

## DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Dres. Viviana Iglesias\*, Mariel Sánchez\*, Fernanda Conde\*, Martin Rubio\*\*, Ziomara Balbarrey\*\*\*  
Editora: Dra. Ana M. Fernández Ruiz

### CASO CLINICO

Paciente de 14 años de edad, sexo femenino, con buen crecimiento y desarrollo, vacunas completas. Único antecedente de importancia Sme. de Alport en seguimiento por servicio de Nefrología de este hospital por proteinuria. Comienza 24 horas previas al ingreso con fiebre y dolor abdominal por lo que consulta a un hospital del Gran Bs. As. donde se le realiza diagnóstico de infección urinaria (sedimento urinario: abundantes leucocitos y hemáties). Se medica con cefalexina en forma empírica (sin toma de Urocultivo).

Debido a la persistencia de síntomas con empeoramiento del dolor abdominal se decide su derivación a este hospital.

### Datos positivos al ingreso

Palidez generalizada, dolor abdominal intenso en hemiabdomen izquierdo que se manifiesta en forma espontánea y se exacerba a la palpación tanto superficial como profunda, masa palpable centro abdominal duro elástica, ruidos hidroaéreos negativos, catarsis negativa de 48 horas de evolución, puño-percusión negativa. Signos vitales: FC: 124x', TA: 119/66 mmHg, afebril.

### ■ Con los datos obtenidos, ¿Qué planteos diagnósticos realiza?

- Abdomen agudo: oclusión intestinal (brida, vólvulo, invaginación, duplicación intestinal, infarto mesentérico o de epiplón, hernia interna),

tumor o quiste ovárico sangrante, torsión de anexos, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), pancreatitis aguda, apendicitis aguda y colecistitis aguda.

- Infección urinaria.

### ■ ¿Cómo ampliaría el interrogatorio?

Se indaga sobre antecedentes quirúrgicos, menarca, ritmo menstrual, relaciones sexuales y métodos anticonceptivos. Antecedentes familiares: litiasis biliar.

La paciente tuvo su menarca a los 12 años, actualmente presenta ciclos regulares, FUM 26 días antes. Niega relaciones sexuales y métodos anticonceptivos. No presenta cirugías previas.

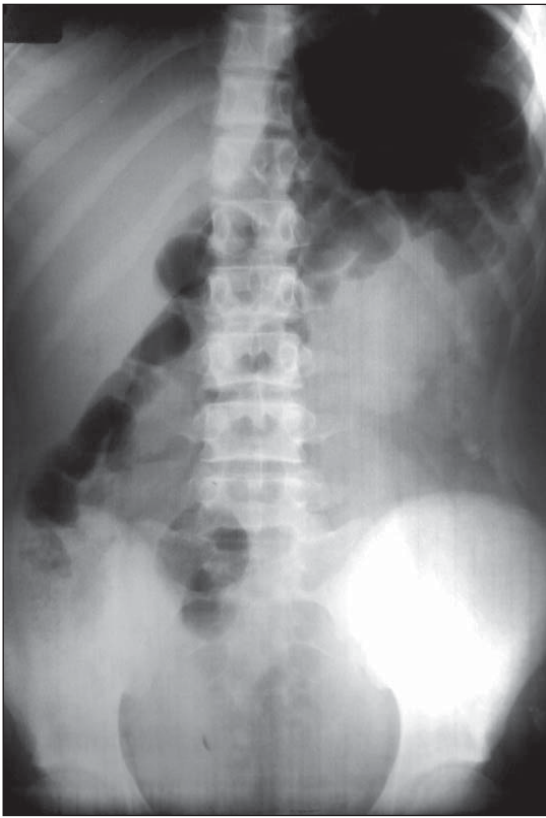
### ■ ¿De acuerdo a los planteos diagnósticos formulados qué estudios solicitaría?

- Laboratorio: Hemograma GB 42.000/mm<sup>3</sup> (92% segmentados, 3% linfocitos, 5% monocitos) HB 12 g/dl, Hto 36%, plaquetas 143000/mm<sup>3</sup>, Na 138 mEq/l, K 4mEq/l, Quick 68%, KPTT 33 seg., amilasa 22 UI/l, lipasa 40 U/l, GOT 24 UI/l, GPT 11 UI/l, urea 32 mg/dl, creatininemia 0.80 mg/dl, EAB pH 7.32, pCO<sub>2</sub> 42 mmHg, Bicarbonato 21.6mm/l, Ex. B -3.5. Subunidad beta de gonadotropina coriónica negativa.
- OC normal. Urocultivo (con tapón vaginal) negativo.
- Radiografía de abdomen de pie: se observa alteración de la distribución del aire intrabdominal con asas de delgado en hipocondrio

\* Servicio de Clínica, \*\* Servicio de Cirugía General,

\*\*\* Servicio de Patología. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

izquierdo, ausencia de sombra esplénica y aumento de la densidad en el flanco izquierdo. (Figura 1).



**Figura 1:** Alteración de la distribución del aire intra-abdominal, hipocondrio izq con asas de delgado y ausencia de sombra esplénica, masa en flanco izq.

### ■ *¿Con estos datos cómo piensa ante los diagnósticos planteados?*

1. *Infección urinaria:* Si bien tuvo dolor abdominal, fiebre y una orina completa con abundantes leucocitos y hematíes, no tiene síntomas de infección urinaria alta ni baja (ausencia de dolor lumbar y de síntomas miccionales). Es importante que la recolección de orina se realice con buena técnica tanto para examen simple como para urocultivo. Recordar que en adolescentes debe realizarse con tapón vaginal para evitar la contaminación con flujo. El diagnóstico de certeza de una infección urinaria se establece con urocultivo, recuento de colonias, tipificación de germen y antibiograma. En un primer momento no se tomó urocultivo y se medicó con ATB. Es importante evitar la administración de ATB antes de la toma de urocultivo.

Ante urocultivo negativo queda descartada esta etiología.

Por otro lado, la paciente es seguida por Sme. Alport que se presenta con hematuria y la misma puede ser intermitente. También puede presentar proteinuria pero no leucocituria y puede progresar a enfermedad renal terminal. El cuadro actual no se relaciona con el Sme. de Alport.

2. *Abdomen agudo:* por tener dolor a la compresión superficial y profunda, ausencia de RHA y catarsis negativa, se puede pensar en causas de oclusión intestinal como vólvulo, invaginación (más frecuente en menores de 2 años), infarto mesentérico o de epiplón. En la Rx de abdomen de pie no se ven niveles hidroaéreos, solo mala distribución del aire.

Con respecto a patología ginecológica, puede presentar un tumor ovárico con una complicación como sangrado o torsión. Para pensar en embarazo ectópico y EPI no presenta antecedentes y la subunidad B es negativa.

La apendicitis aguda es una patología muy frecuente pero el dolor suele presentarse en hemiabdomen derecho y no izquierdo como en esta paciente, a veces puede ser centroabdominal. Lo mismo ocurre con la localización del dolor en la colecistitis aguda y tampoco tiene antecedentes de dolor a repetición en hipocondrio derecho. Aunque los datos de laboratorio de leucocitosis con neutrofilia es compatible con ambas.

El tipo de dolor sí puede hacer pensar en pancreatitis aguda, pero con amilasa y, sobre todo con lipasa, séricas normales queda descartado. Por lo repentino del dolor abdominal y la palidez de la paciente, podemos pensar en patología abdominal con sufrimiento vascular (hernias internas, vólvulo intestinal, torsión de órganos).

### ■ *¿Cómo continuaría el plan de estudios?*

- Ecografía abdominal y ginecológica: hígado morfología normal, vesícula de paredes finas y pequeños litos en su interior de aproximadamente 5 mm. Ambos riñones ortotópicos de tamaño y morfología conservada sin dilatación. Vejiga vacía, útero y anexo derecho normal, no se logra visualizar el izquierdo. En hemiabdomen inferior izquierdo se observa bazo aumentado de tamaño. Mínimo líquido libre en cavidad abdominal.
- Ecografía doppler color: sin señal en parénquima esplénico (ligeramente heterogéneo a predominio de polo inferior) y sin señal en hilio esplénico.

Con estos datos se realiza el diagnóstico de bazo ectópico con torsión de pedículo y litiasis vesicular.

Se realiza interconsulta con el Servicio de Cirugía.

### ■ ¿Qué conducta se toma?

Se decide su intervención quirúrgica por abdomen agudo con sospecha de torsión esplénica. Ante la posibilidad de esplenectomía se realizan 2 hemocultivos y se medica con Ceftriaxona 2 gr./día endovenoso.

Parte quirúrgico: por laparotomía se halla bazo único, con torsión, con tres vueltas en hilio, de color negro. Se realiza esplenectomía y colecistectomía.

La anatomía patológica informa:

#### Macroscopía:

- 1) Bazo: pieza de esplenectomía que mide 18 x 13 x 5 cm y pesa 1100 grs. Cápsula lisa y brillante. Al corte tejido blando con tinte rojo vinoso homogéneo.
- 2) Vesícula biliar: de 5 x 2,5 cm, serosa lisa y brillante. Al corte pared de 0,3 cm, presenta abundante líquido biliar y formaciones líticas amarillentas, la mayor de 0,4 cm. Mucosa verdosa aterciopelada.

#### Microscopía:

- 1) Se observa parénquima esplénico que presenta marcada congestión de la pulpa roja con áreas de necrosis y hemorragia e infiltrado de leucocitos PMN. Se distingue depleción de la pulpa blanca y dilatación sinusoidal. (Figuras 2, 3 y 4)
- 2) Pared vesicular que presenta leve infiltrado inflamatorio linfocitario y congestión vascular.

#### Diagnósticos:

- 1) Bazo: infarto esplénico parcial.
- 2) Vesícula biliar: colecistitis crónica y litiasis.

#### Evolución:

Se otorgó el egreso hospitalario al séptimo día postquirúrgico con buena evolución, previamente se indicó el esquema de vacunación antineumocócica y antimeningocócica y la profilaxis con penicilina V.

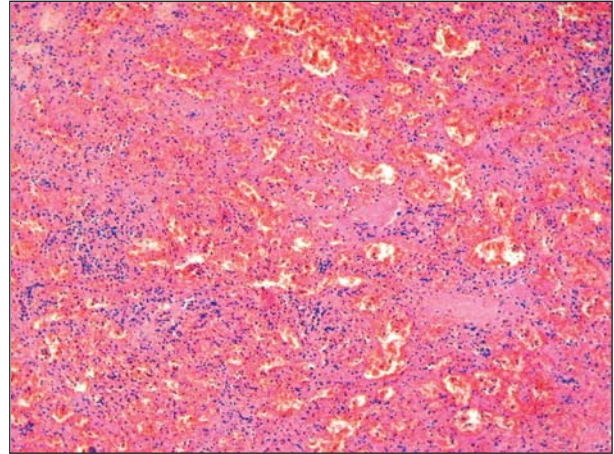


Figura 2: Bazo HE 100 x. Dilatación sinusoidal y congestión.

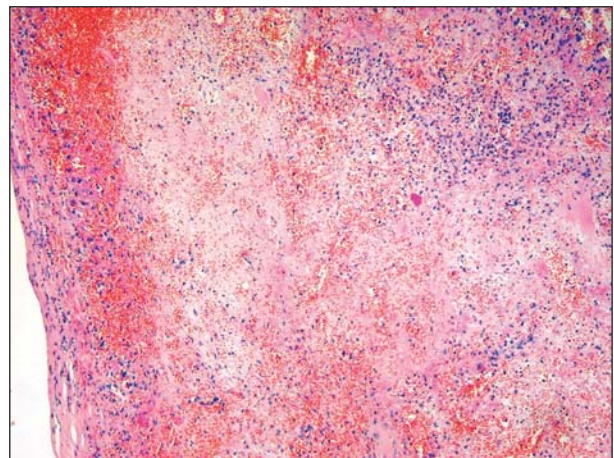


Figura 3: Bazo HE 100 x. Necrosis subcapsular.

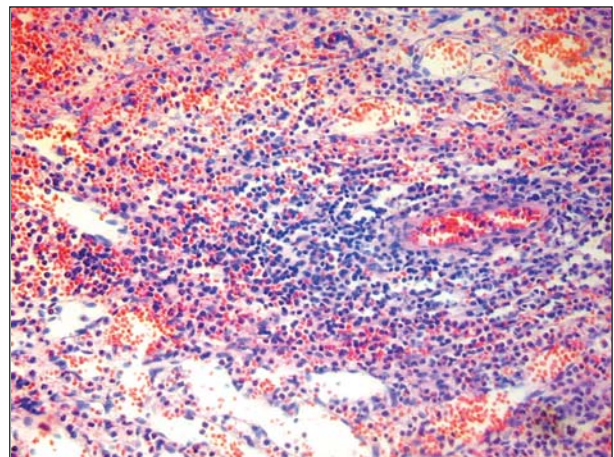


Figura 4: Bazo HE 200 x. Depleción linfoide, dilatación sinusoidal y congestión.

## TORSION ESPLENICA

Cuando un paciente en la edad pediátrica presenta un dolor abdominal agudo o recurrente, es infrecuente considerar como diagnóstico la torsión de un bazo nómade.

La torsión esplénica es una entidad rara, especialmente en la población pediátrica.

El bazo está fijado en su posición normal por dos ligamentos: el gastroesplénico (une la curvatura mayor gástrica con el bazo) y el esplenorrenal (sostiene el bazo a la pared abdominal posterior). Se sujeta al hilio esplénico medialmente y además se adhiere al diafragma por el ligamento frenocólico.

El síndrome de torsión se produce cuando el bazo no tiene sus medios de fijación habituales y tiene solo un lugar de apoyo que es su pedículo vascular, en consecuencia presenta aumento de la movilidad que predispone a la rotación del órgano sobre su eje.

La ausencia del bazo en su posición habitual es un hallazgo característico en las imágenes de pacientes con torsión esplénica.

Un bazo errante resultado de la hipermovilidad del bazo puede ser congénito o adquirido:

- Congénito: se caracteriza por la ausencia o la falta de desarrollo de uno u ambos ligamentos.
- Adquirido: causado por condiciones que debilitan dichos ligamentos como efecto hormonal, embarazo y laxitud de la pared abdominal.

Ambas condiciones (tanto la congénita como la adquirida) da lugar a un pedículo largo que contiene los vasos esplénicos y a menudo la cola del páncreas.

El pedículo largo hace al bazo hipermóvil y predispone a su torsión. La torsión del pedículo esplénico es una complicación muy poco común; existe un reporte de 0,3% en 1.413 esplenectomías.

Los niños constituyen un tercio de todos los casos, con los niños y niñas menores de 10 años afectados por igual.

La presentación clínica varía en relación al grado de rotación de los vasos.

Las formas de presentación clínica pueden ser:

- Dolor abdominal agudo: cuando el órgano sufre una torsión.
- Dolor abdominal recurrente: cuando hace crisis de torsión parcial.
- Masa palpable centro-abdominal: que es muy movable.
- Masa pélvica: con síntomas urinarios por compresión.
- Asintomática: por un hallazgo ante un estudio diagnóstico con celda esplénica vacía.

La torsión habitualmente ocurre en el sentido de las agujas del reloj, produciendo congestión vascular, infarto y necrosis esplénica.

En la intermitente, se produce congestión venosa con esplenomegalia secundaria.

La torsión puede ser desencadenada por algunos movimientos como cambios en la presión intrabdominal durante la respiración, distensión o peristalsis de los órganos adyacentes.

El espectro de la sintomatología puede incluir dolores abdominales vagos y crónicos, dolores intermitentes de mayor intensidad o cuadro de abdomen agudo con infarto y efecto de masa en los órganos adyacentes. El dolor, causado por isquemia y distensión capsular, puede acompañarse de náuseas, vómitos y fiebre.

Las complicaciones de la torsión esplénica incluyen: infarto, gangrena, abscesos esplénicos, hemorragias y necrosis pancreática.

Los métodos imagenológicos son de gran utilidad.

El diagnóstico de torsión esplénica puede confirmarse con los siguientes estudios:

- Radiología simple de abdomen: puede demostrar presencia de una masa en flanco izquierdo o centro abdominal, asociada a ausencia de la sombra esplénica en hipocondrio izquierdo, que se observa ocupado por gas intestinal.
- Ecografía abdominal: además de determinar su situación anormal, demuestra con frecuencia esplenomegalia con ecoestructura homogénea o heterogénea (infarto y congestión), dependiendo del grado de torsión. Otros hallazgos incluyen ascitis y ecoestructura heterogénea en la cola de páncreas.
- Ecografía doppler color: muestra una disminución de la perfusión esplénica y aumento del índice de resistencia.
- Tomografía Computada de abdomen con contraste endovenoso: en los casos de torsión e infarto, ofrece información importante relativa a la posición de la torsión y la viabilidad del parénquima esplénico, permite demostrar una disposición en espiral de los vasos del hilio esplénico

y ausencia de realce del parénquima después de la administración del contraste endovenoso. El contraste provee información crucial sobre la viabilidad del bazo. La captación parcial o la no captación del contraste en el bazo indican infarto parcial o total.

- Tomografía Computada helicoidal multicorte: permite además efectuar reconstrucciones angiográficas.

La esplenectomía está indicada cuando el bazo sufre una torsión asociada con infarto. Las complicaciones reportadas de una torsión aguda consisten en: gangrena, formación de absceso, peritonitis local y necrosis de la cola pancreática.

Cuando un paciente concurre con un dolor abdominal agudo la torsión esplénica debe tenerse en cuenta entre los diagnósticos diferenciales, más aún si presenta masa abdominal sin bazo palpable en hipocondrio izquierdo y con antecedentes de dolor abdominal recurrente.

Frente a la sospecha de torsión esplénica, la ultrasonografía es el método de elección para diagnosticar la ubicación del bazo, evaluar la vascularización y viabilidad del mismo, así como también la presencia de otras complicaciones asociadas.

Cuando la torsión es intermitente se realiza tratamiento conservador con fijación del bazo en la celda esplénica (esplenopexia).

El bazo nómada es altamente sugestivo cuando hay ausencia de bazo en su posición normal y se ve una masa en hemiabdomen izquierdo o pelvis.

#### **LECTURA RECOMENDADA**

- Heinen F, Moguillansky S y de Sarasqueta P. Bazo nómada. Medicina Infantil. 1994; I (5): 286 – 289.
- Peitgen K, Schweden K. Management of intermittent Spleen torsion. Eur. J Surg. 1995; 161 (1): 49-52.
- El Kik S, Zlotogora A, Cáceres E y Prieto F. Dolor abdominal agudo. Medicina Infantil 1997; IV: 151-160.
- Raissaki M, Prassopoulos P, Daskalogiannaki M, Magkanas E. Acute abdomen due to torsion of wandering spleen: CT diagnosis. Eur Radiol. 1998; 8:1409-1412.
- Fernández Fernández JA Dolor abdominal agudo en niña de 10 años. An Esp Pediatr. 2001; 55: 169-170.
- Vazquez Merayo EJ, Rodríguez Castillo R, Sandin Hernández N et al. Bazo ectópico. Reporte de un paciente pediátrico al cual se le realizó esplenopexia. Rev Cubana Pediatr. 2003; 75 (2).
- Ben Ely A., Zissin R, Copel L, Vasserman M et al. The wandering spleen: CT findings and possible pitfalls in diagnosis. Clinical Radiology. 2006; 61: 954-958.
- Cuervo JL, Cohen S, Freigeiro D y Lipsich J. Bazo Nómada. Presentación de un caso clínico. Arch Argent Pediatr. 2007; 105(2):146-150.