Avances en Biomedicina
Publicación Oficial del Instituto de Inmunología Clínica
Mérida-Venezuela
Volumen 15(1), Enero-Junio, p 136-140
Copyright: © ULA 2026
Depósito Legal: PPI201102ME3935
ISSN: 2477-9369
PII: S2477-9369(26)15020-CC

Infarto esplénico masivo espontáneo

(Spontaneous massive splenic infarction)

Eduardo Reyna-Villasmil[1]

[1] Servicio de Investigación y Desarrollo. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo. Venezuela.

Recibido: 8 de Diciembre 2022
Aceptado: 15 de Febrero 2026.
Publicado online: 01 de Abril 2026.

[CASO CLINICO]

PII: S2477-9369(26)15020-CC

Resumen(español)

El infarto esplénico masivo es una entidad rara relacionada con una amplia gama de etiologías subyacentes, con sólo unos pocos casos documentados. Entre las causas están trastornos hematológicos, coagulopatías, infecciones y embolización; en raros casos, el infarto es espontáneo. Se presenta un caso de infarto esplénico masivo espontáneo en una paciente femenina de 48 años que presentó dolor abdominal difuso acompañado de náuseas y escalofríos. La exploración abdominal mostró sensibilidad abdominal difusa con dolor a la palpación localizada en el cuadrante superior izquierdo con signos de defensa, pero sin sensibilidad de rebote. La ecografía mostró un bazo hipodenso y la tomografía computada abdominopélvica mostró bazo agrandado sin evidencia de perfusión. Las imágenes de baja captación de contraste eran consistentes con un infarto esplénico masivo. Fue tratada de forma conservadora sin complicaciones. El infarto esplénico masivo suele ser secundario a un compromiso del flujo sanguíneo del bazo. Cuando se identifica esta condición, es necesario buscar rápidamente la causa subyacente para evitar consecuencias letales. La tomografía computarizada con contraste es la modalidad de diagnóstico estándar. No existe un tratamiento específico, pero la mayoría de los casos pueden tratarse de forma conservadora con la identificación y el tratamiento de la etiología subyacente. La esplenectomía se reserva para los casos con dolor abdominal refractario o complicaciones..

Palabras clave(español)

Infarto esplénico masivo espontáneo; Diagnóstico; Tratamiento.

Abstract(english)

Massive splenic infarction is a rare entity related to a wide range of underlying etiologies, with only a few documented cases. Among the causes are hematologic disorders, coagulopathies, infections, and embolization; in rare cases, the infarction is spontaneous. We present a case of spontaneous massive splenic infarction in a 48-year-old female patient who presented with diffuse abdominal pain accompanied by nausea and chills. Abdominal examination showed diffuse abdominal tenderness with pain on palpation located in the left upper quadrant with signs of defense, but without rebound tenderness. Ultrasound imaging showed a hypodense spleen, and an abdominal-pelvic computed tomography showed an enlarged spleen with no evidence of perfusion. Images of low-contrast uptake were consistent with massive splenic infarction. She was treated conservatively and without complications. Massive splenic infarction is usually secondary to compromised spleen blood flow. When this condition is identified, a prompt search for the underlying cause is necessary to avoid lethal consequences. Contrast-enhanced computed tomography is the standard diagnostic modality. There is no specific treatment,

✉ **Autor de correspondencia:** Eduardo Reyna-Villasmil. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en metodología de la investigación. Servicio de Investigación y Desarrollo. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo. VENEZUELA. Correo: sippenbauch@gmail.com

but most cases can be treated conservatively with identification and treatment of the underlying etiology. Splenectomy is reserved for cases with refractory abdominal pain or complications.

Keywords(english)

Spontaneous massive splenic infarction; Diagnosis; Treatment.

Introducción

El infarto esplénico masivo espontáneo es una condición poco frecuente con sintomatología variable y dependiente de la etiología. Está caracterizado por oclusión vascular, isquemia parenquimatosa y necrosis tisular esplénica (1). Las causas principales son coagulopatías, estados de hipercoagulabilidad, sarcoidosis, neoplasias hematológicas y anemia de células falciformes. Solo existen unos pocos casos que aparecen de forma espontánea sin asociaciones a otras condiciones patológicas (2). Este diagnóstico debe considerarse entre los posibles diagnósticos diferenciales en los pacientes con dolor abdominal (3). Los casos deben ser tratados en forma conservadora con medidas de soporte para lograr la preservación del bazo. La cirugía está indicada solo en aquellos pacientes que presentan complicaciones o persistencia de los síntomas (4). Se presenta un caso de infarto esplénico masivo espontáneo.

Caso clínico

Se trata de paciente femenino de 48 años, quien asistió a la emergencia por presentar dolor abdominal difuso en cuadrante abdominal superior izquierdo, de inicio repentino y creciente, de moderada - fuerte intensidad, el cual se irradiaba al epigastrio y al hombro izquierdo, de aproximadamente 30 horas de evolución, acompañado de náuseas y escalofríos. La paciente refería antecedentes de hipertensión arterial crónica diagnosticada hacía 5 años tratada y bajo control regular y hemorragia gastrointestinal superior hacía 2 años, que remitió de forma espontánea, sin tratamiento. Negaba hábito tabáquico, consumo de alcohol o drogas ilícitas, tos, disnea, pérdida de peso, cambio de hábitos intestinales recientes, melena, hematoquecia, hematemesis o síntomas urinarios ni antecedentes familiares de importancia.

Durante el ingreso el paciente estaba en regulares condiciones generales, ligeramente febril (37,9° C) y con palidez cutáneo-mucosa. La exploración física reveló frecuencia cardiaca de 86 latidos por minuto, presión arterial de 145/75 mm de Hg, frecuencia respiratoria de 19 respiraciones/minuto y saturación de oxígeno de 96% mientras respiraba aire ambiente. El examen abdominal mostraba sensibilidad abdominal difusa con dolor a la palpación localizado en el cuadrante superior izquierdo con signos de defensa, pero sin sensibilidad de rebote. El bazo estaba aumentado de tamaño y sensible a la palpación. No había evidencia de linfadenopatías cervicales, supraclavicular, axilar o inguinal, ni hematomas o hemorragias. El resto del examen físico estaba dentro de límites normales.

Las pruebas de laboratorio mostraron valores de hemoglobina de 10,5 gr/L, hematocrito 31%, cuenta blanca de 12.600/mL, contaje de plaquetas de 252.000 x ml, proteína C reactiva de 29 mg/L (valor normal menor de 8 mg/L), velocidad de sedimentación globular 95 mm/hora (valor normal, 20 mm/hora), dímero D 954 ng/mL (valor normal menor de 500 ng/mL), aspartatoaminotransaminasa 41 UI/L (valor normal (menor de 40 UI/L) y lactato deshidrogenasa de 530 UI/L (valor normal de 250 UI/L). Los resultados de las pruebas de coagulación, glucemia, resto de las pruebas de funcionalismo hepático, examen de orina, electrolitos y pruebas de función renal estaban dentro de límites normales. Los estudios serológicos para hipercoagulabilidad, enfermedades infecciosas, mieloproliferativas, neoplásicas y autoinmunes fueron negativos. El electrocardiograma y la radiografía de tórax también estaban dentro de límites normales.

Las imágenes ecográficas mostraron bazo hipodenso que medía 14 centímetros, con hígado normal y sin alteraciones de los conductos biliares intra- y extra-hepáticos. La tomografía abdominopélvica mostró bazo aumentado de tamaño, sin evidencia de perfusión, ni signos de hemorragia o ruptura. No se observó dilatación del conducto cístico ni de las vías biliares intrahepática. La tomografía con contraste reveló defectos de llenado del tronco celíaco, arteria hepática común y parte de la arteria esplénica. Las imágenes de baja captación de contraste eran consistentes con infarto esplénico masivo, probablemente secundario a la oclusión de la arteria esplénica. Tanto la esofagogastroduodenoscopia como la colonoscopia, para evaluar la presencia de fuentes de hemorragia o neoplasias, fueron normales.

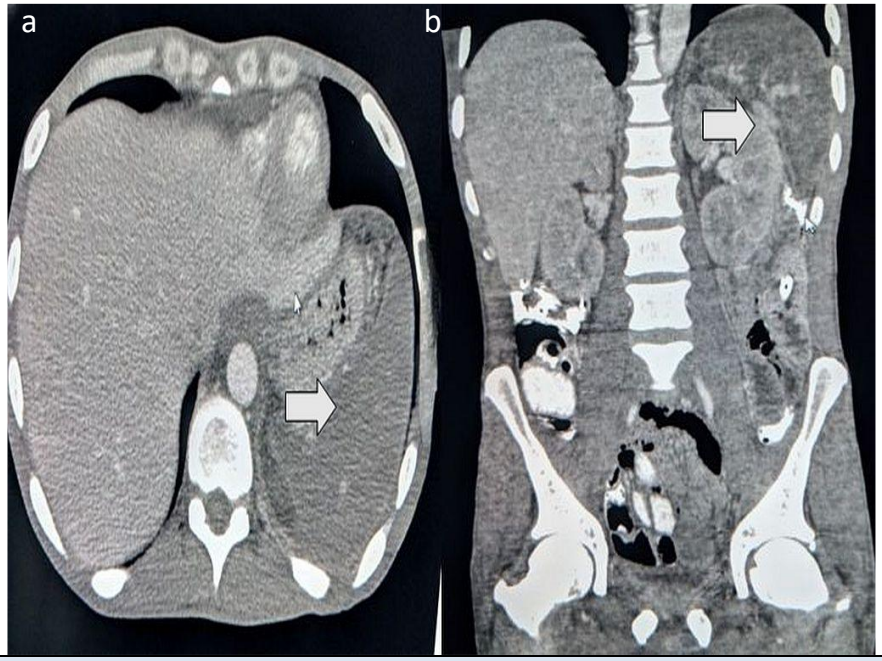


Figura 1. Imágenes 1a) coronales y **1b)** axiales de tomografía computarizada de abdominopélvica que muestra infarto esplénico masivo caracterizado por bazo hipodenso en forma difusa (flecha).

Debido a que la paciente estaba hemodinámicamente estable y a los hallazgos de imágenes, se decidió realizar tratamiento conservador, con observación, administración de líquidos endovenosos y analgésicos. Los cultivos de orina y sangre no mostraron crecimientos microbianos. Durante la hospitalización, el dolor fue disminuyendo gradualmente de intensidad hasta desaparecer al quinto día, con normalización de las pruebas de laboratorio y sin evidencia de complicaciones en los estudios de imágenes de seguimiento. Fue dada de alta al sexto día de hospitalización con seguimiento por el servicio de cirugía.

Discusión

El infarto esplénico masivo es un diagnóstico relativamente infrecuente que está asociado a varias patologías. Dado que la arteria esplénica es una rama terminal con pocas anastomosis, cuando la viscosidad sanguínea aumenta y el flujo sanguíneo se enlentece, aumenta las posibilidades que se produzca infarto y necrosis del bazo (4,5). La mayoría de los casos pueden resolverse sin complicaciones (rotura o absceso) (4,6). Es difícil determinar el número exacto de casos de infarto esplénico, ya que cada vez son diagnosticados más casos, pero algunos de estos casos son asintomáticos y otros son partes de infartos multi sistémicos (7).

Las causas de infarto esplénico incluyen trastornos hematológicos como anemia falciforme, linfomas, leucemias o trastornos como fibrilación auricular y endocarditis (6). También puede ser secundarios a hipercoagulabilidad, cardiopatías estructurales, inflamación, infección y traumatismo (2,5). Otras causas adicionales son lesión de la arteria esplénica, trastornos vasculares asociados a alteraciones del colágeno, neoplasias, émbolos (cardiogénicos o de placas aórticas), uso de anticonceptivos orales, síndrome antifosfolípidos, torsión esplénica, enfermedad pancreática e hipertensión portal (5,8). En este caso, no fue posible conseguir algún factor predisponente que pudiera explicar esta condición.

La sintomatología del infarto esplénico masivo dependerá de la etiología y la extensión del infarto. La presentación clínica clásica es dolor difuso en el cuadrante superior izquierdo, dolor en el flanco izquierdo, náuseas y fiebre. Pero en algunos casos puede ser asintomático (1,5). En más de un tercio de los casos puede complicarse

con derrame pleural izquierdo y/o atelectasia al momento del ingreso (9,10). Una vez realizado el diagnóstico, es obligatorio comenzar inmediatamente la búsqueda de la patología subyacente, ya que la mayoría de estas condiciones son letales.

El infarto esplénico tiene una fase aguda y otra fase crónica, las cuales tienen características diferentes en los estudios por imágenes. Durante la fase aguda, el parénquima esplénico presenta edema en las áreas de infarto secundario a inflamación y necrosis, produciendo zonas mal delimitadas con atenuación / ecogenicidad disminuida. En la fase crónica, la región está más delimitada, con pérdida de volumen, y evidencia de fibrosis y calcificación (8).

La ecografía es el estudio por imágenes inicial para evaluar el parénquima esplénico e intentar de realizar el diagnóstico (5). Sin embargo, las áreas del infarto son frecuentemente isoecoicas, lo que las hace difíciles de identificar en la fase aguda, por lo que es una prueba menos sensible, pero útil en el seguimiento para detectar complicaciones como absceso, hemorragia subcapsular / intraperitoneal y formación de pseudoquistes (11,12). Debido al bajo rendimiento diagnóstico de la ecografía, la tomografía computarizada es el estándar de oro para el diagnóstico (11).

Las imágenes clásicas de tomografía computada son lesiones periféricas, en forma de cuña, hipointensas, con vértice apuntando hacia el hilio y base paralela a la cápsula, pero también pueden observarse lesiones redondas o lineales en áreas periféricas que son hipointensas comparadas con el tejido circundante (11). La tomografía computarizada realizada durante la fase venosa portal es el método diagnóstico ideal del infarto esplénico, evitando confusiones con el realce del parénquima esplénico característico de la fase arterial (5,13). En casos con infartos masivos, las imágenes tienen intensidad similar al tejido esplénico interpuesto (5). El contraste puede suministrar información sobre la extensión del infarto y la severidad de la trombosis. Además, ayuda a confirmar el diagnóstico (6).

El infarto esplénico no tiene tratamiento específico. La mayoría de los casos son tratado de forma conservadora con identificación y tratamiento de la etiología subyacente. Los analgésicos, antieméticos, hidratación y otros medios de tratamiento de apoyo están indicados en este tipo de casos. En algunos pacientes específicos, y dependiendo de la causa, puede considerarse el uso de fármacos anticoagulantes (11). El pronóstico suele ser favorable y la mayoría de los infartos se resuelven sin complicaciones (6). La intervención quirúrgica para cualquier tipo de infarto esplénico está reservada para aquellos casos con síntomas persistentes, principalmente dolor abdominal, o presencia de complicaciones, incluyendo hemorragia esplénica, absceso o pseudoquiste persistente (14,15). No obstante, la esplenectomía no siempre acelera la recuperación, especialmente si la causa de la del infarto esplénico masivo no es conocida.

En conclusión, el infarto esplénico debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de los pacientes con dolor abdominal. La tomografía computarizada es la modalidad de diagnóstico por imágenes más útil. El tratamiento debe enfocarse a identificar la etiología subyacente.

Conflicto de interés

Ninguna que declarar.

Referencias

1. Janga C, Okoyeze K, Chan V. Isolated splenic infarction: An initial manifestation of postoperative atrial fibrillation. J Investig Med High Impact Case Rep. 2022; 10: 23247096221103384 [PubMed] [Google Scholar].
2. Lu Y, Zhang S, Jiang C. Splenic infarction during acute falciparum malaria: A case report. Front Med (Lausanne). 2022; 9: 951812. [PubMed] [Google Scholar]
3. Jeong JE, Kim KM, Jung HL, Shim JW, Kim DS, Shim JY, Park MS, Park SK. Acute gastritis and splenic infarction caused by Epstein-Barr virus. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2018; 21: 147-153. [PubMed] [Google Scholar]

4. Yihan L, Guanqi F, Tong H, Junye G, Zhong J, Chen T. Case report: Acute renal and splenic infarctions secondary to atrial fibrillation. Front Cardiovasc Med. 2022; 9: 879322. [PubMed] [Google Scholar]
5. Sztajnbok J, Brasil LMCR, Romero LA, Ribeiro AF, Vidal JE, Figueiredo-Mello C, Malaque CMSA. Splenic infarction with aortic thrombosis in COVID-19. Am J Med Sci. 2021; 362: 418-23. [PubMed] [Google Scholar]
6. Yen CC, Wang CK, Chen SY, Gao SY, Lo HY, Ng CJ, Chaou CH. Risk assessment and prognostic analysis of patients with splenic infarction in emergency department: a multicenter retrospective study. Sci Rep. 2021; 11: 21423. [PubMed] [Google Scholar]
7. Masterman D, Gandhi S, Singh A, Singh T, Kaur A. A fatal etiology of splenic infarction. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2022; 12: 78-83. [PubMed] [Google Scholar]
8. Sangster GP, Malikayil K, Donato M, Ballard DH. MDCT findings of splenic pathology. Curr Probl Diagn Radiol. 2022; 51: 262-269. [PubMed] [Google Scholar]
9. Khade S, Khera S, Varshney VK, Sharma DK, Nayar R, Purohit A. Splenic infarct as the presenting manifestation of essential thrombocythemia. Ochsner J. 2022; 22: 188-91. [PubMed] [Google Scholar]
10. Salvi PF, Stagnitti F, Mongardini M, Schillaci F, Stagnitti A, Chirletti P. Splenic infarction, rare cause of acute abdomen, only seldom requires splenectomy. Case report and literature review. Ann Ital Chir. 2007; 78: 529-32. [PubMed] [Google Scholar]
11. Li Y, Liu H, Shi Y. Splenic infarction associated with obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome: a case report. J Int Med Res. 2020; 48: 300060520954691. [PubMed] [Google Scholar]
12. Nehme F, Rowe K, Haris A, Nassif I. Spontaneous Splenic Infarcts in a Cirrhotic Patient with Primary Biliary Cirrhosis. Case Rep Gastroenterol. 2017; 11: 54-58. [PubMed] [Google Scholar]
13. Posada-Arango AM, García-Madrigal J, Echeverri-Isaza S, Alberto-Castrillón G, Martínez D, Gómez AC, Pinto JA, Pinillos L. Thrombosis in abdominal vessels associated with COVID-19 Infection: A report of three cases. Radiol Case Rep. 2021; 16: 3044-50. [PubMed] [Google Scholar]
14. 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: e9176. [PubMed] [Google Scholar]
15. Ouazzani LCE, Jadib A, Siradji H, Boutachali R, Tabakh H, Siwane A, Touil N, Kacimi O, Chikhaoui N. Spontaneous splenic rupture during infection of cytomegalovirus. A case report. Radiol Case Rep. 2022; 17: 1741-4. [PubMed] [Google Scholar]

Como citar este artículo: Reyna-Villasmil E. Infarto esplénico masivo espontáneo. ***Avan Biomed. 2026; 15: 136-40***

Avances en Biomedicina se distribuye bajo la Licencia CreativeCommons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4. 0 Venezuela, por lo que el envío y la publicación de artículos a la revista son completamente gratuitos.

https://q.me-qr.com/xMHKYwXB