

CONCURSO DE CASOS CLINICOS PARA MEDICOS RESIDENTES

Dr. CESAR AUGUSTO HENRIQUEZ CAMACHO

MEDICINA INTERNA I

TITULO: DOLOR EN FLANCO IZQUIERDO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

27 DE ENERO DE 2009

Mujer de 82 años con los siguientes antecedentes:

- Depresión.
- EPOC.
- HTA.

Tratamiento habitual: Enalapril/Hidroclorotiazida

**Enfermedad actual:**

La paciente acude a la Unidad de Primera Asistencia (UPA) el 02/01/09 por dolor tipo pinchazo de severa intensidad localizado en flanco izquierdo no irradiado y no asociado a alteraciones en el ritmo intestinal ni disuria ni fiebre. Es dada de alta con diagnóstico de infección urinaria y tratada con Amoxicilina/Acido Clavulánico. Regresa a la UPA el 06/01/09 por persistencia de dolor intenso en la misma localización que aumentaba a la movilización y a la inspiración profunda.

**Exploración física:**

Sat O2: 97%, TA 140/90, FC 126 lpm.

Buen estado general, alerta, orientada, normocoloreada, hidratada.

C y C: PVY no aumentada. Pulsos carotídeos simétricos, arrítmicos

AC: Tonos conservados. Soplo sistólico III/VI en foco mitral.

AP: Sibilancias aisladas en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando y depresible. Dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo.

Blumberg (-) Murphy (-) PPL (-)

Extremidades: no edemas ni signos de TVP.

**Pruebas Complementarias:**

Hgb 13.6g/dL, Hto 40%, Leucos 6900 (71.7N, 19.5L, 5.4M), VSG: 49 mm.

T.Protrombina 79%, INR 1.1, APTT 31.2 seg, Fibrinógeno 701 mg/dL.

Gluc: 78 mg/dL, Urea: 29 mg/dL, Creat 0,98 mg/dL, Na:140 mmol/L, K: 4.3 mmol/L,

Cl: 102 mmol/L, LDH: 604 U/L, CK: 58 U/L.

Sedimento de Orina: normal.

**ECG:** fibrilación auricular con frecuencia ventricular a 126 x min

**Radiografía de abdomen simple:** aire y deposiciones en colon.

**Ecografía abdominal:** No se observan lesiones focales en el parénquima hepático.

Bazo, vesícula, vía biliar intrahepática, porción vista del páncreas, ambos riñones y vejiga sin alteraciones significativas. Se observa una lesión nodular sólida de 4,7cm en el fundus uterino sugerente de mioma. No se ve líquido libre intraperitoneal.

En Sala B:

**Tomografía Computarizada (TC) abdominal con contraste:** Se objetiva un área triangular de baja atenuación periférica en el bazo sugerente de infarto esplénico. No se objetivan claros defectos de repleción en los vasos explorados aunque no se trata de un estudio dirigido.

El hígado, vesícula biliar, páncreas, riñones sin alteraciones significativas.

No se aprecian adenopatías abdominales, pélvicas ni inguinales de tamaño significativo

en el momento actual. No se identifica líquido intra ni retroperitoneal.  
En los cortes de pulmón examinados no se ven alteraciones de interés.  
Cambios degenerativos en cuerpos vertebrales observados.

En planta:

**Ecocardiograma:** ventrículo izquierdo de dimensiones normales y función sistólica conservada, discreta dilatación de aurícula izquierda. Insuficiencia mitral aórtica y tricuspídea leve. Hipertensión pulmonar leve.

**Espirometría:** FEV1 104%, FVC 82,4%.

**Radiografía de Tórax:** cardiomegalia y elongación aórtica y cambios crónicos pulmonares compatibles con EPOC leve.

**Evolución:** Se inició tratamiento con Enoxaparina 60 mg/12 h SC con mejoría del dolor abdominal siendo pasada a Acenocumarol y dada de alta sin complicaciones.

## **DIAGNÓSTICO:**

- Infarto esplénico.
- Fibrilación auricular de reciente diagnóstico.
- HTA controlada.
- Insuficiencia mitral leve.
- EPOC

## **DISCUSIÓN**

El infarto esplénico es una entidad caracterizada por isquemia súbita con oclusión masiva o gradualmente por infiltración parenquimal. Está producido por trastornos hematológicos tales como metaplasia mieloide, policitemia vera, enfermedades mieloproliferativas, linfomas y leucemias, anemias hemolíticas y otras hemoglobinopatías (1). Otros factores incluyen la enfermedad tromboembólica, fundamentalmente debido a una fibrilación auricular, generalmente sin tratamiento de anticoagulación (2) y también puede ser producido por la liberación de embolias sépticas en el seno de diversos procesos infecciosos, como la endocarditis (3). Otras causas posibles son trastornos reumatológicos incluyendo enfermedad de Kawasaki (4), Lupus (5), trombosis de la arteria o vena esplénica y trombosis portal (6), malaria por *plasmodium falciparum* (7), síndrome de distres respiratorio del adulto (8), ruptura de aneurisma arterial esplénico (9), anemia falciforme (10), granulomatosis de Wegener (11), micosis sistémicas (12) y microangiopatía diabética entre otros (13).

El infarto esplénico es una de las causas de dolor agudo o crónico localizado en el hipocondrio izquierdo, aunque también puede presentarse como síndrome febril y en ocasiones como un cuadro constitucional (14,15,16). En un porcentaje importante de los casos no existen síntomas (17). La presencia de fiebre suele guardar relación con la existencia de procesos embólicos (3).

Los métodos diagnósticos empleados son la ecografía abdominal, que mostrará áreas triangulares hipoecóicas de localización periférica (18) y la tomografía computarizada (TC) abdominal que muestra una región de baja atenuación con el apex dirigido hacia el hilio esplénico (19).

En nuestro paciente el TC era consistente con infarto esplénico encontrando una causa tromboembólica no conocida como la fibrilación auricular. Se descartaron causas traumáticas, infecciosas y hematológicas. Tampoco se valoró la posibilidad de cirugía dado que la paciente no presentaba un dolor intratable ni ruptura esplénica ni formación de abscesos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bauer T, Haskins G, Armitage J. Splenic rupture in patients with hematologic malignancies. *Cancer* 1981; 48: 2729-2733.
2. Argiris A. Splenic and renal infarctions complicating atrial fibrillation. *Mt Sinai J Med.* 1997;64:342-349.
3. Ting W, Silverman NA, Arzouman DA, Levitsky S. Splenic septic emboli in endocarditis. *Circulation.* 1990;82(suppl IV):105-109.
4. Huong D, Gatfosse M, Papo T, Barjonet G, Lacombe P, Godeua P. Symptomatic splenic infarction complicating adult Kawasaki disease. *Br J Rheumatol.* 1995; 34:579-586.
5. Arnold MH, Schrieber L. Splenic and renal infarction in systemic lupus erythematosus: association with anti-cardiolipin antibodies. *Clin Rheumatol.* 1988;7: 406-410.
6. Agolini SF, Shah KT, Goodreau JJ, McLoughlin TM Jr, Sinclair MC. Splenic infarction caused by a large thoracic aortic thrombus. *J Vasc Surg* 1997; 26: 1069-1072.
7. Agarwal VK, Agarwal S, Pathak T. Splenic infarct in falciparum malaria. *Indian J Pediatr.* 1997;34:1050-1051.
8. Lo AY, Reich H, Harvey J. Splenic infarction associated with adult respiratory distress syndrome. *Mt Sinai J Med.* 1994;61:369-371.
9. Jacobson IV, Crowe PJ. Splenic infarction: a complication of splenic artery aneurysm. *Aust N Z J Surg.* 1994;64:53-54.
10. Wetton CWN, Tran TL. Case report: splenic infarct in sickle cell disease. *Clin Radiol* 1995;50:573-574.
11. Fonner BT, Nemcek AA, Boschman C. CT appearance of splenic infarction in Wegener's granulomatosis. *Am J Radiology.* 1994;164:353-354.

12. Miller FH, Ma JJ. Total splenic infarct due to Aspergillus and AIDS. *Clin Imaging* 2002; 25: 57-59.
13. Tóth PP, Reuter RK, MacDonald J. Spontaneous splenic infarction secondary to diabetes-induced microvascular disease. *Arch Fam Med.* 2000 Feb;9(2):195-7
14. Nores M, Phillips EH, Morgenstern L, Hiatt JR. The clinical spectrum of splenic infarction. *Am Surg* 1998; 64: 182-188.
15. Cuquerella J, Ferrer L, Rivera P, Tuset JA, Medina E, Pamos S, et al. Infarto esplénico. *Rev Esp Enf Ap Diges* 1996; 88: 447-449.
16. Beeson MS. Splenic infarct presenting as acute abdominal pain in an older patient. *J Emerg Med* 1996; 14: 319-322.
17. Marcos Sánchez F, Albo Castaño I, Arbol Linde F, Viana Alonso A, Gómez Soto FM, Durán Pérez-Navarro A. Embolic splenic infarction. *An Med Interna.* 2003 Oct;20:550-1
18. Georg C., Schwerek WB. Splenic infarction: sonographic patterns, diagnosis, followup, and complications. *Radiology.* 1990;174:803-807.
19. Merrick RD, Mehta JB, Cowan J, Donahue D, Young M. CT scan of the abdomen in the evaluation of splenic infarction. *Tenn Med.* 1990;83:77-78.



**Rx abdomen:** aire y deposiciones en colon



**TC de abdomen con contraste:** área triangular de baja atenuación periférica en el bazo sugerente de infarto esplénico