

Síncope y anemia aguda en mujer joven con fiebre y adenopatías

Oscar Luis Ferrero^a, M^a Jesús Redondo, Luis Angel Sánchez^a, Amelia Oleaga y Ramón Elorza

Servicios de Endocrinología y ^aMedicina Interna. Hospital de Basurto. Bilbao.

Caso clínico

Mujer de 19 años procedente de medio urbano y con el único antecedente de alergia a ácaros que acude al servicio de urgencias por presentar dos episodios de pérdida de conocimiento de corta duración y recuperación inmediata espontánea. La paciente refería también fiebre de 7 días de evolución junto con odinofagia y tos con escasa expectoración, por lo que seguía tratamiento con una cefalosporina de segunda generación y antitérmicos sin experimentar mejoría. En la exploración física destacaba: TA 110/50 mmHg, frecuencia cardíaca 110 latidos/mn, temperatura 38,5 °C. La paciente se encontraba febril, pálida y sudorosa, presentaba hipertrofia amigdalar y adenopatías cervicales móviles y no dolorosas. La exploración abdominal no revelaba hallazgos salvo un dolorimiento difuso y generalizado a la palpación profunda. La analítica mostraba una hemoglobina de 9 g/dl con volumen corpuscular medio de 87,5 fl, 10.300 leucocitos/mm³ (52% N, 45% l, 3% M); glucosa 163 mg/dl, GOT 105 U/l, GPT 162 U/l, GGT 45 U/l, LDH 839 U/l, siendo el resto de parámetros bioquímicos normales. La serología frente a virus de Epstein-Barr (Paul Bunnell e IgM anti-VCA) fue positiva. Se realizó una ecografía abdominal que mostró la presencia de mínima esplenomegalia con dislaceración capsular y líquido libre intraperitoneal compatible con hemoperitoneo, estos hallazgos se confirmaron en la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, realizada inmediatamente después (figs. 1 y 2).



Figura 1.



Figura 2.

Correspondencia: Dr. O. L. Ferrero Benítez
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Basurto.
Avda. Montevideo, 18.
48013 - Bilbao.

Manuscrito recibido el 5-11-1999; aceptado el 9-2-2000.

Enferm Infect Microbiol Clin 2001; 19: 75-76

Diagnóstico

Rotura esplénica espontánea en el seno de una mononucleosis infecciosa.

Discusión

Con los datos previamente descritos se llegó al diagnóstico de rotura esplénica espontánea ante lo cual se decidió practicar esplenectomía con evacuación del hemoperitoneo siendo la evolución posterior favorable.

Aunque la rotura esplénica espontánea es una complicación poco frecuente -menor del 0,5% de los casos- en la mononucleosis infecciosa, ésta sigue siendo la causa más importante de rotura espontánea de bazo, apareciendo generalmente en el transcurso de la segunda o tercera semana de la enfermedad aunque también se han descrito roturas en la 1^a semana¹. La esplenomegalia, que aparece en un 50% de los pacientes con mononucleosis infecciosa no suele alcanzar gran volumen, pero su consistencia es friable y frágil, lo que puede provocar su rotura ante pequeños traumatismos fisiológicos, como el estornudo o la defecación, o incluso ante pequeños traumatismos externos que pueden pasar desapercibidos para el propio paciente. La infiltración linfocitaria de la cápsula, trabéculas y paredes vasculares junto con el rápido aumento de tamaño del bazo predisponen al órgano a la rotura².

Se debe sospechar rotura esplénica ante un cuadro de instauración brusca de irritación peritoneal con anemia aguda y shock hemodinámico, sin embargo entre un 5% y un 20% de casos esta rotura se presenta de forma retardada en 48 horas a 3 semanas y se caracteriza clínicamente por un episodio de instauración brusca de dolor mantenido en hipocondrio derecho, sin signos de abdomen agudo y que se corresponde morfológicamente con hematoma subcapsular. Señalaremos que el dolor abdominal no es frecuente en el seno de una mononucleosis

infecciosa (2%-14% de los casos) por lo que su aparición debe poner sobre aviso. El dolor torácico izquierdo o en el hombro que se intensifica durante la inspiración es usualmente indicativo de sangre libre en cavidad peritoneal en estos enfermos³.

En los pacientes estables hemodinámicamente, la ecografía y la TAC son importantes como método diagnóstico, mientras que si están inestables la TAC no estaría justificada. La ecografía constituye la primera prueba para el diagnóstico, ya que tiene una sensibilidad del 89%-98% para descubrir hemoperitoneo y entre 40%-92% para detectar el origen esplénico de la hemorragia⁴.

Por último, mencionar que si la rotura es de suficiente entidad estaría indicada la esplenectomía; pudiendo realizarse cirugía conservadora e incluso intentar una actitud conservadora en las pequeñas laceraciones de la cápsula⁵.

En resumen, queremos recordar con este caso la importancia de sospechar y descartar una rotura espontánea de bazo ante la aparición de dolor abdominal en el contexto de un síndrome mononucleósico aunque no presente manifestaciones hemodinámicas importantes.

Bibliografía

1. Baldonedo Cernuda RF, Álvarez Pérez JA, Pérez Álvarez S, Palacios Fernández E, Monte Colunga C. Rotura patológica de bazo por mononucleosis infecciosa. Rev Esp Enf Digest 1994; 86: 927-928.
2. Reyes Cerezo M, Muñoz Boo JL, García Ferris G, Escudero Marchante JM. Rotura espontánea del bazo en la mononucleosis infecciosa. Rev Esp Enf Digest 1996; 88: 230-233.
3. Nouri M, Nohra R, Nouri M. Rupture spontanée de la rate et mononucléose infectieuse. Ann Fr Anesth Réanim 1997; 16: 53-54.
4. Hoffmann R, Nerlich M, Muggia-Sullam M, Pohlemann T, Wippermann B, Regel G, et al. Blunt abdominal trauma in cases of multiple trauma evaluated by ultrasonography: a prospective analysis of 291 patients. J Trauma 1992; 32: 452-458.
5. Gálvez MC, Collado A, Laynez F. Rotura esplénica en el seno de mononucleosis infecciosa. Resolución con tratamiento conservador. Enferm Infect Microbiol Clin 1995; 13: 440-441.