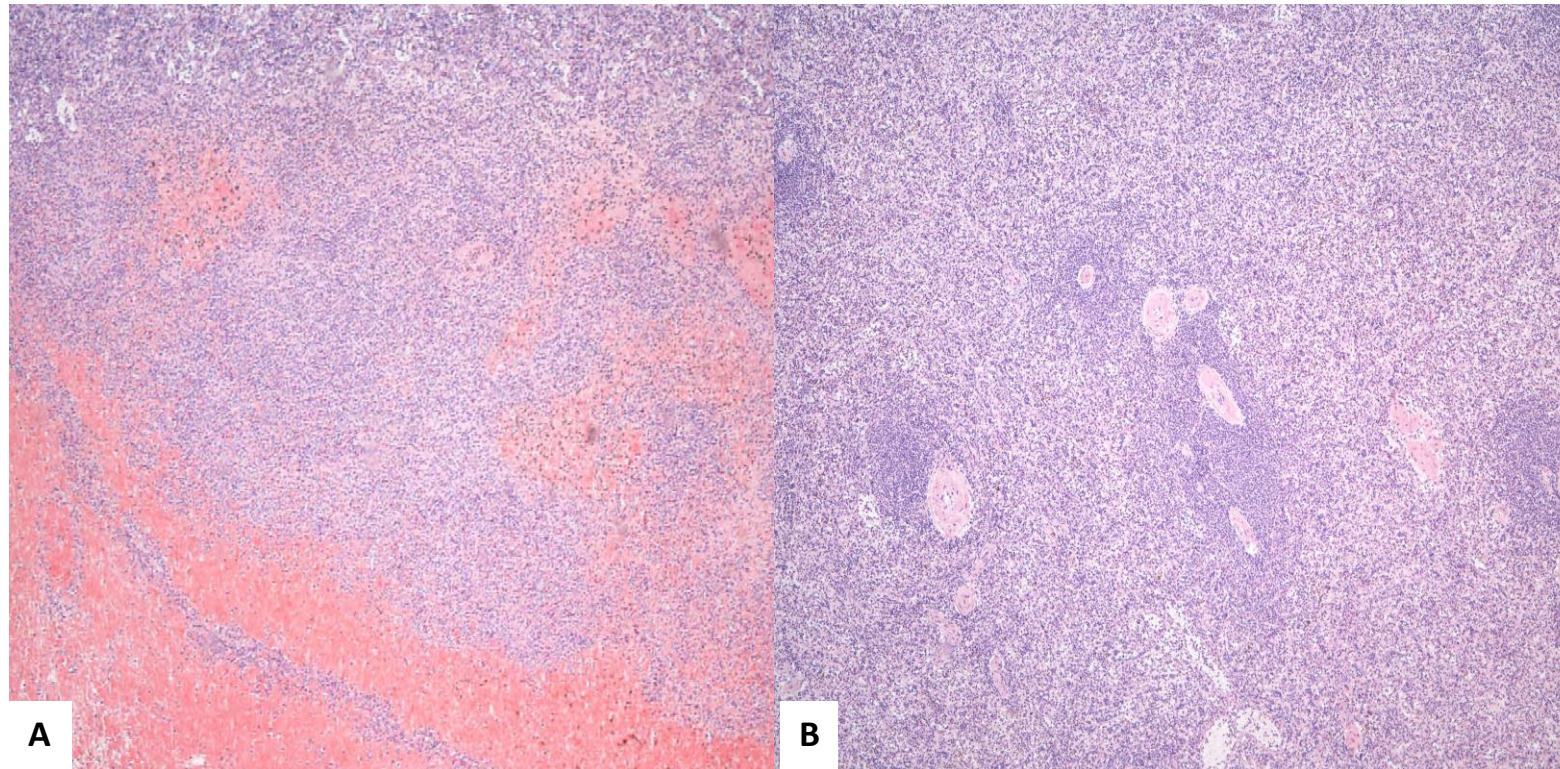
Macroscopía de bazo. Se identifica hemorragia superficial de 8 cm^{*} Pseudoquiste esplénico de 1 cm[†].

Tras cirugía el paciente es trasladado a Unidad de Cuidados Intensivos en la que recibe transfusión de 4 concentrados más de hematíes y 2 unidades de plasma.

Tras mantener estabilidad hemodinámica sin aporte de aminos vasoactivas, el paciente vuelve a planta de hospitalización.

Fecha	Hemoglobina [13.5 - 17.5]	Hematíes [4.5 - 5.9]	Hematocrito [41 - 53]	Leucocitos [4.5 - 11]	Plaquetas [120 - 400]
1º día post qx	9.3 g/dL	3.15 10 ⁶ /μL	26.7 %	42.9 10 ³ /μL	62 10 ³ /uL
2º día post	10.2 g/dL	3.48 10 ⁶ /μL	29.2 %	41.2 10 ³ /μL	67 10 ³ /uL

Se realizó estudio anatomopatológico de la muestra obtenidas en quirófano y se amplió estudio con Serología Virus Epstein-Barr (EBV), Citomegalovirus (CMV) que resultaron negativos y Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) (ELISA).



AP Microscópica A. Extensa Hemorragia subcapuslar B. **Parénquima esplénico conservado sin cambios histológicos significativos.**

Alta a los 32 días del ingreso, con revisión en consulta a los dos meses con excelente estado clínico y evolución analítica.

Fecha	Hemoglobina [13.5 - 17.5]	Hematíes [4.5 - 5.9]	Hematocrito [41 - 53]	Leucocitos [4.5 - 11]	Plaquetas [120 - 400]	Proteína C reactiva (PCR) [0 - 0.5]
ALTA 32 días ingreso	10.0 g/dL	3.25 10⁶/μL	29.9 %	22.7 10³/μL	147 10³/uL	10.0 mg/dL
1ª CONSULTA 2 meses tras alta	12.6 g/dL	4.00 10⁶/μL	38.7 %	14.4 10³/μL	186 10³/uL	0.3 mg/dL

DIAGNÓSTICO

Neumonía bilateral por SARS-CoV2

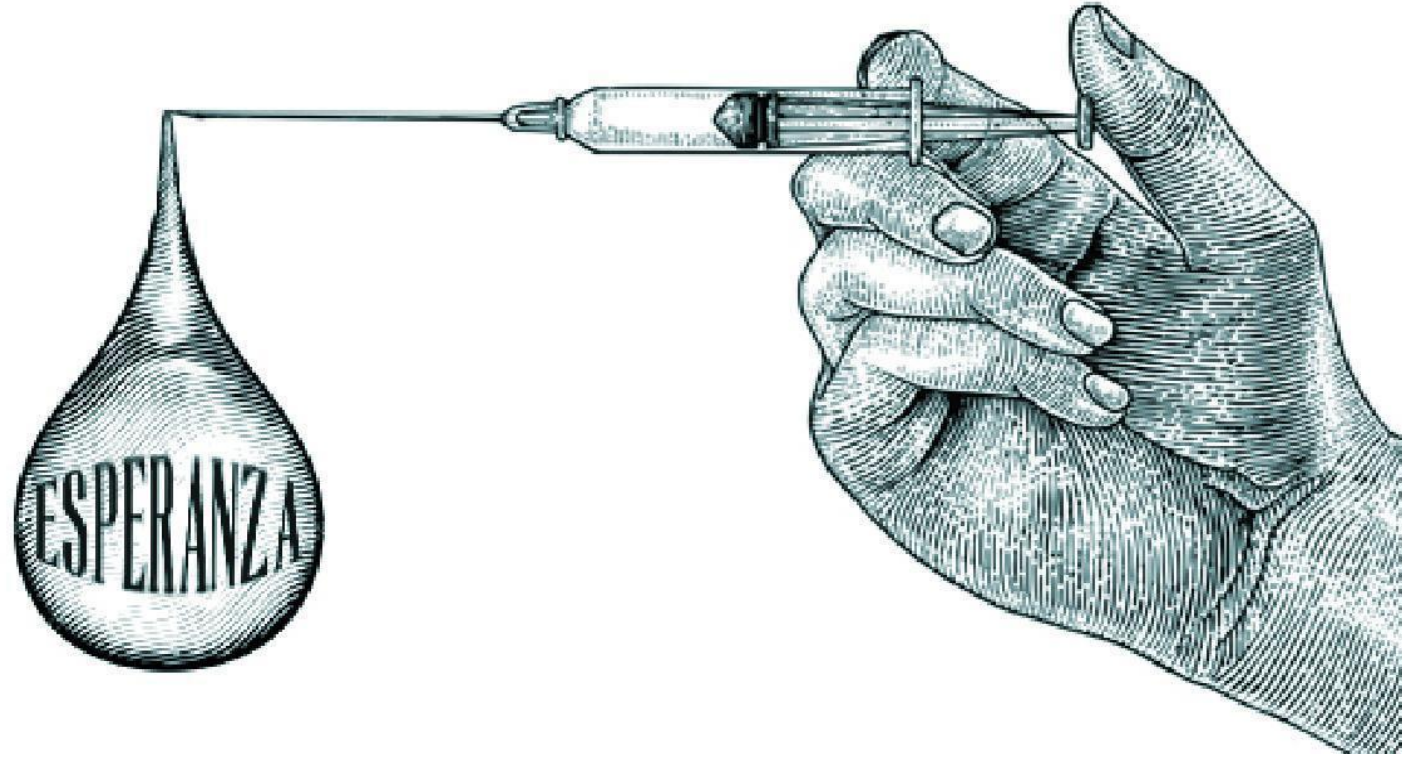
Rotura esplénica espontánea

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

- La rotura esplénica es una entidad poco común pero potencialmente mortal. Las causas más comunes de rotura esplénica atraumática se pueden dividir en seis grupos, I) infecciosa, II) neoplásica, III) inflamatoria, IV) congénita o estructural, V) iatrogénica y VI) idiopática.
- Las **causas infecciosas virales** asociadas a esta entidad, plausibles en nuestro paciente como EBV, VIH, CMV se descartaron. En cuanto a las **neoplasias** la más común es la **hematológica** que se descartó mediante frotis sanguíneo y el estudio anatomopatológico de la muestra esplénica tomada en quirófano, sin encontrarse elementos de diferenciación monocítica, atipias ni elementos blásticos.

- Se han descrito múltiples complicaciones en la infección por **SARS-CoV2** que cursan como **abdomen agudo**, como infartos mesentéricos, colitis isquémica, infarto esplénico. Parece que el sustrato fisiopatológico son **los fenómenos trombóticos** consecuencia de la **alteración endotelial** causada por el virus.
- También se ha descrito la afectación a nivel esplénico que tiene la infección por SARS-CoV-2, causando atrofia del folículo linfoide y atrofia nodular, además de **trombosis y necrosis a nivel microvascular**.

- En el caso que nos ocupa la lesión se trataba de un **hematoma subcapsular a nivel esplénico con rotura espontánea**. Las alteraciones microvasculares con trombosis asociada puede que sean las que provocan la hemorragia con la posterior formación del hematoma subcapsular.
- Por la situación epidemiológica actual, y por la perspectiva de futuro de convivencia con el SARS-CoV2 **consideramos tener en cuenta esta entidad como diagnóstico diferencial de abdomen agudo**, debido a su potencial mortalidad y requerimiento de una actitud terapéutica urgente.



MUCHAS GRACIAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahbala T, Rabbani K, Louzi A, Finech B. Spontaneous splenic rupture: case report and review of literature. *Pan Afr Med J*. 2020 Sep 8;37:36. doi: 10.11604/pamj.2020.37.36.25635. PMID: 33209163; PMCID: PMC7648463.
2. Shaukat I, Khan R, Diwakar L, Kemp T, Bodasing N. Atraumatic splenic rupture due to covid-19 infection. *Clin Infect Pract*. 2021 Apr;10:100042. doi: 10.1016/j.clinpr.2020.100042. Epub 2020 Sep 25. PMID: 32999997; PMCID: PMC7516473.
3. Agus M, Ferrara ME, Bianco P, Manieli C, Mura P, Sechi R, Runfola M, Polo F, Cillara N. Atraumatic Splenic Rupture in a SARS-CoV-2 Patient: Case Report and Review of Literature. *Case Rep Surg*. 2021 Jun 4;2021:5553619. doi: 10.1155/2021/5553619. PMID: 34194865; PMCID: PMC8184328.
4. Knefati M, Ganim I, Schmidt J, Makkar A, Igtiben S, Landa E, Tarawneh A, Hicks C, Zimmerman S, Sukpraprut-Braaten S. COVID-19 With an Initial Presentation of Intraperitoneal Hemorrhage Secondary to Spontaneous Splenic Rupture. *Cureus*. 2021 May 28;13(5):e15310. doi: 10.7759/cureus.15310. PMID: 34211811; PMCID: PMC8236337.
5. Mobayen M, Yousefi S, Mousavi M, Shafighi Anbaran A. The presentation of spontaneous splenic rupture in a COVID-19 patient: a case report. *BMC Surg*. 2020 Oct 2;20(1):220. doi: 10.1186/s12893-020-00887-5. PMID: 33008424; PMCID: PMC7530872.