

“Ventre esplénico” en paciente con mielofibrosis

Splenic belly in a patient with myelofibrosis

Priscila Milagros Díaz Rodríguez¹,
Víctor Alonso Vargas Rubio²

Díaz Rodríguez P, Vargas Rubio V. “Ventre esplénico” en paciente con mielofibrosis. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2022;35(3): 123.
<https://doi.org/10.36393/spmi.v35i3.682>



Figura 1. Vista cefalocaudal.



Figura 2. Vista tangencial de lado izquierdo.



Figura 3. Escotadura visible a la inspección.

Varón de 70 años, con antecedentes de mielofibrosis secundaria a policitemia vera desde hace 4 años, con tratamiento de ácido fólico, ácido acetilsalicílico e hidroxíúrea. Acudió a Emergencia del hospital por astenia, pérdida ponderal de 10 kg desde hace un año y dolor abdominal intermitente en el hipocondrio izquierdo desde hace un mes. Al examen, funciones vitales estables, en el abdomen se apreció deformidad en el hipocondrio y el flanco izquierdos (Fig. 1 y 2). A la palpación, una masa de consistencia dura hasta un cm debajo de la cicatriz umbilical, indolora, superficial, con presencia de dos escotaduras en su borde anterior, siendo una de estas visible (Fig. 3) (flecha amarilla) y poco desplazable con los movimientos respiratorios.

La esplenomegalia se define como la medida ecográfica de la dimensión craneocaudal del bazo en más de 13 cm¹, cuyo *gold standard* es el peso del mismo en más de 250 g, dato obtenido solo tras esplenectomía o post mortem. Clínicamente, una esplenomegalia leve es hallada solo a la percusión del espacio de Traube, punto de Castell y método de Nixon²; y, las más grandes son palpables, siendo una esplenomegalia masiva aquella que crece hasta por debajo del nivel del ombligo.³ Las causas principales de esplenomegalia masiva son: linfomas no Hodgkin, leucemia mieloide crónica, paludismo crónico, leishmaniasis, mielofibrosis con metaplasia mieloide y policitemia vera.⁴

El término “ventre esplénico” se refiere a la deformación o abombamiento de la pared anterior del abdomen, donde incluso se puede reconocer sobre su límite interno una o dos escotaduras, esto debido a una esplenomegalia masiva.⁵ Existen algunas características que permiten diferenciar una esplenomegalia del crecimiento de otros órganos adyacentes, como la ubicación oblicua de la masa, que sea superficial (no permite introducir los dedos entre el reborde costal izquierdo y la masa), borde anterior con escotaduras y amplia movilidad respiratoria.⁶ Esta última puede verse disminuida en esplenomegalias masivas, como en nuestro caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sjöberg BP, Menias CO, Lubner MG, Mellnick VM & Pickhardt PJ. Splenomegaly: A combined clinical and radiologic approach to the differential diagnosis. *Gastroenterol Clin N A*. 2018;47(3):643-666. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2018.04.009>
2. Brown NF, Marks DJ, Smith PJ & Bloom SL. Splenomegaly. *BJM*. 2011;72(11):166-169. <https://doi.org/10.12968/hmed.2011.72.sup11.m166>
3. Surós J. *Semiología médica y técnica exploratoria*. 3ª. ed. Barcelona: Salvat Editores; 1964.
4. Argente H, Álvarez M. *Semiología médica - Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica*. 1ª. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.
5. Mazzei E, Rozman C. *Semiotecnia y Fisiopatología*. 1ª. ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1980.
6. Llanio R, Perdomo G. *Propedéutica clínica y semiología médica*. 1ª. ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2003.

CORRESPONDENCIA

Víctor Alonso Vargas Rubio,
victor.vargas.rubio@upch.pe

Fecha de recepción: 12-07-2022.

Fecha de aceptación: 15-08-2022.

1. Médico residente de medicina interna. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Facultad de Medicina Hipólito Unanue, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
2. Médico internista. Servicio de Emergencia, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.