



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 423/124 - ALGO MÁS QUE ESTREÑIMIENTO

S. Álvarez López<sup>1</sup>, M. Pinilla de Torre<sup>2</sup>, M. Pinilla de Torre<sup>3</sup>, S. Zarza Martínez<sup>4</sup>, C. Díaz- Parreño Quintanar<sup>4</sup>, B. Párraga Vico<sup>4</sup>, B. Serrano Montalbán<sup>7</sup>, C. Díaz del Campo Calahorra<sup>4</sup>, A. Peralbo López<sup>4</sup>, M. Martínez Picón<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Alcázar de San Juan, <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, <sup>3</sup>Residente de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General La Mancha Centro. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 45 años, sin RAMC, exfumadora desde hace 18 años (IPA 5), en seguimiento en Consultas Externas de Endocrinología por un Ca papilar de tiroides que fue tratado con tiroidectomía total + I131 en 2018. Diagnosticada de asma bronquial persistente con OCFA moderado, migraña en fase de cefalea crónica diaria y síndrome depresivo. En tratamiento actual con levotiroxina, AINEs e inhaladores. Acude a su médico de Atención Primaria, por segunda vez en 48h, por dolor abdominal de 3 días de evolución, sin mejoría a pesar del tratamiento sintomático. La paciente refiere dolor abdominal que se inició en hipogastrio pasando a localizarse en fosa renal izquierda e hipocondrio izquierdo en las últimas 48h. Además, refiere aumento de su estreñimiento habitual (sin deposiciones desde hace 4-5 días). No ha presentado fiebre, náuseas ni vómitos. Niega síndrome miccional, ni cambios recientes en su medicación habitual. Su MAP la deriva a Urgencias hospitalarias ante persistencia del dolor. En el SUH, se decide realizar ecografía abdominal y ante los hallazgos sugestivos de infarto esplénico agudo, el radiólogo completa el estudio con TC sin y con contraste iv. Se realiza interconsulta a Cirugía, que pauta tratamiento con bomba de heparina y profilaxis antibiótica. Se descarta patología quirúrgica urgente y recomiendan valoración e ingreso en M. Interna.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 136/89 mmHg, FC: 97 lpm, sat basal: 96%. Fc: 69 lpm. BEG. Consciente y orientada. Normohidratada, normocoloreada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Afebril. ACP: tonos regulares, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen: RHA+. Blando y depresible, molestias a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo y fosa renal izquierda, sin signos de irritación peritoneal. Blumberg negativo, Murphy negativo, PPRB negativas. No se palpan masas ni visceromegalias. Tacto rectal: dedil limpio. Ampolla rectal vacía. Análisis: Hb 9,4, leucocitos 10.600, granulocitos 7.600, PCR 18,7, creatinina 0,7, iones en rango, transaminasas normales. Rx abdomen: líneas de los psoas visibles, luminograma aéreo inespecífico, presencia de gas distal. TC: hipodensidad triangular en tercio anterior de parénquima esplénico con defecto de repleción en arteria esplénica, que sugiere trombo, en relación con infarto esplénico agudo. Aumento de la densidad de la grasa adyacente al bazo por afectación inflamatoria. Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis. Asas de ID e IG de calibre y morfología normal. Hernia de hiato por deslizamiento. Conclusión: infarto esplénico agudo.

**Juicio clínico:** Infarto esplénico agudo.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico nefrítico. Pancreatitis. Isquemia mesentérica aguda. Pielonefritis.

**Comentario final:** Los infartos esplénicos se originan por fenómenos embólicos (trombosis de la arteria esplénica, vena esplénica y sus ramas). Se manifiesta clínicamente con dolor y/o hipersensibilidad en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, siendo las presentaciones clínicas atípicas muy frecuentes. La etiología del infarto esplénico puede deberse a: estados de hipercoagulabilidad (neoplasias, síndrome antifosfolípido), embolia (fibrilación auricular, foramen oval permeable, ateromatosis, endocarditis infecciosa), síndrome mieloproliferativo con esplenomegalia subyacente o hemoglobinopatías (anemia falciforme).

## Bibliografía

McNamara R, Dean AJ. Approach to acute abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am.* 2011;29:159.

Jang T, Chauhan V, Cundiff C, Kaji AH. Assessment of emergency physician-performed ultrasound in evaluating nonspecific abdominal pain. *Am J Emerg Med.* 2014;32:457.