

Ruptura esplénica tardía en un paciente joven posterior a trauma abdominal cerrado

Delayed splenic rupture in a young patient subsequent to blunt abdominal trauma

Lázaro Lorda Galiano^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1225-234X>

Bernardo Hequele Baptista² <https://orcid.org/0009-0003-2649-0896>

¹Hospital Militar Dr Carlos J Finlay. La Habana, Cuba.

²Hospital General do Cuanza Sul Comandante Raúl Díaz Argüelles. Cuanza Sul, República Popular de Angola.

*Autor para la correspondencia: lazarolordagaliano@gmail.com

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 24 años que sufrió un accidente de tránsito con trauma toracoabdominal cerrado izquierdo, inicialmente evaluado sin signos de gravedad inmediata. Catorce días después desarrolló un dolor abdominal difuso y diarreas, interpretados como paludismo y fiebre tifoidea según estudios complementarios compatibles con el contexto epidemiológico. Ante el empeoramiento clínico progresivo fue remitido para valoración quirúrgica, y se constataron signos de abdomen agudo, líquido libre intraperitoneal en la ecografía enfocada para trauma y punción abdominal positiva para la sangre no coagulada. Se realizó intervención quirúrgica urgente con la que se confirmó ruptura esplénica



grado V y se le realizó una esplenectomía total, con evolución posoperatoria favorable. El caso resalta la necesidad de vigilancia clínica en pacientes con trauma abdominal cerrado, la posibilidad de retraso diagnóstico por enfermedades endémicas y la importancia del diagnóstico e intervención oportunos para disminuir la morbimortalidad.

Palabras clave: abdomen agudo; esplenectomía; hemoperitoneo; ruptura esplénica; trauma abdominal.

ABSTRACT

We present the case report of a 24-years-old male patient who suffered a traffic accident with blunt left thoracoabdominal trauma. Initially assessed without signs of immediate severity, he developed diffuse abdominal pain and diarrhea fourteen days later. These were interpreted as malaria and typhoid fever based on complementary studies consistent with the epidemiological context. Due to progressive clinical deterioration, he was referred for surgical evaluation. Signs of an acute abdomen were observed, along with intraperitoneal free fluid on ultrasound focused on trauma, and abdominal paracentesis yielded non-clotted blood. Urgent surgical intervention was performed, confirming a grade V splenic rupture. A total splenectomy was performed, with a favorable postoperative course. This case highlights the need for clinical monitoring in patients with blunt abdominal trauma, the possibility of delayed diagnosis due to endemic diseases, and the importance of timely diagnosis and intervention to reduce morbidity and mortality.

Keywords: acute abdomen; splenectomy; hemoperitoneum; splenic rupture; abdominal trauma.

Recibido: 09/01/2026

Aprobado: 17/03/2024



Introducción

El trauma abdominal cerrado constituye una causa frecuente de lesión esplénica, especialmente en pacientes jóvenes víctimas de accidentes de tránsito. Aunque la mayoría de las rupturas esplénicas se manifiestan de forma inmediata, existe una forma tardía, aquella que ocurre en 48 horas o más después del trauma inicial, conocida también como ruptura esplénica diferida o en dos tiempos, caracterizada por un intervalo libre de síntomas seguido de hemorragia intraperitoneal tardía, lo que representa un desafío diagnóstico y terapéutico.^(1,2,3,4)

En contextos epidemiológicos donde predominan enfermedades infecciosas como paludismo y fiebre tifoidea, la presencia de fiebre y dolor abdominal puede desviar la sospecha clínica inicial y retrasar el reconocimiento de complicaciones traumáticas graves. El objetivo del presente trabajo es describir un caso de ruptura esplénica tardía post traumática, en un paciente joven, con los elementos clínicos y diagnósticos que permiten su identificación y tratamiento oportuno, en el Hospital General de Cuanza Sul Comandante Raúl Díaz Argüelles, en la República de Angola.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 24 años, de piel negra, sin antecedentes de enfermedades personales ni familiares de interés, quien sufrió un accidente de tránsito en el municipio de Seles, provincia de Cuanza Sul, tras el vuelco de un triciclo motorizado. Fue trasladado al hospital municipal de dicha localidad, donde se evaluó como trauma toracoabdominal cerrado izquierdo sin signos clínicos de gravedad inmediata. Permaneció en observación hospitalaria durante 24 horas y posteriormente fue egresado hacia su municipio de residencia, Porto Amboim.



Catorce días después del traumatismo acudió a una clínica privada por presentar dolor abdominal difuso intermitente de moderada intensidad y deposiciones diarreicas abundantes. Los estudios complementarios, hemoglobina de 12 g/dL, hematocrito de 39,0 %, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 115 mm/h, test de paludismo positivo y reacción de Widal positiva, orientaron hacia infección por paludismo y fiebre tifoidea, diagnósticos compatibles con el contexto epidemiológico regional, por lo que recibió tratamiento específico.

Tras 72 horas presentó empeoramiento clínico caracterizado por incremento del dolor abdominal, con fiebre de 38,2 °C, distensión abdominal y deterioro general, motivo por el cual fue trasladado al hospital municipal de Porto Amboim, donde se constató hemoglobina de 10 g/dL, VSG de 68 mm/h, test de paludismo y VIH negativos, persistiendo la reacción de Widal positiva, permaneció en tratamiento durante 24 horas con cefazolina, analgésicos, soporte vitamínico e hidratación. Ante la persistencia del cuadro clínico y la sospecha de peritonitis de origen abdominal, fue remitido al Hospital Geral do Cuanza Sul para valoración por Cirugía General.

Al ingreso se constató estado nutricional deficiente, taquipnea (26 respiraciones por minuto), taquicardia (116 latidos por minuto), hipotensión relativa (102/58 mmHg), fiebre de 38,8 °C y abdomen distendido, doloroso, con abolición de ruidos hidroaéreos. Los estudios de laboratorio mostraron anemia progresiva (hemoglobina de 8 g/dL, hematocrito de 26,7 %) y leucocitos en $9,9 \times 10^9/L$.

La radiografía simple de abdomen mostró un patrón gaseoso abdominal compatible con íleo adinámico postraumático, (Figura 1).





Fig. 1-Radiografía simple de abdomen que muestra patrón gaseoso aumentado compatible con íleo adinámico postraumático.

El EcoFAST evidenció abundante líquido libre en la cavidad abdominal (Figura 2), la punción abdominal confirmó sangre no coagulada.



Fig. 2-EcoFAST que muestra líquido libre en la cavidad abdominal

Con el diagnóstico de hemoperitoneo secundario a ruptura esplénica tardía, se realizó laparotomía urgente, encontrándose aproximadamente 3000 mL de hemoperitoneo y ruptura esplénica grado V según la clasificación de la *American Association for the Surgery of Trauma*, por lo que se efectuó esplenectomía total (Figura 3). La evolución posoperatoria fue favorable y el paciente egresó once días después, con seguimiento por consulta externa.

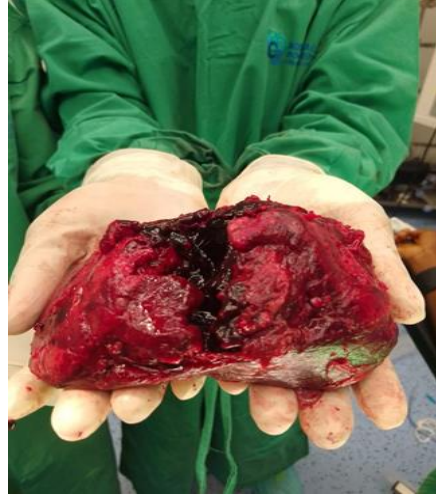


Fig. 3-Ruptura esplénica grado V según la clasificación de la *American Association for the Surgery of Trauma*

Discusión

La ruptura esplénica constituye la lesión más frecuente en el trauma abdominal cerrado y suele presentarse de forma inmediata tras el impacto. No obstante, la ruptura esplénica en dos tiempos representa una entidad menos común, en la cual un hematoma subcapsular inicial se rompe de forma diferida, lo que ocasiona hemoperitoneo tardío. Este patrón evolutivo ha sido descrito por varios autores, ^(1,2,3) quienes señalan que el intervalo libre de síntomas puede variar desde pocos días hasta varias semanas después del traumatismo inicial, lo cual puede dificultar su reconocimiento clínico oportuno.

En concordancia con lo comunicado por Alqtishat et al.⁽³⁾ que describen ruptura esplénica ocho días después de un accidente vehicular, y por Kofinas et al.,⁽⁵⁾ quienes informan presentaciones incluso meses posteriores al trauma, el paciente presentado mostró un antecedente claro de trauma abdominal cerrado seguido de un período de estabilidad clínica aparente y posterior deterioro abdominal y hemodinámico. Esta variabilidad temporal respalda la necesidad de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica aun cuando la evaluación inicial resulte negativa.



A diferencia de algunos casos descritos por Zhang et al.⁽²⁾ y Alghamdi et al.⁽⁴⁾ en los cuales el diagnóstico se orientó tempranamente hacia una complicación traumática, un elemento distintivo en el presente paciente fue el retraso diagnóstico condicionado por la sospecha de enfermedades infecciosas endémicas. En regiones africanas, el paludismo y la fiebre tifoidea constituyen causas frecuentes de fiebre y dolor abdominal, lo que puede enmascarar una hemorragia intraabdominal en pacientes con antecedente traumático reciente y posponer la valoración quirúrgica, circunstancia asociada a retraso terapéutico y mayor riesgo de complicaciones.

Asimismo, destaca la supervivencia a hemoperitoneo masivo en un paciente desnutrido. Esto indica un sangrado inicialmente contenido con descompensación progresiva, lo que permitió un margen temporal para la intervención quirúrgica. No obstante, esta situación implica alto riesgo, por lo que el diagnóstico y tratamiento oportunos resultan determinantes.

La mortalidad notificada para la ruptura esplénica tardía, señalada por Hidrogo et al.⁽¹⁾ y Silva et al.⁽⁵⁾ oscila entre 5,0 % y 15,0 %, superior a la observada en la ruptura aguda (1,0 %), y se asocia a un diagnóstico erróneo o ausencia del diagnóstico, lo cual se atribuye al periodo de latencia descrito por Baudet en 1907, donde existe un intervalo de tiempo tras un traumatismo abdominal en el que no se manifiestan inicialmente los síntomas de una lesión intraabdominal, pero posterior a las 48 horas aparece sangrado o deterioro clínico, sobre todo en roturas esplénicas tardías. Esto subraya la relevancia del reconocimiento precoz durante el seguimiento clínico.

En relación con los métodos diagnósticos, Oelhaf et al.⁽⁶⁾ destacan la función principal del ecoFAST, mientras que Su et al.⁽⁷⁾ señalan que el dolor abdominal progresivo asociado a sangrado tardío constituye una manifestación cardinal en pacientes bajo tratamiento no operatorio. Los hallazgos observados en este caso reproducen dichas descripciones, ya que la detección de líquido libre abdominal mediante ecoFAST y la confirmación de hemoperitoneo mediante la punción abdominal, permitieron establecer la indicación quirúrgica urgente.



Respecto al tratamiento, Silva et al.⁽⁵⁾ y Kofinas et al.⁽⁸⁾ apoyan el tratamiento conservador (observación o angiografía/angioembolización), en pacientes hemodinámicamente estables, independiente del grado de lesión anatómica esplénica, siempre que no se detecten otras lesiones intraabdominales y se disponga de un equipo multidisciplinario, incluso en presentaciones diferidas; por su parte, Nijdam et al.⁽⁹⁾ identifican la inestabilidad hemodinámica y las lesiones esplénicas de alto grado como predictores de tratamiento quirúrgico. En concordancia con estos criterios, el paciente presentado requirió esplenectomía de urgencia debido al hemoperitoneo masivo y compromiso hemodinámico, con evolución posoperatoria favorable.

La sepsis grave post esplenectomía presenta una mortalidad del 50 % y los pacientes esplenectomizados presentan un mayor riesgo de infecciones tempranas y tardías, así como de complicaciones tromboembólicas.^(5,6,8)

La disminución progresiva de la hemoglobina, la taquicardia, la hipotensión y el empeoramiento del dolor abdominal han sido descritos por Su et al.⁽⁷⁾ como signos de alarma de sangrado tardío tras trauma esplénico, hallazgos que coincidieron con la evolución clínica observada en este caso y que confirman su utilidad para orientar decisiones terapéuticas oportunas.

En conjunto, el caso presentado comparte características clínicas, temporales y terapéuticas con los reportes de otros autores^(1,2,3,4) pero se diferencia por el retraso diagnóstico secundario a una interpretación infecciosa inicial. Este contraste enfatiza la necesidad de vigilancia clínica prolongada y reevaluación sistemática en todo paciente con antecedente de trauma abdominal cerrado, aun cuando la valoración inicial indica lesiones leves.

Este reporte aporta como elementos de interés la interferencia diagnóstica de enfermedades endémicas y la evolución subaguda de una hemorragia intraperitoneal masiva en condiciones de desnutrición, lo que refuerza la necesidad de alta sospecha clínica y vigilancia estrecha tras trauma abdominal cerrado.



Se concluye que la ruptura esplénica tardía debe considerarse en todo paciente con antecedente de trauma abdominal cerrado que presente dolor abdominal progresivo, fiebre y signos de irritación peritoneal. El retraso diagnóstico por enfermedades endémicas puede enmascarar hemorragia intraperitoneal evolutiva y aumentar el riesgo de complicaciones. El diagnóstico oportuno y la intervención quirúrgica precoz permiten una evolución favorable y disminuyen la morbimortalidad asociada.

Referencias bibliográficas

1.Hidrogo E, D Fierro R, Bustamante LF, Becerril AA, Gutiérrez AJ, Ossa IM, et al. Delayed splenic rupture following abdominal trauma: a case report. International Journal of Research in Medical Sciences. 2024[citado 14/2/2026]; 12(8): e2994-96. Disponible en:

<https://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/13943/8831>

2.Zhang J, Zhu G, Liu L, Xu S, Jia C. Delayed traumatic splenic rupture as a life-threatening clinical manifestation treatable with splenectomy: A study of twelve cases and literature review. Ann Ital Chir. 2025[citado 14/2/2026]; 96(3): 296-308. Disponible

en: https://www.researchgate.net/publication/389698088_Delayed_Traumatic_Splenic_Rupture_as_a_Life-threatening_Clinical_Manifestation_Treatable_with_Splenectomy_A_Study_of_Twelve_Cases_and_Literature_Review

3.Alqtishat B, Hodali A, Abukeshk T, Al-Shobaki T. Delayed splenic rupture presenting 8 days following blunt abdominal trauma due to a motor vehicle accident. International Journal of Surgery Case Reports. 2023[citado 14/2/2026]; 109:108474. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10362288/>



4. Alghamdi MA, Alobaidi AE, Aljohani YS, Alamin OM, Bahamdeen AA, Almutairi IN. Delayed Splenic Rupture Following Blunt Abdominal Injury and Its Surgical Implications. *Journal of Healthcare Sciences*. 2025[citado 14/2/2026]; 5(7): 357-63. Disponible en: <https://www.johs.com.sa/pages/issue/abstract/420/Delayed-Splenic-Rupture-Following-Blunt-Abdominal-Injury-and-Its-Surgical-Implications>
5. Silva MA, Moreira N, Baião J, Almeida CEC. Delayed splenic rupture and conservative management: case series. *International Surgery Journal*. 2021[citado 14/2/2026]; 8(11): 3407-11. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/8065/5021>
6. Oelhaf RC, Wang CF, King KC. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2025[actualizado 2 Jun 2025; citado: 12/12/2025]. *Splenic Trauma*. [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430920/>
7. Su YC, Ou CY, Yang TH, Hung KS, Wu CH, Wang CJ, et al. Abdominal pain is a main manifestation of delayed bleeding after splenic injury in patients receiving non-operative management. *Scientific reports*. 2022[citado 14/2/2026]; 12(1): 19871. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-24399-9>
8. Kofinas AG, Stavрати KE, Symeonidis NG, Pavlidis ET, Psarras KK, Shulga IN, et al. Non-operative management of delayed splenic rupture 4 months following blunt abdominal trauma. *Am J Case Rep*. 2021[citado 14/2/2026]; 22: e932577-1. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8392706/>
9. Nijdam TMP, Spijkerman R, Hesselink L, Leenen LPH, Hietbrink F. Predictors of surgical management of high grade blunt splenic injuries in adult trauma patients: a 5-year retrospective cohort study from an academic level I trauma center. *Patient Saf Surg*. 2020[citado 14/2/2026]; 14(32). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13037-020-00257-3>



Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Lázaro Lorda Galiano: Conceptualización, Investigación, Administración del proyecto, Recursos, Supervisión, Visualización, Redacción, Revisión y edición. 60%

Bernardo Hequele Baptista: Investigación, Recursos, Visualización, Revisión y edición. 40%

Revisores: Dr. C. Ileana Guerra Macias

Dr. C. Oscar Rodríguez Reyes

Corrector: Lic Alexander Brossard Taureaux

