



Clínica cotidiana

Dolor abdominal secundario a infarto espleno-renal de origen cardioembólico

Mariola Maestre Martínez, Germán López Larramona*

Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de julio de 2022

Aceptado el 29 de febrero de 2024

On-line el 28 de marzo de 2024

Palabras clave:

Infarto renal

Infarto esplénico

Fibrilación auricular

Keywords:

Renal infarct

Splenic infarct

Atrial fibrillation

R E S U M E N

El dolor abdominal es un importante motivo de consulta en Atención Primaria y en Urgencias. Los infartos viscerales deben incluirse en su diagnóstico diferencial, aunque son una causa poco frecuente. En la orientación diagnóstica se deben valorar los factores embolígenos y de riesgo cardiovascular del paciente.

Presentamos el caso de un paciente con fibrilación auricular no conocida previamente, que consultó por dolor abdominal. Las pruebas de imagen mostraron un infarto espleno-renal de origen cardioembólico.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Abdominal pain secondary to splenic-renal infarction of cardioembolic origin

A B S T R A C T

Abdominal pain is a frequent symptom that prompt medical evaluation in Primary Care and Emergency Services. Splenic infarctions should be included in the differential diagnosis of abdominal pain, though they are an uncommon etiology. Clinical suspicion of splenic infarcts must take into account cardiovascular and embolic risk of the patient.

We present a clinical case of newly-diagnosed atrial fibrillation and acute abdominal pain. Imaging tests showed splenic and renal infarcts of cardioembolic origin.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: germl2003@yahoo.es (G. López Larramona).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.009>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 65 años de edad, con antecedentes de ex-tabaquismo e hipertensión arterial, en tratamiento con losartán (100 mg/día).

Fue intervenido hace 6 meses de una herniorrafia inguinal bilateral; se produjo posterior rechazo de la malla quirúrgica, por lo que se encontraba pendiente del recambio de la misma.

Consulta en Urgencias por segunda vez en los últimos 7 días por un dolor abdominal localizado en el flanco izquierdo, de carácter continuo, irradiado hacia la región dorsolumbar, cuya intensidad va en aumento en las últimas 48 horas. No se asocia fiebre, vómitos ni sintomatología miccional. Una semana antes había sido valorado por el mismo motivo y se realizó una ecografía abdominal, en la que no se observaron alteraciones significativas.

Durante la exploración física el paciente se encuentra consciente, eupneico y correctamente perfundido, con una presión arterial de 165/90 mmHg, frecuencia cardiaca de 65 latidos por minuto y saturación basal de oxígeno mediante pulsioximetría del 98 %. La auscultación cardiaca muestra tonos arrítmicos sin soplos, con auscultación pulmonar normal. En la exploración abdominal presenta un dolor moderado con la palpación del flanco izquierdo, sin distensión abdominal ni palpación de masas y sin signos de irritación peritoneal.

En la analítica destaca hemoglobina 15,7 g/dl (13,5-17,5 g/dl), leucocitos 16.200/ μ l (4.500-11.000/ μ l), neutrófilos 12.000/ μ l (1.500-6.500/ μ l), plaquetas 372.000/ mm^3 (120.000-400.000/ mm^3), creatinina 1,3 mg/dl (0,7-1,2 mg/dl), proteína C reactiva 11,8 mg/dl (0-0,5 mg/dl), GOT 80 UI/L (10-40 UI/L), LDH 528 UI/L (120-250 UI/L); análisis de orina normal.

La radiografía de tórax muestra una silueta cardio-medias-tínica normal y los campos pulmonares sin condensaciones.

En el electrocardiograma se detecta una fibrilación auricular a 78 latidos por minuto, sin alteraciones de la repolarización (figura 1).

Se realiza una tomografía computerizada (TC) abdominal que muestra dos lesiones esplénicas compatibles con infartos; en el riñón izquierdo se observa un infarto extenso y signos de oclusión por embolismo de la arteria renal homolateral (figura 2).

En el ecocardiograma transtorácico se observa una aurícula izquierda ligeramente dilatada, hipocinesia global del ventrículo izquierdo y disfunción moderada de la fracción de eyección (40 %); no hay alteraciones valvulares significativas, ni trombos endocavitarios, ni lesiones endocárdicas.

El resultado de los hemocultivos es negativo.

El paciente recibe tratamiento analgésico y anticoagulante con heparina de bajo peso molecular. Se produce mejoría y posterior desaparición del dolor. Posteriormente se inicia anticoagulación oral y tratamiento con betabloqueantes y sacubitrilo-valsartán.

Comentario

El infarto visceral cardioembólico es una causa poco frecuente de dolor abdominal, que debe ser incluida en el diagnóstico diferencial inicial de dicha entidad.

La sospecha clínica de embolismo esplénico se confirma con la realización de una prueba de imagen. Una vez realizado el diagnóstico, debe considerarse el origen cardioembólico como la causa más frecuente, bien sea por una fibrilación auricular *de novo*, bien por otras causas (miocardiopatías con trombos endocavitarios, valvulopatías o endocarditis infecciosa)¹.

La ecografía abdominal puede detectar lesiones hipoeoicas de morfología triangular en el bazo, pero su sensibilidad es menor para las lesiones renales^{2,3}.

La prueba de referencia es la TC abdominal, en la que el infarto esplénico se observa en forma de áreas hipointensas y periféricas no realizadas con el contraste; el infarto renal aparece como un defecto de perfusión con hipodensidad parenquimatosa total o parcial⁴, tal y como ocurre en este caso.

El tratamiento de los infartos esplénicos y renales es médico: analgesia y anticoagulación. Debe individualizarse en cada caso según sus comorbilidades, el tiempo de evolución, la repercusión hemodinámica y el posible desarrollo de insu-

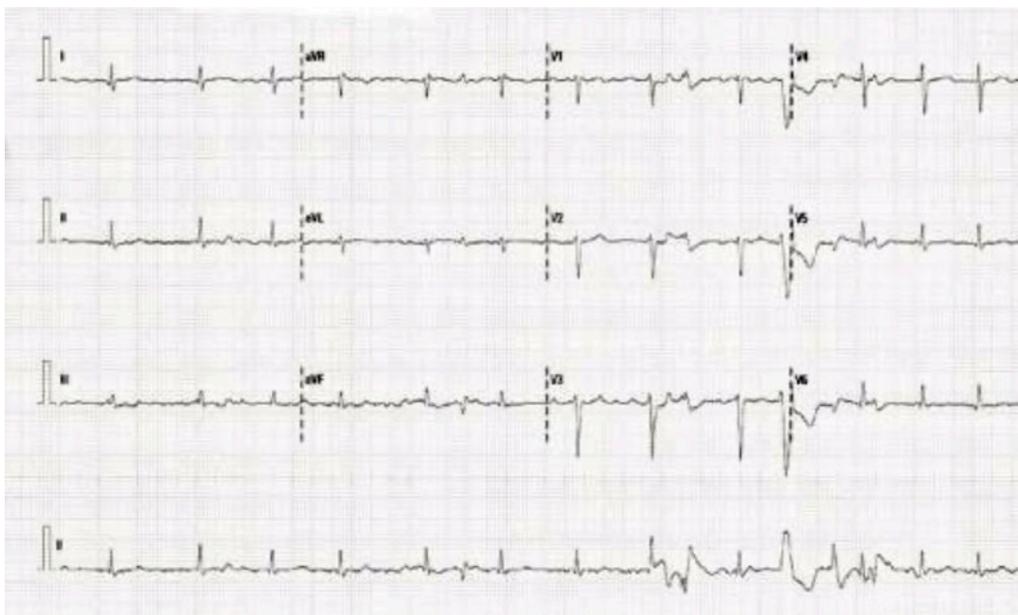


Figura 1 –
Electrocardiograma:
fibrilación auricular con
respuesta ventricular
controlada.

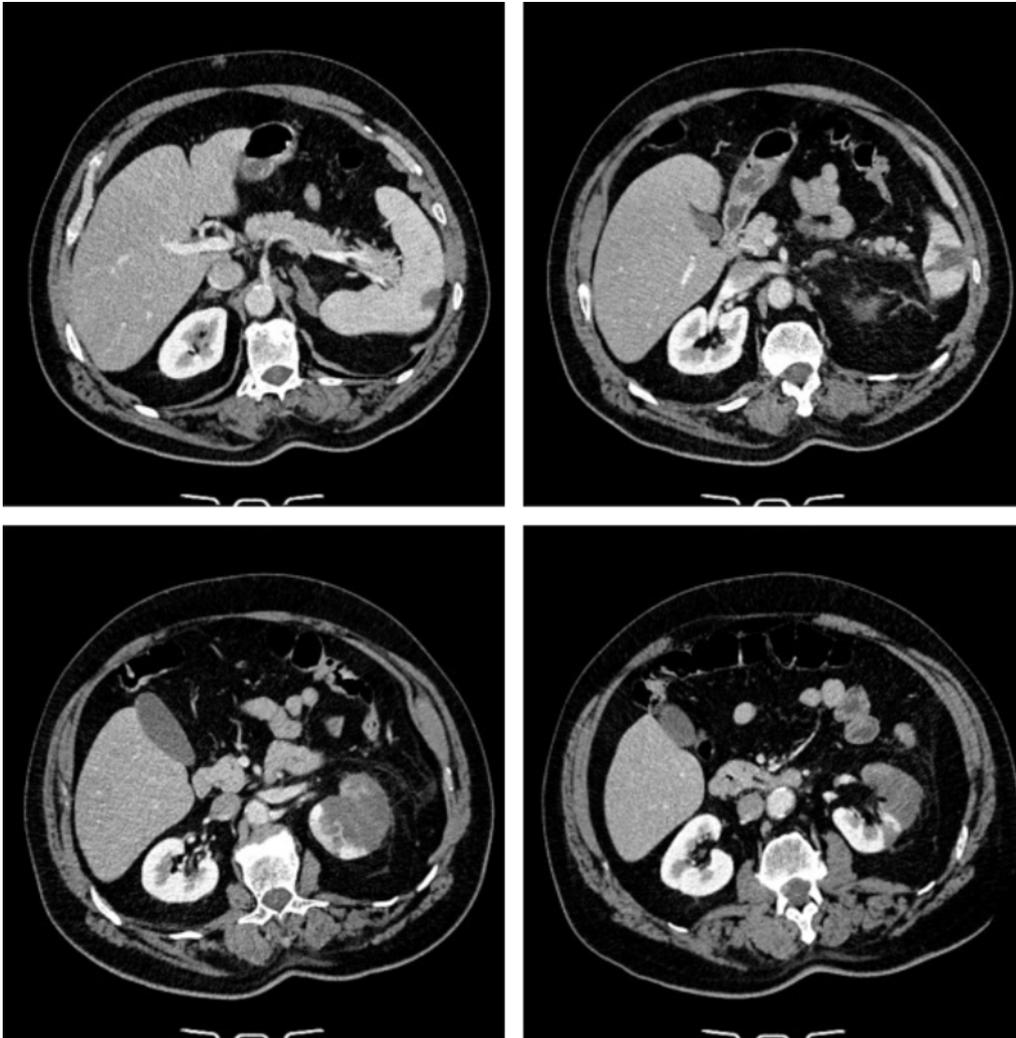


Figura 2 – TC abdominal. En las 2 imágenes superiores se observan dos lesiones hipodensas de morfología triangular en el polo inferior del bazo, compatibles con infarto esplénico. En las imágenes inferiores: hipodensidad extensa por infarto renal izquierdo, que respeta únicamente la región cortical posterior.

ficiencia renal aguda de origen isquémico por hipoperfusión⁵. En el caso del infarto renal puede valorarse el tratamiento fibrinolítico durante las 3 primeras horas de evolución, así como la embolectomía quirúrgica en pacientes monorrenos o con riñón único funcional⁶.

Los infartos esplénicos que cursen con complicaciones (abscesos, pseudoquistes o hemorragias) son subsidiarios de esplenectomía quirúrgica⁷.

En nuestro caso la evolución clínica fue favorable con tratamiento conservador. Con él se pone de manifiesto la necesidad de una anamnesis y una exploración física completas para realizar una correcta orientación diagnóstica en un paciente que presenta un dolor abdominal de varios días de evolución, y en el que se detecta una fibrilación auricular no conocida que supone un factor de riesgo embolígeno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pizzarossa AC, Mérola V. Etiología del infarto renal. Revisión sistemática de 1582 casos de la literatura. *Rev Med Chile*. 2019; 147: 891-900.
2. Nores M, Philips EH, Morgenstem L, Hiatt JR. The clinical spectrum of splenic infarction. *Am Surg*. 1998; 64: 182-8.
3. Fernández Pello S, Rodríguez Villamil L, Fernández I, Pérez Carral JR, Benito P, Díaz B, Cuervo J. Infarto renal derecho, presentación de un nuevo caso. *Arch Esp Urol*. 2012; 65(8): 770-3.
4. Tsai SH, Chu SJ, Chen SJ, Fan YM, Chang WC, Wu CP, et al. Acute renal infarction: a 10-year experience. *Int J Clin Pract*. 2007; 61(1): 62-7.
5. Fort J, Segarra AJ, Camps J, Segarra AL, Gómez J, Roca R, et al. Embolismo de arteria renal como causa de fracaso renal agudo. Diagnóstico, factores pronósticos y tratamiento. *Nefrología*. 1992; 12(Suppl 4): 194-8.
6. Santamaría Marín A, Monroy Gómez C, García-Minguillán Talavera A, Sánchez-Maroto Lozano T. Infarto renal agudo. *Rev Clin Med Fam*. 2013; 6(1): 58-60.
7. Jaroch MT, Broughan TA, Hermann RE. The natural history of splenic infarction. *Surgery*. 1986; 100(4): 743-50.