

Embolia esplénica

Miguel Echenique Elizondo^a (†), José Antonio Amondarain^b y Gurutz Garmendia^c

^aDepartamento de Cirugía. Universidad del País Vasco. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

^bDepartamento de Cirugía. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

^cDepartamento de Radiología. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

La embolia relacionada con el infarto de miocardio es una causa importante de morbimortalidad. Aunque la tromboembolia es frecuente en su localización cerebrovascular, en las extremidades, el mesenterio o los riñones el infarto esplénico es una forma rara de la afección, con muy pocos casos registrados en la literatura. También ha sido descrita en relación con trastornos hematológicos, algunas medicaciones o maniobras instrumentales. Puede ser segmentaria o general y presentarse con un grupo heterogéneo de enfermedades. La cirugía está indicada sólo en caso de complicaciones como hemorragia, rotura o formación de un absceso esplénico o un seudoquiste¹⁻⁴.

Varón, sin antecedentes dignos de interés, con historia de infarto de miocardio 8 años antes y dispositivo marcapasos desfibrilador implantado (fig. 1). Presenta dolor abdominal brusco (hipocondrio izquierdo) que irradia al hombro del mismo lado, así como malestar general. El ECG fue demostrativo de infarto anterior previo. Los estudios analíticos se encontraban dentro de la normalidad. La tomografía computarizada mostró un aneurisma ventricular con trombos murales claramente manifiestos (fig. 2) y un infarto esplénico segmentario. Se estableció anticoagulación con heparina fragmentada subcutánea y después se mantuvo con dicumarínicos. Pasados 3 años, el paciente se encuentra en buen estado general y no ha tenido ningún tipo de complicación evolutiva en el bazo y continua con su tratamiento anticoagulante.

El espectro clínico de la embolia esplénica varía desde el infarto asintomático descubierto casualmente en un examen radiológico o autópsico o en el curso de una laparotomía por otra indicación hasta un cuadro agudo en forma de hemorragia peritoneal masiva secundaria a rotura de hematoma subcapsular. Se estima que aproximadamente la tercera parte de los infartos esplénicos es clínicamente oculta. El síntoma más común es el dolor en el cuadrante superior izquierdo abdominal y los síntomas como fiebre, náuseas y vómitos, dolor de costado de tipo pleurítico y dolor de hombro izquierdo (signo de Kehr). La tromboembolia séptica tras endocarditis bacteriana o sobreinfección de embolia previa pueden tener como resultado la formación de un absceso, lo que constituye una indicación quirúrgica absoluta, tradicionalmente mediante esplenectomía, lo que puede ser difícil técnicamente debido al tejido circundante inflamatorio. El drenaje per-

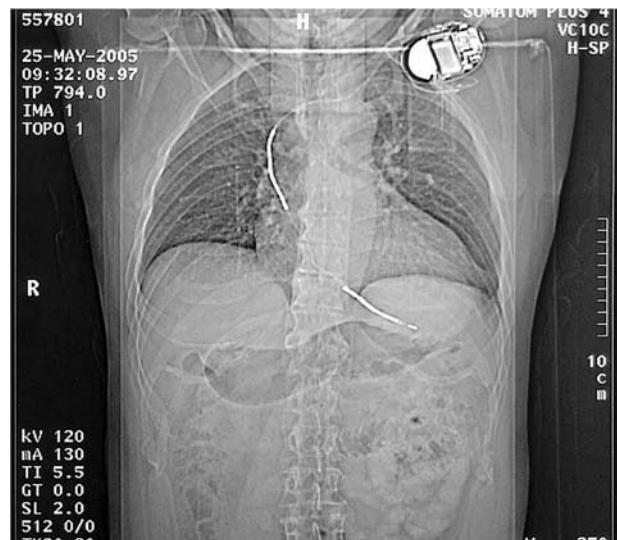


Fig. 1. Radiografía torácica. Paciente con desfibrilador automático.

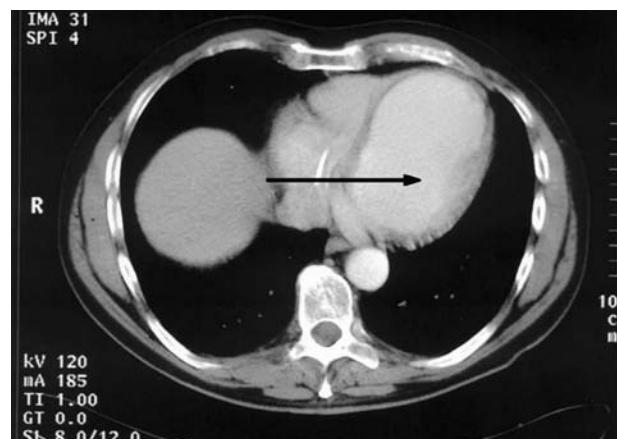


Fig. 2. Tomografía computarizada. Aneurisma ventricular y trombo mural.

Correspondencia: Dr. J.A. Amondarain.

U.D. Medicina. Universidad del País Vasco.

P.º Dr. Begiristain, 105. 20014 San Sebastián. Guipúzcoa.

España.

Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es

Manuscrito recibido el 20-9-2007 y aceptado el 23-11-2007.

cutáneo y una apropiada terapia antibiótica pueden ser utilizadas para tratar los casos seleccionados y de estructura unilocular.

Debido al uso creciente de técnicas de imagen en el abdomen, se ha producido un incremento en el diagnóstico de esta afección. La tomografía computarizada es la modalidad diagnóstica actual de elección⁵. Antes, su diagnóstico se realizaba la mayoría de las ocasiones en

el curso de una laparotomía o en exámenes autópsicos. La resonancia magnética también es útil en la identificación del área infartada a nivel del bazo^{6,7}.

Las indicaciones que justifican la intervención quirúrgica son sepsis, absceso, hemorragia o la formación de un seudoquiste esplénico, que pueden ser tratados mediante esplenectomía total o conservadora según cada caso⁸. El infarto asintomático sin complicaciones no requiere intervención. El pronóstico varía según la enfermedad subyacente^{9,10}. La mortalidad en el curso de hemopatías alcanza un 35% de los casos. En el otro lado del espectro, muchos infartos esplénicos evolucionan asintomáticos y sin secuelas a largo plazo.

Bibliografía

1. Wunnava RV, Hunt TM. An unusual cause of acute abdominal pain – a case presentation. *BMC Blood Disord.* 2006;7:1.
2. Ruiz Semba E, Garavito Renteria J, Jimenez Bustamante J, Arteaga Caro R, Garcia Del Aguila JL, Chavez Gil V. Acute abdominal pain due to splenic infarction in a patient with heterozygous sickle cell disease exposed to high altitude. *Rev Gastroenterol Peru.* 2006;26:386-9.
3. Arora A, Arora S. Spontaneous splenic infarction associated with sumatriptan use. *J Headache Pain.* 2006;7:214-6.
4. Bar-Gil Shitrit A, Aharoni D, Zeides S, Braverman D. Splenic infarction: an unusual complication of ethanolamine oleate injection. *Endoscopy.* 2006;38:432.
5. Balcar I, Seltzer SE, Davis S. CT patterns of splenic infarction: a clinical and experimental study. *Radiology.* 1984;151:723-9.
6. Weits T, Marugg RC, Loefstop JV. Acute splenic infarction. *JBR-BTR.* 2007;90:226-7.
7. Akyncy S, Tavil Y, Topal S, Okuyan H, Cengel A. Thromboembolic splenic infarction as a rare complication of myocardial infarction. *Intern Med.* 2007;46:1565-7.
8. Munoz Ruiz AI, Guerrero Vega E, Garcia Flores S, De Tena-Davila Ruiz M, Marcos Sanchez F, Duran Perez-Navarro A. Infarto esplénico como complicación de fibrilación auricular. *Rev Esp Enferm Dig.* 2003;95:66-7.
9. Marcos Sanchez F, Albo Castano I, Arbol Linde F, Viana Alonso A, Gomez Soto FM, Duran Perez-Navarro A. Infarto y embolia esplénica. *An Med Interna.* 2003;20:550-1.
10. Nores M, Phillips EH, Morgenstern L, Hiatt JR. The clinical spectrum of splenic infarction. *Am Surg.* 1998;64:182-8.