

Dolor abdominal en la infancia: diagnóstico diferencial y presentación de un caso poco frecuente

Sabeleko mina haurtzaroan: diagnostiko diferentziala eta kasu ezhoiko baten aurkezpena

L.C. Ugarte Mugarza, U. Izpura Bueno, M. Mendizabal Diez, R. Bernado Fonz

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra - Nafarroako Unibertsitate Ospitalea-Pamplona - Iruña

LABURPENA

Sarrera: Sabeleko min akutua, pediatriako kontsulta arrazoï ohikoa izaten da eta mina ezkerreko hipokondrioan izatean barearen erasana kontuan izan behar dugu, infartu esplenikoa barne.

Kasu klinikoa: Sabel ekografia egitean bare hausturaren susmoa izateagatik, ambulanzian ospitalera ekarritako lau urteko haurra. Lau eguneko sabeleko mina zeukan, ezkerrean zehazki eta gorakoak ere izan zituen. Esplorazio fisikoan, distentsio abdominala nabarmentzen zen, ezkerreko hipokondrioan ukitzean defentsa egiten zuen eta esplenomegalia ere sumatu zitekeen. Analitikan anemia, leukozitosis eta fibrinogeno, dímero-D, PCR eta PCTaren igoera zuen. Ondoren, ordenagailu bidezko tomografía abdominala egin zen kontrastea erabiliz. Bertan, pedikulu esplenikoaren tortsioak eragindako infartu espleniko masiboa eta arearen buztanaren trakzioa antzeman ziren. Hori ikustean, laparotomia esploratzailea egin zen eta azkenean esplenektomia egitea erabaki zen, haurraren bilakaera ona izanik.

Eztabaida: Ez da ohikoa sabeleko minaren zergatia bare alderrai baten tortsioa izatea, baina mina ezker hipokondrioan aurkitzen denean kontuan izan behar dugu aukera hau. Izan ere, esplenektomia izan daiteke diagnostikoa berandu egitearen ondorioa.

HITZ GAKOAK: Sabeleko mina; Ezker hipokondrioa; Area; Infartu esplenikoa; Esplenomegalia.

RESUMEN

Introducción: El dolor abdominal agudo es un motivo de consulta muy frecuente en pediatría y en el dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, hay que tener en cuenta la afectación del bazo, incluyendo un infarto esplénico.

Observación clínica: Niña de 4 años que es trasladada por sospecha de rotura esplénica diagnosticado por ecografía. Presenta dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de cuatro días de evolución y vómitos. A la exploración destaca abdomen distendido, dolor con defensa a la palpación en hipocondrio izquierdo y esplenomegalia. En analítica sanguínea se obje-

tiva anemia, leucocitosis, fibrinógeno, dímero-D y reactantes de fase aguda elevados. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste intravenoso identificando infarto esplénico masivo secundario a torsión del pedículo esplénico que tracciona cola del páncreas. Ante estos hallazgos se realiza laparotomía exploradora y se decide realizar esplenectomía, que evoluciona favorablemente.

Discusión: La torsión aguda del bazo errante es una causa poco frecuente de abdomen agudo, aunque hay que tener presente la afectación del bazo cuando el dolor se localiza en hipocondrio izquierdo. La identificación tardía obliga a la esplenectomía debido al infarto esplénico.

Palabras clave: Dolor abdominal; Hipocondrio izquierdo; Bazo; Infarto esplénico; Esplenomegalia.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo es un motivo de consulta muy frecuente en los Servicios de Urgencias de Pediatría y en la mayoría de los casos se debe a procesos benignos, requiriendo solo en el 1-2% de casos una intervención quirúrgica⁽¹⁾. En el dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, hay que tener en cuenta la afectación del bazo y aunque el infarto esplénico sea una entidad infrecuente en la edad pediátrica, hay que tenerlo presente ya que este es el síntoma más común^(2,4).

Su presentación clínica es variable, desde una forma asintomática hasta un dolor abdominal en el hipocondrio izquierdo, asociando o no fiebre, vómitos y esplenomegalia. Los principales factores de riesgo del infarto esplénico son la esplenomegalia, la presencia de émbolos sépticos o de origen cardíaco, la drepanocitosis o estados protrombóticos. La esplenomegalia es un hallazgo principalmente secundario a enfermedades hematológicas, oncológicas o infecciosas de base y es excepcional que el origen sea un infarto esplénico, lo que dificulta su diagnóstico⁽³⁾.

Además, se deben descartar alteraciones anatómicas como la presencia de un bazo errante. Un bazo errante aumenta el riesgo de infarto

esplénico debido al riesgo de torsión del pedículo esplénico y también puede estar asociado con enfermedades como Ehlers-Danlos, debido a la mayor elasticidad del tejido conectivo⁽⁴⁾.

Presentamos un caso de una niña que presenta un infarto esplénico masivo, secundario a torsión del pedículo esplénico que tracciona la cola del páncreas y se analizan las dificultades del diagnóstico y su manejo.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 4 años sin antecedentes de interés que es trasladada en ambulancia medicalizada desde un hospital comarcal por sospecha de rotura esplénica diagnosticada por ecografía. Presentaba cuadro de dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de cuatro días de evolución y vómitos, sin asociar fiebre ni otros signos de infección y no había sufrido ningún traumatismo en los días previos.

Se encuentra con buen estado general y en la exploración física destaca un abdomen distendido presentando dolor con defensa en hipocondrio izquierdo a la palpación y moderada esplenomegalia. En la analítica sanguínea destaca anemia con una hemoglobina de 9,5 g/dl, leucocitosis de $13.800 \times 10^6/L$, discreta coagulopatía con elevación de fibrinógeno (888 mg/dl) y dímero-D (2.883 ng/ml) y reactantes de fase aguda elevados (PCT 0,74 ng/ml y PCR 101,9 ng/dl). Dada la sospecha de rotura esplénica por ecografía se decide realizar tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste intravenoso donde se identifica un infarto esplénico masivo secundario a torsión vascular a nivel de hilio esplénico que tracciona la cola del páncreas.

Ante estos hallazgos se realiza laparotomía exploradora donde se aprecia bazo completamente isquémico con ausencia de fijaciones peritoneales (bazo errante) con torsión de su pedículo vascular por lo que se realiza esplenectomía terapéutica. Tras la intervención es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría para vigilancia y monitorización donde evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN

En pediatría la causa médica más frecuente de dolor abdominal agudo es la gastroenteritis y la causa quirúrgica más frecuente, la apendicitis aguda en el niño mayor y la invaginación en el lactante⁽¹⁾. Aunque la mayoría de los casos de dolor abdominal en niños son secundarios a procesos banales es primordial diagnosticar patologías potencialmente graves que requieran un tratamiento urgente. No obstante, hay que tener presente la afectación del bazo cuando el dolor se localiza en hipocondrio izquierdo.

En el estudio del bazo la ecografía es la técnica de elección, ya que aporta datos de gran valor, resultando diagnóstica en la esplenomegalia y en los traumatismos esplénicos⁽⁵⁾. Sin embargo, para determinar la posición esplénica, signos sugestivos de torsión y la afectación del parénquima, la TC con contraste es la prueba de imagen con mayor valor diagnóstico.

El bazo errante o *wandering spleen* es un fenómeno poco frecuente en pediatría que se caracteriza por la ausencia o hiperlaxitud de los ligamentos de fijación esplénicos que alarga el pedículo vascular y que favorece la

volvulación del eje vascular. Su etiología puede ser congénita o adquirida por hiperlaxitud secundaria a factores hormonales, como en el embarazo o a causa de una esplenomegalia⁽⁶⁾. La torsión aguda del bazo errante es una causa poco frecuente de abdomen agudo, lo que dificulta su diagnóstico y puede retrasar el tratamiento. Su tratamiento varía desde la observación hasta la esplenectomía. Cuando el diagnóstico es precoz, al ser el bazo viable, requiere destorsión y esplenopexia pero la identificación tardía obliga a la esplenectomía debido al infarto esplénico⁽⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz-Santanach D, Luaces Cubells C. Dolor Abdominal Agudo. *Pediatr Integral*. 2019; 23(1): 15-24.
2. Antopolsky M, Hiller N, Salameh S, Goldshtein B, R. Stalnikowicz. Splenic infarction: 10 years of experience. *Am J Emerg Med*. 2009; 27(3): 262-5.
3. Rivera Fernández Galán B, González Llano O, Martínez Longoria CA, Rangel Fuentes MM. Infarto esplénico masivo en un paciente pediátrico sin factores predisponentes. *Arch Argent Pediatr*. 2019; 117(4): e387-92.
4. Shimshoni D, Vandillen C. Rare Cause of Abdominal Pain in an Adolescent Patient: Splenic Infarction in Absence of Causative Underlying Hematologic Disorder. *Cureus*. 2020; 12(7): e9176.
5. Salcedo Joven I, Segura-Grau A, Díaz Rodríguez N, Segura-Cabral JM. Ecografía de bazo y retroperitoneo. *Semergen*. 2016; 42(6): 395-401.
6. Maldonado Diego M, López Richard C. Bazo errante torcido: Presentación de dos casos. *Rev Chil Pediatr*. 2006; 77(4): 388-91.
7. Zúñiga S, Soto G, Ronco R, Abarca K, García C. Bazo errante complicado: el caso de un lactante de 13 meses. *Rev Chil Cir*. 2002; 54: 396-400.