

Infarto esplénico secundario a pseudoquiste pancreático

Splenic infarction secondary to pancreatic pseudocyst

Alcaide Lucena M, González Puga C, Cañas García I

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

RESUMEN

El pseudoquiste pancreático es un problema que se presenta con relativa frecuencia en el transcurso de la pancreatitis crónica. Pueden ser únicos o múltiples, y normalmente se localizan a nivel del páncreas aunque se han descrito casos en localizaciones distantes como mediastino. Si por la localización provocan una compresión del hilio esplénico pueden producir un infarto esplénico que favorece la infección y absceso del bazo, aunque es algo infrecuente, que según las series ocurre en el 1-5% de los casos de pseudoquistes complicados.

Palabras clave: absceso esplénico, infarto esplénico, pseudoquiste pancreático, pancreatitis crónica.

ABSTRACT

Despite the close relationship between the pancreas and the spleen, the latter is only rarely affected in chronic pancreatitis in around 1-5% of pseudocysts. Splenic hilar compression due to a pseudocyst can provoke a splenic infarct which can lead to infection and abscess formation. The rarity of this complication and its nonspecific symptoms can delay diagnosis and lead to a poor prognosis.

Key words: splenic abscess, splenic infarction, pancreatic pseudocyst, chronic pancreatitis.

INTRODUCCIÓN

En el curso de una pancreatitis crónica es frecuente la formación de pseudoquistes pancreáticos, bien agudos o crónicos según el tiempo de evolución, cuyas complicaciones más frecuentes son la infección, hemorragia o la rotura. A pesar de la íntima relación anatómica del páncreas con el bazo, éste raramente se ve afectado en el contexto de la pancreatitis crónica y la formación de pseudoquistes.

CORRESPONDENCIA

Miriam Alcaide Lucena
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
miriam.alcaide.lucena@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Alcaide Lucena M, González Puga C, Cañas García I. Infarto esplénico secundario a pseudoquiste pancreático. Cir Andal. 2022;33(1):61-63.

La compresión del hilio esplénico puede producir un infarto esplénico que favorece su posterior infección y absceso. Se han descrito menos de un centenar de casos en la literatura, estimándose aproximadamente en un 1-5% de los casos de pseudoquistes complicados. La rareza de esta afección y los signos inespecíficos pueden retrasar su diagnóstico con un pronóstico desfavorable.

DESCRIPCIÓN DE LA IMAGEN

Paciente de 69 años bebedor habitual de aproximadamente unos 40 gr/día con escaso apoyo familiar y antecedentes de enfermedad renal crónica, HTA y EPOC severo con oxígeno domiciliario que consulta en Urgencias por dolor abdominal en mesogastrio y flanco izquierdo. En la analítica destaca leucocitosis de 15.000 y amilasa 269. Se realiza TAC abdominal (Figura 1) que informa de masa de contenido líquido espeso a nivel de la cola pancreática de 9 cm de diámetro con contornos bien delimitados sugerente de pseudoquiste pancreático no complicado, no conocido previamente.



Figura 1 Corte axial donde se visualiza lesión quística de localización en cola pancreática compatible con pseudoquiste pancreático de 9 cm de diámetro.

Al mes consulta de nuevo por Urgencias con astenia severa, desconexión del medio, y tendencia al sueño (Glasgow 13). En analítica destaca empeoramiento de la función renal con Cr de 9.4, leucocitosis de 17.680 y neutrofilia, PCR 196 mg/dl y acidemia metabólica severa, requiriendo ingreso en UCI, además de intubación orotraqueal, vasoactivos, y terapia renal sustitutiva, con diagnóstico de shock séptico de origen abdominal. En el TAC realizado persiste pseudoquiste no complicado similar a estudio previo, con páncreas atrófico y calcificaciones puntiformes intrapancreáticas que pudieran estar en relación con pancreatitis crónica, sin poder identificar el bazo, presentando en el lecho del mismo una colección (7x7x12cm) con aire en su interior. La sospecha es de infarto esplénico con sobreinfección del mismo y formación de absceso (Figura 2). Debido al deterioro e inestabilidad del paciente, y la alta densidad de la colección no candidata a drenaje percutáneo, se decidió intervención quirúrgica evidenciando bazo necrosado y licuado, sin poder identificar los vasos esplénicos, y pseudoquiste que ocupa el cuerpo y cola. Se realiza esplenectomía. (Figura 3). No se trató en dicho acto el pseudoquiste debido a la inestabilidad del paciente con intención de actuación endoscópica diferida. En el cultivo se aisló enterococcus faecalis. La Anatomía Patológica informa como restos de parénquima esplénico con necrosis por infarto agudo isquémico en evolución



Figura 2 Corte axial con colección (7x7x12cm) en celda esplénica con aire en su interior. La sospecha diagnóstica es un infarto esplénico con sobreinfección del mismo.



Figura 3 Corte coronal donde evidenciamos pseudoquiste pancreática que provoca compresión de hilio esplénico, además de cambios en el bazo propios de infarto esplénico.

con licuefacción esplénica. El paciente fallece al 7º día por evolución tórpida por fracaso multiorgánico.

COMENTARIOS A LA IMAGEN

En el contexto de la pancreatitis crónica se pueden producir fugas de líquido pancreático que originan pseudoquistes pancreáticos por retención^{1,2}. Un 90% de éstos son únicos, aunque si nos referimos a pancreatitis de origen enólico, son más frecuentes los pseudoquistes múltiples, no así en nuestro caso. Es importante diferenciar entre las formas agudas de pseudoquiste (de menos de seis semanas desde su aparición), que suelen resolverse espontáneamente en más del 40% de casos, de los pseudoquistes crónicos (de más de seis semanas que habitualmente no desaparecen de forma espontánea y presentan un riesgo superior de complicación) que aparecen generalmente en el contexto de pancreatitis crónica³. El tamaño, la localización cercana al hilio esplénico y la ausencia de involución en las primeras 6 semanas preconiza la posibilidad de complicaciones y la necesidad de una



Figura 4 Pieza quirúrgica con bazo desestructurado y necrosado por infarto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gardner TB, Adler DG, Forsmark CE, Sauer BG, Taylor JR, Whitcomb DC. ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2020 Mar;115(3):322-339. doi: 10.14309/ajg.0000000000000535. PMID: 32022720.
2. Conwell DL, Banks PA, Sandhu BS, Sherman S, Al-kaade S, Gardner TB et al. Validation of Demographics, Etiology, and Risk Factors for Chronic Pancreatitis in the USA: A Report of the North American Pancreas Study (NAPS) Group. *Dig Dis Sci* 2017; 62:2133.
3. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol* 2009; 15(1):38-47.
4. Schattner A, Adi M, Kitroser E, Klepfish A. Acute Splenic Infarction at an Academic General Hospital Over 10 Years: Presentation, Etiology, and Outcome. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94:e1363.
5. Lawrence YR, Pokroy R, Berlowitz D, Aharoni D, Hain D, Breuer GS. Splenic infarction: an update on William Osler's observations. *Isr Med Assoc J* 2010; 12:362.
6. Barbu S, Cazacu M. Splenic complications in alcoholic chronic pancreatitis. *Pancreas* 2006; 33 (4): 445.
7. Sridhar S, Lau SK, Woo PC. A Diagnostic Pitfall: Salmonella Splenic Infarction in Hereditary Spherocytosis. *Am J Med* 2016; 129:42.
8. Brett AS, Azizzadeh N, Miller EM, Collins RJ, Seegars MB, Marcus MA. Assessment of Clinical Conditions Associated With Splenic Infarction in Adult Patients. *JAMA Intern Med* 2020; 180:1125.

actitud más agresiva. Las indicaciones actuales de drenaje son la presencia de síntomas, complicaciones y sospecha de malignidad⁴.

El tratamiento de elección del pseudoquiste es el drenaje por vía endoscópica estando el tratamiento quirúrgico reservado exclusivamente cuando fracasa el drenaje o cuando éste no puede realizarse por razones técnicas, ya que se asocia a una elevada mortalidad (cercana al 10%) y alto porcentaje de recurrencias (18%) y complicaciones de hasta un 24 %.

Las complicaciones más frecuentes de los pseudoquistes pancreáticos son la infección, la hemorragia por pseudoaneurisma y la rotura. A pesar de la íntima relación anatómica del páncreas con el bazo, éste raramente se ve afectado en el contexto de la pancreatitis crónica. Se han descrito menos de un centenar de casos en la literatura estimándose aproximadamente en un 1-5% de los casos de pseudoquistes complicados^{5,6}. La compresión del hilio esplénico puede producir un infarto esplénico que favorece su posterior infección y absceso. La rareza de esta afección y los signos clínicos poco específicos pueden retrasar su diagnóstico y tratamiento evolucionando a sepsis y a fallo multiorgánico. La esplenectomía con drenaje del pseudoquiste y antibioterapia sistémica es el tratamiento de elección^{7,8}.

En conclusión, las complicaciones esplénicas en el contexto de pseudoquistes pancreáticos son muy infrecuentes y han sido pobremente descritas por la literatura. Debido a que estas complicaciones conllevan un alto índice de morbimortalidad es esencial su sospecha y diagnóstico precoz.