

CARTAS

Shock hemodinámico secundario a rotura espontánea de bazo durante una sesión de hemodiálisis

A. Moreno, N. Esparza, J. L. Pérez Arellano* y M. D. Checa.

Servicios de Nefrología y *Medicina Interna. Hospital Insular Universitario de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Sr. Director:

La etiología más probable del shock hemodinámico durante la hemodiálisis (HD) incluye taponamiento cardíaco, infarto agudo de miocardio, arritmia, hemorragia digestiva, reacción anafiláctica, sepsis, hemólisis y embolismo gaseoso^{1,2}. La rotura espontánea de bazo es una causa muy rara que no hemos encontrado en la literatura revisada.

Varón de 69 años con insuficiencia renal crónica terminal de etiología no filiada. Antecedentes personales: hipertensión arterial, hiperuricemia, fumador de 20 cigarros/día y bebedor de 100 gr alcohol/día. El día del ingreso, transcurridas tres horas y treinta minutos del inicio de la HD, presenta hipotensión (80/40 mmHg) con bradicardia (47 lpm), sudación y dolor epigástrico. Tras fluidoterapia, PA: 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca: 72 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, T^a: 35°C. En la exploración destaca palidez cutáneomucosa y dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo. Sondaje nasogástrico y tacto rectal anodinos. Analítica: Hb 9,14 g/dl, Hto 27,5%, Leuc 7979/microl, plaquetas, 171000/microl, pH 7,32, pCO₂ 42 mmHg, pO₂ 158 mmHg, CO₃H⁻ 21 mM/l, CPK < 20 U/l, amilasa 106 U/l, Quick 95%. Radiografía tórax: índice cardiotorácico aumentado con hilios de aspecto normal, ECG: ritmo sinusal, normal. Ecografía abdominal: aumento de ecorrefrigencia hepática. Tras dos horas de estabilidad hemodinámica, presenta hipotensión arterial (50/20 mmHg) realizándose TAC abdominal que mostró imágenes compatibles con líquido libre perihepático y periesplénico con zona hipodensa esplénica sugestiva de

rotura esplénica (figura 1). Se realizó una laparotomía drenándose hemoperitoneo de 2.000 cc y realizándose esplenectomía por rotura esplénica grado II a nivel del polo superior de bazo. La biopsia del bazo mostró fibrosis capsular e infiltrado focal con neutrófilos, áreas de dislaceración de la cápsula con abundante hemorragia, pulpa blanca con vasos de paredes gruesas y focalmente, formaciones granulomatosas formadas por una corona de células histiocitarias con zona de abcesificación central constituida por polinucleares y restos celulares (tinción para bacilos ácido alcohol resistentes: negativa). Dados los hallazgos de la biopsia, se solicitaron serologías para *Coxiella burnetii*, *Rickettsia conorii* y virus de Epstein-Barr (negativos), niveles de enzima convertidora de angiotensina (normales), ANCA (negativo), Mantoux (negativo) y tinción de Ziehl-Nielsen en extensión de linfa del lóbulo de la oreja (negativa).



Fig. 1.—TAC abdominal: imágenes compatibles con líquido libre perihepático y periesplénico con zona hipodensa esplénica sugestiva de rotura esplénica.

Correspondencia: Dr. Agustín Moreno Pérez
Servicio de Nefrología
Hospital Insular Universitario de Gran Canaria
Plaza Dr. Pasteur, s/n
35016 Las Palmas de Gran Canaria
Tel.-Fax: 928 44 42 10

Dado que la fragilidad esplénica no es habitual en el bazo normal³, el hallazgo de granulomas en anillo podría explicar su fragilidad. El diagnóstico diferencial de los granulomas esplénicos en anillo, incluye infecciones (tuberculosis, lepra, mononucleosis infecciosa, fiebre Q y fiebre botonosa mediterránea)⁴, enfermedades sistémicas (sarcoidosis, granulomatosis de Wegener, vasculitis C-ANCA)⁵ y enfermedad de Hodgkin⁶. Otra causa más rara de granulomas esplénicos es la relacionada con pequeños procesos inflamatorios pseudoquisticos de origen post-traumático y evolución silente⁷ que a tenor de los antecedentes de etilismo de nuestro paciente nos parecen la causa más probable. Los datos de la historia sugieren un sangrado inicial con formación y posterior rotura de hematoma subcapsular.

Aunque excepcional, la rotura espontánea de bazo, debe incluirse en el diagnóstico diferencial del shock hemodinámico durante la HD en pacientes con patología que curse con afectación esplénica y/o

con características que hagan sospechar traumatismos abdominales previos.

BIBLIOGRAFIA

1. Llach F, Valderrábano F: *Insuficiencia renal crónica*. Ed. Norma, p: 872, Madrid, 1997.
2. Drukker W, Parsons FM, Maher JF: *Replacement of renal function by dialysis*. Kluwer Academic Publishers, p: 752. Boston, 1992.
3. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC: *Principles of Surgery*. Ed. Mac Graw-Hill Inc., p: 1437. New York, 1994.
4. Lam KY, Ng WF, Chan AC: Miliary tuberculosis with splenic rupture: a fatal case with hemophagocytic syndrome and possible association with long standing sarcoidosis. *Pathology* 26 (4): 493-496, 1994.
5. Franssen CF, Termaaten JC, Hoorntje SJ: Spontaneous splenic rupture in Wegener's vasculitis. *Ann Rheum Dis* 52 (4): 314, 1993.
6. Sacks EL, Donaldson SS, Gordon J, Dorfman RF: Epithelioid granulomas associated with Hodgkin's disease. Clinical conditions in 55 previously untreated patients. *Cancer* 41: 562-567, 1978.
7. Rosai J: *Ackerman's surgical pathology*. Ed. Mosby Company, p: 1362. Washington DC, 1989.