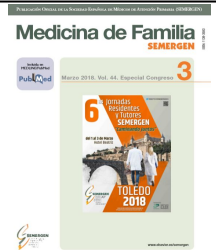




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

333/357 - INFARTO ESPLÉNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Romero Rodríguez¹.

¹Médico de Familia. Área Valladolid Este.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años de edad, con antecedentes personales de diabetes mellitus en tratamiento con insulina desde hace 16 años, hipertensión arterial desde hace 6 años en tratamiento con dieta sin sal, arritmia cardíaca en tratamiento con digoxina desde hacía cinco años y prótesis de cadera izquierda dos años atrás. Consultó por presentar desde hacía cinco días un cuadro de dolor abdominal de características cólicas, localizado en el hemiabdomen superior izquierdo. En las últimas horas el dolor se hacía más intenso y se irradiaba al hombro izquierdo. Se acompañaba de náuseas y varios episodios de vómitos, no fiebre ni alteraciones en las deposiciones.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física, el paciente estaba consciente y orientada, bien perfundida e hidratada. Auscultación cardíaca: Tonos arrítmicos en fibrilación auricular, ligero soplo sistólico de carácter eyectivo. Auscultación pulmonar: normal. Abdomen: blando, doloroso sobre todo en el hemiabdomen superior izquierdo, ligeramente distendido sin contractura muscular ni organomegalias, ruidos intestinales normoactivos. Puño percusión renal bilateral negativa. Laboratorio. Leucocitos: 8.000 mm³, Hto.: 37,2%, hemoglobina 12,1 g/dl, 270.000 plaquetas, actividad de protrombina del 96%. En la bioquímica destacaba una glucemia de 262 mg/dl, amilasemia de 39 U/l, resto normal. Orina elemental normal. ECG: Fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada, sin alteraciones agudas de repolarización. Radiografía de tórax: ateroma aórtico calcificado, cardiomegalia, no condensaciones pulmonares. TAC abdominal: bazo de 12 centímetros, se observan dos lesiones hipodensas bien definidas, de bordes lisos y morfología triangular, sin captación periférica, sugerentes como primera posibilidad de infartos esplénicos. Ecocardiograma: No patología valvular, no crecimiento de cavidades ni derrame pericárdico. El enfermo recibió tratamiento con heparina de bajo peso molecular y posteriormente acenocumarol, evolucionado favorablemente, siendo dada de alta.

Juicio clínico: Infarto esplénico.

Diagnóstico diferencial: Dolor abdominal, absceso esplénico, diverticulitis, hernia diafragmática.

Comentario final: El infarto esplénico se encuentra dentro de las causas raras de dolor abdominal y síndrome febril, la importancia de su diagnóstico radica en determinar la causa que lo genera. La etiología más frecuente es la enfermedad tromboembólica, fundamentalmente debido a fibrilación auricular. Además pueden producirlo diversos trastornos hematológicos, entre los que destaca metaplasia mieloide, policitemia vera o enfermedades proliferativas. Su tratamiento dependerá, por tanto, de la etiología que lo origine.

Bibliografía

358. Fatjó,J. Ramos,A. Culla,J.M. Grau. Infartos esplénicos: una causa poco común de síndrome febril. Med Clin (Barc), 2002; 119: 357-358.

Spaziani E, Di Filippo A, Picchio M, Pietricola G, Ceci F, Ottaviani M, et al. A rare cause of acute abdomen: splenic infarction. Case report and review of the literature. G Chir. 2010;31(8-9):397-399.

Palabras clave: Infarto esplénico, dolor abdominal, fibrilación auricular.