

DOLOR ABDOMINAL TRAS COLONOSCOPIA

Sánchez Peinador, Carmen (1); Quijada Gutierrez, Laura (1); De Mata Iglesias, Miriam (2); Oliva Gonzales, Teresa Estefania (2); Montiel Moreno, Andrea (3); Viola Candela, Angel Francisco (1)

(1) C.S La Alamedilla, Salamanca (2) C.S Miguel Armijo, Salamanca (3) C:S Castro Prieto, Salamanca

La colonoscopia es un proceso seguro y rutinario en el estudio de enfermedades que afectan a colon y recto, y sus principales complicaciones incluyen la hemorragia (1%) y la perforación (0,1 al 0,2%). La ruptura esplénica es una complicación excepcional.

CASO CLINICO

Mujer, 63 años, hipertensa tratada con Amlodipino y Carvedilol, colecistectomizada. **Hace 4 días le hicieron una colonoscopia** y le extirparon un pólipo. Ha estado bien pero desde hace 1 día, **dolor en ambos hipocondrios, más en izquierdo, irradiado a escápula izquierda y cuello, que aumenta con los movimientos respiratorios y decúbito**. No náuseas, vómitos ni fiebre. Hace 1 día última deposición normal. Normotensa. ECG y analítica normal. En exploración abdominal: **intenso dolor a la palpación en ambos hipocondrios (más intenso en lado izquierdo)**. Analgesia intramuscular y se deriva a Hospital por sospecha de perforación de víscera hueca. En radiografía abdominal: **imagen sugerente de neumoperitoneo**. En TC abdominal urgente: **rotura esplénica con hematoma periesplénico y hemoperitoneo**. Esplenotomía urgente, buena evolución. Diagnóstico diferencial: ruptura víscera hueca, síndrome coronario.

Bibliografía:

González-Soler, Roberto et al. Splenic rupture following diagnostic colonoscopy. *Rev. esp. enferm. dig.* [online]. 2012, vol.104, n.4, pp. 219-220. ISSN 1130-0108.

Palabras-clave rotura esplénica. Endoscopia

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Con el aumento del número de colonoscopias, en relación principalmente con el cribado de cáncer colorrectal, debemos de tener en cuenta complicaciones más raras, pero potencialmente mortales, como ésta, caracterizada por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo o escápula, anemia progresiva y shock hipovolémico. La clínica comienza típicamente en las primeras 24 h, pero hay casos diferidos hasta 6-10 días. Se necesita un alto grado de sospecha clínica para realizar el diagnóstico y la prueba indicada es la TAC. El principal factor etiopatogénico postulado es la excesiva tracción del ligamento espleno-cólico en pacientes con cirugía abdominal previa.

