

# ROTURA ESPLÉNICA COMO CONSECUENCIA DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

## SPLENIC RUPTURE AS A COMPLICATION OF AN INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

**Morales Hernández, Irene<sup>1</sup>; García Castelblanque, Marta<sup>1</sup>; Lou Calvo, Elena<sup>2</sup>; Giner Ruiz, Sara<sup>3</sup>; Estrada Lázaro, Irene Marta<sup>2</sup>**

1. Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almozara. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España.
2. Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España.
3. Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rebolería. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España.

Recibido: 29/06/2022 | Revisado: 28/10/2022 | Aceptado: 26/12/2022

DOI:10.15568/am.2022.816.cc04

Actual Med.2022;107(816):130-133

### Caso Clínico

#### RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 16 años que consultó en Urgencias por dolor abdominal brusco de varias horas de evolución asociando pérdida de conciencia. En días previos había presentado odinofagia y fiebre alta. En las pruebas complementarias destacaba la presencia de leucocitosis de predominio linfocítico, mientras que tanto la ecografía como la tomografía computarizada desvelaron una rotura esplénica con hemoperitoneo, por lo que se llevó a cabo cirugía urgente (esplenectomía), que cursó sin incidencias. La rotura esplénica supone una situación de emergencia vital en el paciente joven, por lo que una buena anamnesis y exploración física es esencial para así evitar errores en la práctica clínica que puedan conllevar un desenlace potencialmente fatal.

#### Palabras clave:

Rotura esplénica;  
Esplenectomía;  
Mononucleosis infecciosa;  
Hemoperitoneo.

#### ABSTRACT

We present the case of a 16-year-old male who asked in an emergency department for sudden abdominal pain since many hours and loss of consciousness. Few days before, he had odynophagia and high fever. Leucocytosis with lymphocytosis predominance in analysis and splenic rupture with hemoperitoneum in echography and computerized tomography was shown. The treatment consisted in urgent surgery (splenectomy), which was uneventful. Splenic rupture is an emergency in young patients, so it is essential to do a good anamnesis and physical exploration to avoid mistakes with a potentially fatal outcome.

#### Keywords:

Splenic rupture;  
Splenectomy;  
Infectious Mononucleosis;  
Hemoperitoneum

### INTRODUCCIÓN

La mononucleosis infecciosa es una entidad relativamente frecuente en el día a día del médico de familia y de urgencias. Habitualmente, no conlleva complicaciones y suele cursar de forma relativamente leve, con odinofagia y fiebre. No obstante, debemos hacer especial mención a la necesidad de realizar reposo y debemos prestar atención a la aparición de signos o síntomas que sugieran complicación de esta patología. Aunque no es frecuente, la rotura esplénica se produce en cierta cantidad de casos y acarrea un riesgo vital importante, generalmente en pacientes jóvenes, por

lo que debemos realizar una rigurosa exploración en el paciente que aqueja un dolor abdominal y que previamente había presentado un cuadro compatible con infección de vías respiratorias altas.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 16 años sin antecedentes de interés que presenta dolor abdominal de inicio brusco, así como náuseas y vómitos de 3 horas de evolución. Asimismo, el paciente describe episodio sincopal

Correspondencia

**Irene Morales Hernández**

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

E-mail: irenemh20@gmail.com

aproximadamente 30 min después del inicio del dolor mientras se encontraba en reposo. Niega dolor torácico, disnea y fiebre. Refiere cuadro de odinofagia, astenia y fiebre de hasta 38.5 °C los días anteriores sin otra sintomatología acompañante.

A su llegada a Urgencias, presenta hipotensión arterial de 76/46 mmHg, frecuencia cardíaca de 112 lpm, temperatura de 36.4 °C y saturación de oxígeno del 98 % basal. Impresiona su palidez y frialdad cutánea.

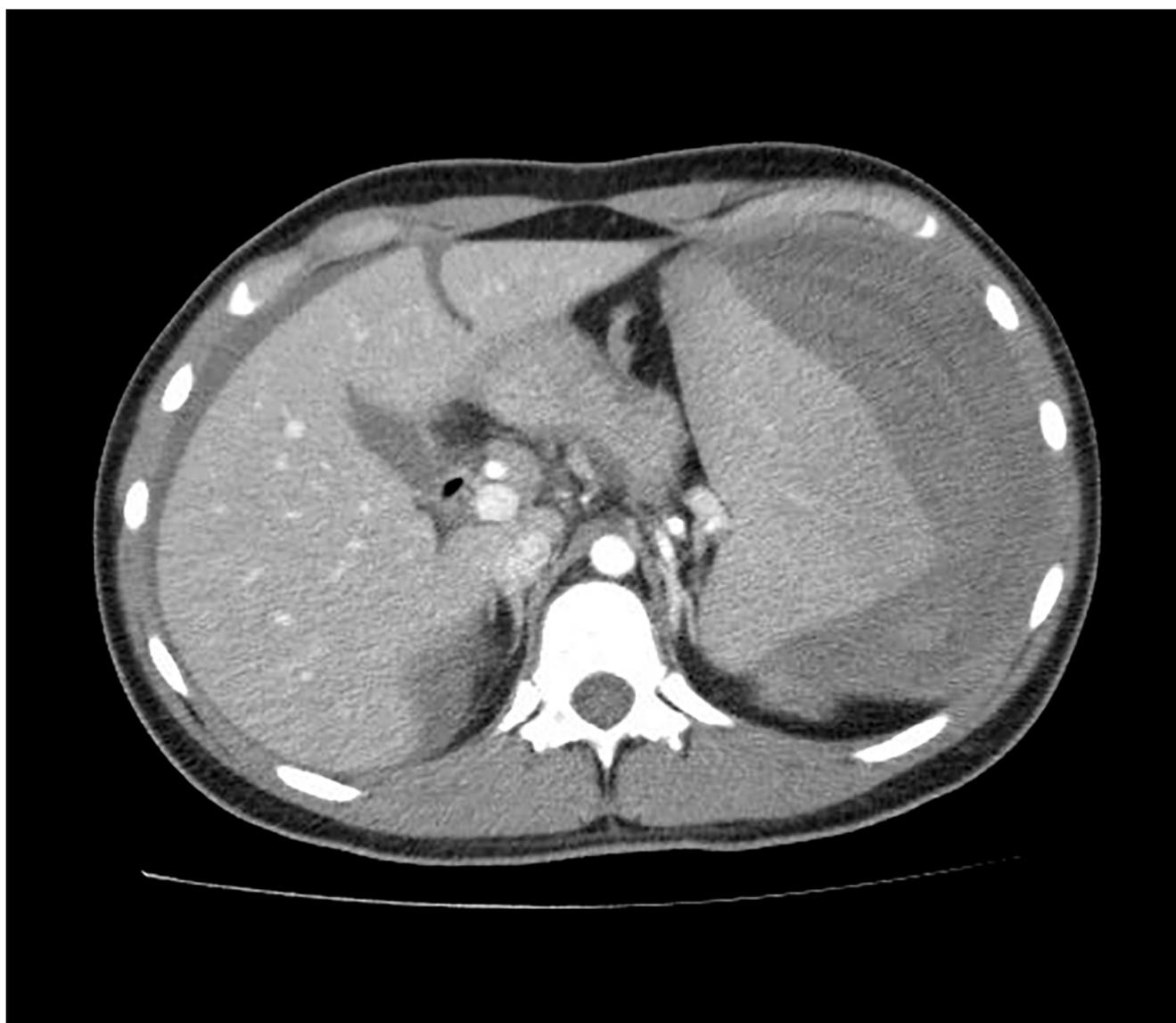
A la exploración destaca hipertrofia amigdalar bilateral sin exudados, adenopatías laterocervicales y un abdomen muy doloroso a la palpación de forma difusa.

Se le realiza analítica sanguínea, presentando leucocitosis de 31000 de predominio linfocítico (77 %), Hemoglobina de 11.2 y ecografía abdominal con sospecha de rotura esplénica con hemoperitoneo, que

se confirma con la realización de TAC abdominal (Figura 1). Posteriormente, las serologías resultaron positivas para Virus Epstein Barr VCA IgM.

Ante la inestabilidad hemodinámica del paciente (persiste tensión de 97/46) y la gravedad clínica de los hallazgos (en una nueva analítica previa a la realización del TAC se observa Hemoglobina de 6 y Hematocrito del 18 %), se deciden trasfundir 2 concentrados de hematíes, administrar 2 ampollas de Amchafibrin (Ácido Tranexámico), 1500 cc de suero fisiológico y 1 ampolla de vitamina K. Se avisa a Cirugía para realizar esplenectomía urgente.

Tras la cirugía, sin incidencias, el paciente se mantiene hemodinámicamente estable en todo momento y las analíticas seriadas con valores de hemoglobina y hematocrito van mejorando, por lo que se decidió finalmente alta hospitalaria.



**Figura 1.** Esplenomegalia. Hematoma subcapsular esplénico organizado en capas hipo e hiperdensas, lo que sugiere sangrados sucesivos contenidos. Se observa asimismo líquido libre intraperitoneal perihepático en ambas gotieras paracólicas.

## DISCUSIÓN

La mononucleosis infecciosa, causada por el virus de Epstein-Barr (VEB) o el Citomegalovirus, es una enfermedad generalmente autolimitada, caracterizada por la presencia de odinofagia, fiebre y adenopatías cervicales en pacientes jóvenes (1). Sin embargo, puede dar complicaciones, como la descrita en este caso.

El VEB está ampliamente extendido en la población y se calcula que en torno al 90-95 % de los adultos serán expuestos a este virus a lo largo de su vida (2). Parece demostrarse que la infección por VEB suele cursar de forma subclínica durante la infancia, haciéndose sintomática a partir de la etapa de la adolescencia, con la mayor incidencia de infección en torno a los 15-24 años (3).

La transmisión se produce de persona a persona, a través de secreciones salivares durante un periodo prolongado, incluso parece transmitirse hasta seis meses después del inicio de la enfermedad. Algunos estudios sugieren como otras posibles vías de transmisión la lactancia materna y la vía sexual (3).

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con cuadros respiratorios de vías altas causados por otros microorganismos, como pueden ser infecciones causadas por Streptococo del grupo A, Arcanobacterium haemolyticum, citomegalovirus, o incluso VIH o Toxoplasma gondii. Diferenciar la mononucleosis infecciosa causada por el VEB de otro síndrome similar suele ser difícil, pero cobra especial importancia en las embarazadas, puesto que las infecciones por citomegalovirus (CMV), VIH y toxoplasma pueden tener efectos adversos importantes sobre el feto (3). Como se describe con anterioridad, generalmente es difícil diferenciar clínicamente el cuadro clínico producido por VEB y el resto de patógenos. Sin embargo, disponemos de herramientas para diferenciarlos, siendo la más importante, la realización de serologías. Es por ello necesario, en cuadros respiratorios de moderada-grave intensidad clínica, la posibilidad de realización de serologías para VEB, Toxoplasma, VIH y CMV. En el caso de infección por Streptococo del grupo A, además, se podría diferenciar del VEB de forma mucho más precoz gracias a la positividad de la prueba de diagnóstico rápido para Streptococcus (Streptotest).

El aumento del tamaño del bazo, o esplenomegalia, se presenta hasta en un 60 % de los pacientes con mononucleosis infecciosa, por lo que no es raro que lo encontremos como dato exploratorio en el paciente con cuadro clínico respiratorio de vías altas. Generalmente se produce un aumento del tamaño y una posterior regresión a partir de la tercera semana de la enfermedad. (3)

Si bien no es algo frecuente, ya que se produce aproximadamente en 1 a 5 casos por cada 1000, la rotura esplénica conlleva riesgo mortal, lo que constituye una emergencia médica, por lo que debemos prestar atención a aquellos dolores abdominales en contexto de cuadro clínico compatible con mononucleosis (4).

Se ha descrito que en el 70 % de los casos, la rotura visceral se produce en varones, generalmente menores de 30 años y en más de la mitad de los casos, la rotura se produce de forma espontánea. La clínica de presentación habitual es de dolor abdominal, aunque en ocasiones el indicador es una disminución brusca del hematocrito (2,3).

Generalmente, ocurre unas dos semanas tras el inicio de los síntomas respiratorios, aunque es posible su aparición desde los 4 días hasta las 8 semanas tras el inicio de la clínica. En ocasiones, puede ser incluso el síntoma de presentación (4).

Ante un hallazgo de esplenomegalia, la actitud que se debe mantener es conservadora, con reposo y evitando la realización de esfuerzos físicos o deportes al menos 4-6 semanas tras la clínica, puesto que se puede producir una rotura traumática del bazo (1).

El tratamiento una vez instaurada la rotura, puede ser conservador, con cuidados intensivos, o quirúrgico, como se realizó en este caso.

Otras complicaciones de la mononucleosis infecciosa relacionadas con el bazo son los infartos esplénicos, sin embargo, es bastante infrecuente e incluso a veces, el hallazgo es incidental. Deberíamos sospechar posible infarto esplénico en aquel paciente que presente, además del cuadro de vías respiratorias, fiebre, náuseas, vómitos y, sobre todo, dolor abdominal en hipocondrio izquierdo.

En pacientes con mononucleosis infecciosa, también se ha descrito aparición de complicaciones como un rash maculopapular generalizado, urticarial o incluso petequeal, que generalmente suelen tener relación con la administración de ampilicina o amoxicilina, aunque ha sido descrito también por otros antibióticos como azitromicina, levofloxacino, piperacilina/tazobactam y cefalexina.

Asimismo, otras complicaciones posibles descritas son síndromes neurológicos como el Guillain-Barré o incluso diferentes tipos de mielitis (2,3).

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bartlett A, Williams R, Hilton M. Splenic rupture in infectious mononucleosis: A systematic review of published case reports. *Injury*. 2016;47(3):531-538.
2. Gatica C, Soffia P, Charles R, Vicentela A. Rotura esplénica espontánea secundaria a mononucleosis infecciosa. *Revista chilena de infectología*. 2021;38(2):292-296.
3. Aronson M, Auwaerter P. Infectious mononucleosis [Monografía en Internet]. Waltham (MA). UpToDate; 2022 [acceso 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
4. Sylvester J, Buchanan B, Paradise S, Yauger J, Beutler A. Association of Splenic Rupture and Infectious Mononucleosis: A Retrospective Analysis and Review of Return-to-Play Recommendations. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach*. 2019;11(6):543-549.

### Si desea citar nuestro artículo:

Morales Hernández I, García Castelblanque M, Lou Calvo E, Giner Ruiz S, Estrada Lázaro IM. Rotura esplénica como consecuencia de mononucleosis infecciosa. *Actual Med*.2022;107(816):130-133. DOI:10.15568/am.2022.816.cc04