

Infarto esplénico agudo en paciente en hemodiálisis sin posibilidad de tratamiento anticoagulante oral

Gonzalo Martínez Fernández¹, Celia Franco Maseres², Antonio Pérez¹,
Fernanda Ramos Carrasco¹, Concepción Alcázar Fajardo¹, Ana Esther Sirvent Pedreño¹,
Carlota García Arnedo¹, Andrés Alonso García¹, María Teresa Carbajo Mateo¹,
Eva Oliver Galera², Alberto Javier Andreu Muñoz¹

¹Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

NefroPlus 2021;13(2):59-62

© 2021 Sociedad Española de Nefrología. Servicios de edición de Elsevier España S.L.U.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 85 años en tratamiento con hemodiálisis. Como antecedentes, destacan calcifilaxis cutánea resuelta con tratamiento médico y posterior diagnóstico de fibrilación auricular, frente a la que se descarta anticoagulación con dicumarínicos por el antecedente de calcifilaxis. Encontrándose asintomática, presenta un episodio agudo de dolor en el flanco izquierdo. Aunque se disponía de una resonancia magnética nuclear normal realizada 4 días antes, se optó por llevar a cabo una tomografía computarizada, con diagnóstico de infarto esplénico agudo. Se llevó a cabo el estudio para filiar el origen del cuadro y, después de descartar otras etiologías, se catalogó como infarto esplénico agudo cardioembólico. Al valorar las posibilidades de anticoagulación, ante la contraindicación de los dicumarínicos, así como de los nuevos anticoagulantes por la situación renal de la paciente, se decidió un tratamiento con heparina. El infarto esplénico agudo es una causa poco frecuente e infradiagnosticada de dolor abdominal que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de esta clínica. Los pacientes en hemodiálisis presentan importantes limitaciones para la anticoagulación respecto de la población general.

Palabras clave: Infarto esplénico. Hemodiálisis. Anticoagulación. Calcifilaxis

INTRODUCCIÓN

El infarto esplénico es una causa poco habitual de dolor abdominal, con frecuencia infradiagnosticada, que se debe tener en cuenta ante la aparición de dolor agudo en el hemiabdomen izquierdo, sobre todo en ausencia de otra lesión que lo justifique. Aunque no es el único factor de riesgo ni la única causa que lo provoca, la fibrilación auricular suele ser la etiología principal a la que se asocia¹. Por ese motivo, además del tratamiento específico del infarto esplénico, la anticoagulación oral debe plantearse en los casos en los que la lesión se diagnostique en el contexto de una alteración del ritmo cardíaco. En el paciente en diálisis, las posibilidades son escasas y se limitan a los dicu-

marínicos. Sin embargo, estos fármacos también presentan sus contraindicaciones. Presentamos el caso de una paciente en hemodiálisis con infarto esplénico en el contexto de una fibrilación auricular sin posibilidades de anticoagulación oral.

CASO CLÍNICO

Paciente de 85 años con enfermedad renal crónica secundaria a probable nefroangiosclerosis en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis (HD) desde 2016. Presentó, en enero de 2019, un episodio de calcifilaxis cutánea que debutó como úlcera en cara lateral de la pierna izquierda, confirmada con biopsia y tratada con tiosulfato sódico, bifosfonatos, cámara hiperbárica, etelcalcetida y curas locales, con respuesta favorable tras 2 meses y medio de tratamiento. Posteriormente, en octubre de 2020, durante visita a Urgencias por infección del tracto urinario, se diagnostica de manera casual de fibrilación auricular (FA) con ritmo ventricular controlado. Al valorar el riesgo y el beneficio, y las posibilidades terapéuticas, ante contraindicación para tratamiento con dicumarínicos por el antecedente de la calcifilaxis, así como con anticoagulantes de acción directa (por su situación renal), se opta por no iniciar anticoagulación.

Correspondencia: Gonzalo Martínez Fernández

Servicio de Nefrología.

Hospital General Universitario Reina Sofía.

Avda. Intendente Jorge Palacios, 1, 30003 Murcia.

gonzalomfer@hotmail.com

Revisión por expertos bajo la responsabilidad de la Sociedad Española de Nefrología.

orales, se opta por iniciar tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular (en diálisis las 3 sesiones semanales; el resto de los días, de forma ambulatoria por vía subcutánea), reservándose la opción de cierre de la orejuela en caso de nuevo evento embólico o complicación derivada de la heparina.

DISCUSIÓN

El caso que nos ocupa presenta dos puntos que deben analizarse. El primero de ellos es la presencia de un infarto esplénico agudo. Se trata de una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo, pero que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial especialmente en pacientes con antecedentes de esplenomegalia de cualquier origen, estados protrombóticos conocidos, patologías hematológicas (como los síndromes mieloproliferativos, leucemias, linfomas o anemia de células falciformes) y, sobre todo, alteraciones cardíacas, como FA, lesiones valvulares o defectos septales². Entre las causas que lo provocan, el origen cardioembólico es el más frecuente en todos los estudios y análisis realizados si bien el diagnóstico diferencial obliga a descartar otras patologías menos probables, pero de importante gravedad, como los procesos neoplásicos de estirpe tanto hematológica como no hematológica, procesos infecciosos concurrentes, traumatismos, estados de hipercoagulabilidad, pancreatitis o cirrosis hepática, entre otros³.

En nuestra paciente, el inicio del cuadro es agudo y no se acompaña por otros síntomas, salvo el de dolor en flanco izquierdo. Esto, junto con el hecho de disponer de una prueba de imagen abdominal muy reciente y sus antecedentes cardiológicos (FA sin anticoagular), nos hace sospechar del origen cardioembólico como primera posibilidad. Aun así, se realiza estudio analítico y de imagen que resulta anodino, así como nuevo ecocardiograma, que descarta presencia de trombo o lesiones valvulares graves, pero que muestra que la paciente alterna episodio de FA con ritmo sinusal. Por tanto, se diagnostica de infarto esplénico agudo de origen cardioembólico en paciente con FA sin anticoagular.

En relación con el tratamiento, la recomendación es que este sea inicialmente conservador con analgesia convencional, aunque es fundamental una monitorización estrecha del paciente con indicación de la cirugía en caso de aparición de complicaciones, como sepsis, formación de abscesos, pseudoquistes o hemorragia⁴. En nuestro caso, se pauta analgesia con paracetamol y metamizol, inicialmente por vía intravenosa, que puede pasar posteriormente a vía oral; se controla adecuadamente el dolor, por lo que se mantiene la actitud expectante. Al mismo tiempo, la anticoagulación se considera apropiada si la causa subyacente del infarto es de etiología cardioembólica o algún estado de hipercoagulabilidad, como el síndrome antifosfolipídico, la trombofilia adquirida, la trombocitopenia inducida por la heparina o los procesos oncológicos malignos⁵. Por tanto, en nuestra paciente, *a priori* estaría indicado el inicio de anticoagulación oral.

La anticoagulación oral en los pacientes en tratamiento sustitutivo con HD es un tema controvertido. El empleo de anticoagulantes orales en pacientes en HD no es un hecho infrecuente; el

Estudio Español de Anticoagulación en Hemodiálisis mostraba que el 23,4% de los pacientes en diálisis recibían tratamiento con estos fármacos (el 5% en asociación con clopidogrel)⁶ y otros estudios muestran un porcentaje de anticoagulación en diálisis que oscila entre el 10 y el 25% de los pacientes⁷⁻⁹.

El beneficio esperable con los anticoagulantes orales en los pacientes con FA, evidentemente, es la disminución de eventos tromboembólicos, principalmente el ictus. Sin embargo, múltiples estudios han demostrado un incremento del riesgo de sangrado, asociado a mayor mortalidad en el tratamiento con antagonistas de la vitamina K en la FA no valvular de pacientes en HD¹⁰. Alguno de estos metaanálisis incluso ponían de manifiesto que con el empleo de warfarina no se reducía el riesgo de accidentes cerebrovasculares ni se reducía la mortalidad¹¹. La propia Sociedad Española de Cardiología no se pronuncia de manera taxativa, indicando en sus últimas Guías de 2016 que son precisos más estudios para establecer las mejores opciones de tratamiento en los pacientes con ERC avanzada. Por tanto, a falta de un consenso establecido, la anticoagulación en pacientes con FA y HD podría considerarse, valorando el posible beneficio de la terapia frente al riesgo que genera, en aquellos con alto riesgo embólico y que, a su vez, no tengan alto riesgo de sangrado¹².

Respecto a los fármacos empleados, como es bien sabido, los únicos anticoagulantes orales aprobados en España en el momento actual son los antagonistas de la vitamina K. Ninguno de los denominados «nuevos anticoagulantes» o «anticoagulantes de acción directa», ni los inhibidores directos del factor X (apixabán, rivaroxabán y edoxabán) ni los inhibidores directos de la trombina (dabigatrán) están aprobados para su empleo. Esto es debido a su alta tasa de eliminación renal, que oscila entre el 27% del apixabán, el 35-50% de los otros anti-factor X y el 80% del dabigatrán. Sin embargo, la Food and Drug Administration (FDA) aprueba el empleo de apixabán en pacientes en tratamiento renal sustitutivo, a dosis inferiores a las de los pacientes sin deterioro de la función renal. Entre los estudios realizados, existen datos que demuestran la misma efectividad en la prevención del ictus con menor aparición de sangrado respecto al tratamiento con warfarina¹³. Más recientemente, se están realizando estudios similares con rivaroxabán, con resultados aún precoces¹⁴.

Teniendo en cuenta lo expuesto y volviendo a la paciente del caso, tras el diagnóstico de FA, sin entrar en la relación entre riesgo y beneficio, no se pautó anticoagulación oral con dicumarínicos al estar contraindicados por el antecedente de calcifilaxis. Sin embargo, tras el episodio de infarto esplénico, se reevaluó la situación de manera conjunta con Cardiología. Pese a que la frecuencia cardíaca estaba adecuadamente controlada, el hecho de documentarse la alternancia entre FA y ritmo sinusal, junto con el antecedente embólico, hacían recomendable anticoagulación. Dado que, en el momento actual, el empleo de apixabán no está aprobado en nuestro país, se decide el empleo de heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulantes, ya que es la única posibilidad farmacológica disponible, quedando reservado el intervencionismo (cierre percutáneo de

la orejuela cardiaca) en caso de complicación derivada del empleo de heparina o nuevo evento embólico.

CONCLUSIONES

En conclusión, el estudio de otras opciones terapéuticas a las ya establecidas, fundamentalmente la idoneidad de tratamiento con los nuevos anticoagulantes, en pacientes en diálisis sería

recomendable dado que estos pacientes podrían beneficiarse de otras alternativas a las escasas posibilidades terapéuticas disponibles en el momento actual.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sirvent AE, Enriquez R, Gallego JA, Millan I, Amoros F. Abdominal pain increasing during hemodialysis session, do not miss splenic infarction. *Hemodial Int*. 2011;15:117-8.
2. Kamaya A, Weinstein S, Desser TS. Multiple lesions of the spleen: differential diagnosis of cystic and solid lesions. *Semin Ultrasound CT MR*. 2006;27:389-403.
3. Brett AS, Azizzadeh N, Miller EM, Collins RJ, Seegars MB, Marcus MA. Assessment of clinical conditions associated with splenic infarction in adult patients. *JAMA Intern Med*. 2020;180:1125-8.
4. Chaturvedi A, Rathore YS, Chumber S, Joshi G, Garg R, Chaudhary D. Splenic infarcts and splenectomy: 5 years of surgical experience. *Indian J Surg*. 2021;83:1134-8.
5. Wand O, Tayer-Shifman OE, Houry S, Hershko AY. A practical approach to infarction of the spleen as a rare manifestation of multiple common diseases. *Ann Med*. 2018;50:494-500.
6. Herrero JA, González Parra E, Pérez García R, Tornero F, en representación del Grupo Estudio Español sobre Anticoagulación en Hemodiálisis. Estudio Español Sobre Anticoagulación en Hemodiálisis. *Nefrología*. 2012;32:143-52.
7. Miller LM, Hopman WM, Garland JS, et al. Cardioprotective medication use in hemodialysis patients. *Can J Cardiol*. 2006;22:755-60.
8. Goldstein BA, Arce CM, Hlatky MA, Turakhia M, Setoguchi S, Winkelmayr WC. Trends in the incidence of atrial fibrillation in older patients initiating dialysis in the United States. *Circulation*. 2012;126:2293-301.
9. Königsbrugge O, Posch F, Antlanger M, et al. Prevalence of atrial fibrillation and antithrombotic therapy in hemodialysis patients: Cross-Sectional results of the Vienna Investigation of Atrial Fibrillation and Thromboembolism in Patients on Hemodialysis (VIVALDI). *PLoS One*. 2017;12:e0169400.
10. Nochaiwong S, Ruengorn C, Awiphan R, Dandecha P, Noppakun K, Phrommintikul A. Efficacy and safety of warfarin in dialysis patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Open Heart*. 2016;3:e000441.
11. Kuno T, Takagi H, Ando T, Sugiyama T, Miyashita S, Valentin N, et al. Oral anticoagulation for patients with atrial fibrillation on long-term hemodialysis. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75:273-85.
12. De Vriese AS, Heine G. Anticoagulation management in hemodialysis patients with atrial fibrillation: Evidence and opinion. *Nephrol Dial Transplant*. 2021;27:gfab060. doi: 10.1093/ndt/gfab060.
13. Reed D, Palkimas S, Hockman R, Abraham S, Le T, Maitland H. Safety and effectiveness of apixaban compared to warfarin in dialysis patients. *Res Pract Thromb Haemost*. 2018;26:291-8.
14. Miao B, Sood N, Bunz TJ, Coleman CI. Rivaroxaban versus apixaban in non-valvular atrial fibrillation patients with end-stage renal disease or receiving dialysis. *Eur J Haematol*. 2020;104:328-35.