

DOCTOR, EN LA ÚLTIMA SEMANA ME DA MUCHO FLATO DOCTOR, IN THE LAST WEEK I GET A LOT OF FLATUS

AUTORES

Lorena Vallejo Puntero¹, Celia Molero de Ávila Martín Maestro², Francisco José Román Pérez³, Elena Pérez Guerra⁴

¹ Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara (Toledo); lore9_10_11@hotmail.com

² Residente de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara (Toledo); celiamolero@hotmail.com

³ Médico de Familia titular. Centro de Salud Santa Bárbara (Toledo); fjroman72@hotmail.com

⁴ Médico de Familia titular. Centro de Salud de Sonseca (Toledo); epguerra@sescam.jccm.es

Autora de correspondencia: Lorena Vallejo Puntero. Email: lore9_10_11@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Varón de 77 años, fumador, con antecedentes personales de asma extrínseco y síndrome prostático. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acudió a urgencias del centro de salud refiriendo episodio de dolor abdominal de seis días de evolución, que inicialmente se localizó en hipogastrio, irradiándose posteriormente a hipocondrio izquierdo. Presentó alteración del ritmo deposicional, pasando del hábito estreñido a deposiciones diarreicas hace cuatro días. Ventoseo normal. Negó modificaciones de su dieta habitual. No presentó vómitos. Asoció pico febril de 38.5°C. Sensación de mareo tipo inestabilidad. No presentó dolor torácico ni disnea.

Durante la exploración, se objetivó tensión arterial de 152/92 mmHg, frecuencia cardíaca 94 lpm y saturación de oxígeno 98%. Afebril. Palidez cutánea. La auscultación cardíaca fue rítmica y la auscultación pulmonar no presentó ruidos sobreañadidos. El abdomen fue globuloso y doloroso a la palpación a nivel de hipocondrio izquierdo, con defensa abdominal de forma generalizada. Ruidos hidroaéreos normales. Exploración neurológica sin focalidad aparente.

Se realizó un electrocardiograma donde únicamente se objetivó un bloqueo completo de rama derecha, previamente conocido. La radiografía de tórax no mostró hallazgos significativos. En radiografía de abdomen se visualizaron abundantes heces en marco cólico, con niveles hidroaéreos de distribución normal, sin signos de obstrucción aguda. En analítica de sangre se descartó la presencia de elevación de reactantes de fase aguda, así como alteraciones en el perfil pancreático y hepático.

Ante la no mejoría clínica del paciente, se decidió su derivación al servicio de Urgencias del Hospital, donde se amplió el estudio con una tomografía axial computarizada (TC) abdominal, que visualizó trombosis aislada de la vena esplénica (y focal de la arteria esplénica) con extenso infarto esplénico secundario (figura 1). Por todo ello, se decidió ingreso del paciente en el servicio de Medicina Interna.

Durante su estancia en planta, permaneció estable hemodinámicamente, salvo cifras de tensión arterial elevadas, para las que se instauró tratamiento. Se realizó un TC abdominal de control cinco días después, que se mantuvo sin grandes cambios respecto al previo, y un ecocardiograma que

mostró insuficiencia mitral ligera. El paciente recibió el alta hospitalaria con pauta de inicio de anticoagulación oral, así como tratamiento antihipertensivo.

Cuatro meses después, se solicitó en las consultas de Medicina Interna un TC toraco-abdomino-pélvico de control, que mostró desaparición completa de los defectos de repleción a nivel de vena esplénica, pequeña hipodensidad en bazo en relación con secuela de infarto previo, y pequeña imagen de repleción en aurícula izquierda compatible con trombo. Se solicitó valoración por parte del servicio de Cardiología, que tras confirmar en ecocardiograma la presencia de lo descrito anteriormente, diagnosticó mediante holter la presencia de fibrilación auricular de reciente diagnóstico, por lo que se decidió continuar con la pauta de anticoagulación pautada previamente y realizar seguimiento por su médico de familia.

DIAGNÓSTICO

Por todo lo descrito anteriormente, el paciente fue diagnosticado de trombosis aislada de la vena esplénica (y focal de la arteria esplénica) con extenso infarto esplénico secundario. Fibrilación auricular. Insuficiencia mitral ligera.

Para realizar un correcto diagnóstico diferencial, tuvimos en cuenta las múltiples patologías que pueden manifestarse como dolor abdominal focalizado principalmente en hipocondrio izquierdo, y que fueron excluidas durante su ingreso hospitalario por las diversas pruebas realizadas al paciente ¹:

1. Pancreatitis
2. Vólvulo gástrico
3. Absceso esplénico
4. Gastritis aguda
5. Úlcera gastroduodenal
6. Tromboembolismo pulmonar
7. Neumonía
8. Cardiopatía isquémica
9. Pielonefritis
10. Cólico nefrítico

CONCLUSIÓN

El dolor abdominal es un importante motivo de consulta en Atención Primaria. Los infartos viscerales deben incluirse en su diagnóstico diferencial, aunque presentan una baja incidencia ². Los infartos esplénicos constituyen una causa rara de dolor abdominal, con una etiología muy variada, siendo las causas cardioembólicas y las secundarias a endocarditis las predominantes en la mayoría de los estudios ³.

En la orientación diagnóstica del cuadro que nos atañe, conviene considerar los antecedentes personales del paciente y realizar una exploración física minuciosa, prestando especial atención en los factores embolígenos y el riesgo cardiovascular del paciente ^{1,3,4}.

La sospecha clínica de embolismo esplénico se confirma con la realización de una prueba de imagen. Se puede emplear la ecografía abdominal, que puede detectar lesiones hipoeoicas triangulares en el bazo, o el TAC abdominal, considerado la prueba de elección, en la que podemos observar el infarto esplénico en forma de áreas hipointensas y periféricas ^{2,5,6}.

El tratamiento se basa en analgesia y anticoagulación, debiendo individualizar cada caso según la repercusión hemodinámica asociada. Los casos que presenten complicaciones tales como abscesos o hemorragias, son candidatos a la esplenectomía quirúrgica ^{2,5,7}.

Creemos muy conveniente la publicación de este caso, puesto que, aunque es una etiología muy infrecuente de dolor abdominal, debemos tenerla en cuenta ya que de su diagnóstico precoz mejora ostensiblemente el pronóstico del paciente.

Figura 1. Hipodensidad esplénica sin captación periférica sugerente de infarto esplénico



Consentimiento informado: Los autores declaran que se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seoane C, Sánchez MG, Moure B, Rodríguez D. Dolor abdominal. En: Vázquez MJ, director. Guía de actuación en urgencias. 5ª edición. Madrid. Panamericana; 2017. 249-58.
2. Maestre M, López G. Dolor abdominal secundario a infarto espleno-renal de origen cardioembólico. Med Gen Fam. 2024; 13(1): 39-41.
3. Badiola J, Ruiz M, Morales G, Parra P, Gallo L, Saucedo I et al. Caracterización de los infartos esplénicos en nuestro medio. Rev Clin Esp. 2013; 213(Espec Congr):1056.
4. Marcos F, Albo I, Árbol F, Viana A, Gómez F, Durán A. Infarto esplénico embólico. An Med Interna. 2003; 20(10): 58-9.
5. Calvo A, Prieto C. Infarto esplénico diagnosticado en el centro de salud... Y resultó ser una fiebre Q. Semergen. 2017; 43(2): e11-e13.
6. Gargantilla P, Arroyo N, Madrigal JF, Aymerich A. Infarto esplénico embólico. Emergencias 2016; 28: 68-9.
7. Rojo J, Anniccherico JL, Alonso JL, Pérez S, Oteiza J, Casas JM. Lesiones esplénicas en medicina interna. 2014; 37(1): 169-76.