

CARTA CLÍNICA

Infarto esplénico diagnosticado en el centro de salud... Y resultó ser una fiebre Q



Spleen infarction diagnosed in the Health Centre... And it turned out to be Q fever

Varón de 30 años sin antecedentes de interés y exfumador desde hace un año, que comienza con un cuadro febril de 2 semanas de evolución, acompañado de artromialgias generalizadas y malestar general. Posteriormente, aparece un dolor abdominal y molestia en hipocondrio izquierdo que le recordaba a «agujetas» y que empeoraba con los movimientos. No tenía antecedente traumático previo, ni más datos clínicos en la anamnesis, salvo una discreta diarrea.

Inicialmente el paciente acudió al hospital de referencia donde le informaron de que podría presentar una mononucleosis infecciosa. Se le realizó una ecografía abdominal que se informó como normal.

Consulta posteriormente con su médico de familia, por persistencia del dolor en el hipocondrio izquierdo y se comprueba que el Paul Bunnell, realizado en el hospital, es negativo. Se reexplora y se observa que presenta a la palpación en hipocondrio izquierdo, un polo de bazo muy doloroso. No tiene dolor en el resto del abdomen y no hay signos de irritación peritoneal. El resto de la exploración física es normal.

En ese momento se decide la realización de una ecografía abdominal en el centro de salud por sospecha de esplenomegalia. En la ecografía se visualiza un bazo aumentado de tamaño (15 cm) y una lesión intraesplénica en cuña hipocogénica que mide 4,24 cm. Ante estos hallazgos la sospecha diagnóstica es de infarto esplénico y por esta razón se remite al paciente nuevamente a urgencias del hospital de referencia, para ampliar y filiar el diagnóstico (figs. 1 y 2).

En urgencias se realiza al paciente una TAC abdominal y se confirma una leve esplenomegalia (14 cm de eje máximo) y 3 lesiones hipodensas periféricas, de morfología cuneiforme, la mayor de 5,3 cm, en probable relación con infartos esplénicos y un leve derrame pleural izquierdo.

Tras ingreso del paciente y estudio, el hemograma fue normal y en el frotis de sangre periférica solamente se observaron linfocitos activados, descartándose la presencia de linfocitos velludos. En la primera serología realizada se

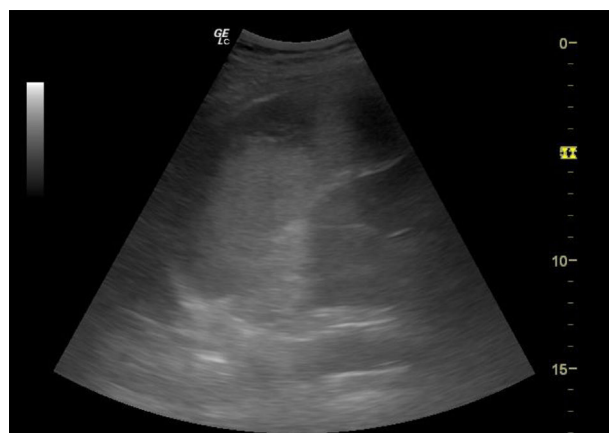


Figura 1 Imagen en cuña hipocogénica periférica e intraparenquimatosa.

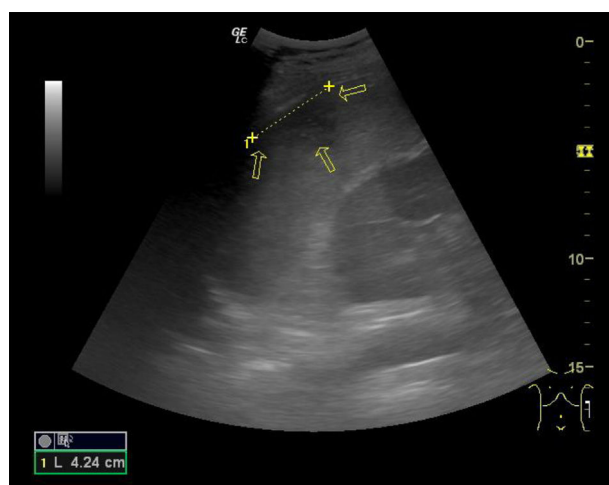


Figura 2 Marcada por flechas se observa la misma imagen, hipocogénica e intraparenquimatosa compatible con el infarto esplénico.

observó una IgM positiva para citomegalovirus (CMV), con IgG CMV negativa. En una segunda serología, realizada durante el ingreso, tanto la IgM como la IgG frente al CMV fueron negativas. La serología para *Coxiella burnetii* presentó valores, tanto en fase I como en fase II que demostraban infección reciente. Además en el estudio de coagulación el tiempo de

tromboplastina parcial activada estaba muy alargado, con presencia de anticuerpos antifosfolípido, compatible todo ello con un cuadro de fiebre Q reciente.

Durante el ingreso se realizó un ecocardiograma transtorácico informado sin evidencia de endocarditis.

En la nueva TAC tras una semana de ingreso, se visualiza en el espesor del bazo, un área de morfología cuneiforme hipodensa mal definida que sugiere área isquémica de nueva aparición.

El juicio clínico emitido al alta es el de fiebre Q pasada, con serología falsamente positiva para CMV.

El infarto esplénico es una de las lesiones más frecuentes que se pueden ver en la ecografía abdominal del bazo. La imagen típica es la de una lesión hipoecoica, periférica y en cuña, con base en la superficie externa y vértice apuntando al interior de la víscera¹. La sensibilidad de esta prueba aumenta en presencia de esplenomegalia, sin embargo es la TAC abdominal la prueba de imagen que tiene mayor sensibilidad (75%).

Los infartos esplénicos se originan por fenómenos embólicos, (trombosis de la arteria esplénica, vena esplénica y sus ramas). En el 50% de los casos reportados en la bibliografía son múltiples².

El infarto esplénico tiene lugar cuando la arteria esplénica, una o varias de sus ramas se ocluyen por un émbolo (infeccioso o no) o por un coágulo. 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 a³:

- Estados de hipercoagulabilidad (neoplasias, síndrome antifosfolípido).
- Embolia (fibrilación auricular, foramen oval permeable, ateromatosis, endocarditis infecciosa).
- Síndrome mieloproliferativo con esplenomegalia subyacente.
- Hemoglobinopatías: en especial la anemia falciforme.
- Grandes esplenomegalias (Gaucher, linfoma).
- Traumatismo esplénico.
- Torsión de la arteria esplénica: en el síndrome del bazo errante.
- Rotura esplénica como complicación poco frecuente de la mononucleosis infecciosa.

Se ha observado que en algunas formas clínicas crónicas de fiebre Q existe un aumento de anticuerpos antifosfolípido, en especial anticuerpos anticardiolipina, los cuales se han relacionado con glomerulonefritis mesangioproliferativa o progresión a endocarditis⁴.

El caso clínico que presentamos, forma parte de las pocas rarezas que se han descrito en la literatura médica sobre infartos esplénicos que aparecen en el transcurso de la fase aguda de la fiebre Q⁵. La etiopatogenia de este tipo de infartos se ha relacionado con la presencia de niveles elevados de anticuerpos antifosfolípido^{6,7}.

El tratamiento de elección del infarto esplénico depende de la etiología y normalmente es conservador. La esplenectomía solamente está justificada por la aparición de complicaciones como el absceso esplénico, la rotura de bazo, el hemoperitoneo o la persistencia del dolor⁸.

La ecografía puede estar justificada e indicada en el diagnóstico sindrómico del dolor abdominal en atención primaria. Además de ser inocua, complementa a la anamnesis y la exploración física en la detección precoz de causas graves de dolor abdominal. Esto a su vez permite derivar con mayor certeza diagnóstica y celeridad al segundo nivel cuando se precise o esté indicada otra técnica de imagen con más definición como la TAC, la RMN o cuando la ecografía no sea concluyente⁹.

Con la reciente introducción de la ecografía en la cartera de servicios de muchos centros de atención primaria y el adiestramiento de los médicos de familia en esta técnica, sin duda, se ha incrementado la capacidad diagnóstica de estos centros, hecho que en determinados escenarios clínicos sería imposible de alcanzar en ausencia de este recurso. La formación continuada y un entrenamiento mantenido por parte de los médicos de familia son imprescindibles para que la ecografía que se realice sea de calidad, como así se describe en numerosas publicaciones sobre ecografía en atención primaria¹⁰.

En el caso descrito, el paciente se ha beneficiado del hecho de disponer de un ecógrafo en el centro de salud. La imagen ecográfica de infarto esplénico, permitió con celeridad la remisión del caso al hospital para su confirmación y posterior estudio etiológico.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

No existen fuentes de financiación.

Bibliografía

1. Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. Diagnóstico por Ecografía. 3.ª edición Madrid: Marbán; 2006.
2. Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS, Johnson JM. Ecografía. Madrid: Editorial Marbán; 2005.
3. Schrier SL. Approach to the adult patient with splenomegaly and other splenic disorders. En: UpToDate, Post TW (ed), UpToDate, Mentzer WC [consultado 17 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-splenomegaly-and-other-splenic-disorders>.
4. Raoult D. Clinical manifestation and diagnosis of Q fever. En: UpToDate. Post TW (ed) UpToDate Sexton DJ [consultado 19 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-q-fever>.
5. Fariñas MT, Collado CM. Infección por *Coxiella burnetii* fiebre Q. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28 Supl 1: S29–32.

6. Newcombe JP, Gray PE, Palasanthiran P, Snelling TL. Q fever with transient antiphospholipid antibodies associated with cholecystitis and splenic infarction. *Pediatr Infect Dis J*. 2013;32:415–6.
7. Turtle CJ, Coyle LA, Kotsiou G. Q-fever associated with splenic infarction and an anti-cardiolipin antibody. *Aust N Z J Med*. 1999;29:755–6.
8. Fatjó F, Ramos J, Culla A, Grau JM. Infartos esplénicos: una causa poco común de síndrome febril. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:357–8.
9. Roca R, Díaz Sánchez S. Utilización de la ecografía en atención primaria. *Medicos de Familia. Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria*. 2012;14:28–30.
10. Díaz N. La ecografía en Atención Primaria. *Semergen*. 2002;28:376–84.

A. Calvo Cebrián* y C. Prieto Zancudo

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Galapagar, Dirección Asistencial Noroeste (DANO), Atención Primaria, Galapagar, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acalceb@gmail.com
(A. Calvo Cebrián).