

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Causas inesperadas de abdomen agudo

ROBIN GERMÁN PRIETO¹, GERMÁN DAVID CARVAJAL², JORGE HERNÁN SANTOS³, DANIEL UPEGUI⁴, JULIANA RENDÓN⁵

Palabras clave: dolor abdominal; abdomen agudo; etiología; diagnóstico; inflamación; obstrucción intestinal.

Resumen

El abdomen agudo es un síndrome abdominal doloroso, que requiere rápida valoración y tratamiento médico, endoscópico o quirúrgico. Existen varias clasificaciones y, según su etiología, puede ser traumático o no traumático; a su vez, este último puede ser de tipo obstructivo, inflamatorio o vascular.

Los pacientes sometidos a cirugía por abdomen agudo presentan principalmente diagnóstico de enfermedades biliares, apendicitis y hernias de pared abdominal, pero en no pocas ocasiones, el cirujano encuentra pacientes con abdomen agudo quirúrgico de causa no clara. Por esta razón, se deben tener en cuenta

enfermedades insospechadas que, en forma cada vez más frecuente, son informadas en la literatura médica, entre ellas, algunas de tipo inflamatorio, como apendicitis epiploica, torsión del epiplón y compromiso del divertículo de Meckel; obstructivo, como neoplasias y hernias internas, o vascular, como púrpura hepática (peliosis hepatis), ruptura esplénica, hemoperitoneo espontáneo y vasculitis.

Se hizo una búsqueda en PubMed y Clinical Key, con las palabras claves: “causes, unexpected, and acute abdomen”, y se encontraron 44 artículos publicados en los últimos cinco años, los cuales fueron analizados identificando las principales causas inesperadas de abdomen agudo.

Generalidades

El abdomen agudo es un síndrome abdominal doloroso, de evolución más o menos corta, de reciente y brusca aparición, o causado por una enfermedad crónica agudizada que requiere rápida valoración y tratamiento. El denominador común de este síndrome es el dolor abdominal, y los signos o síntomas adicionales dependen de su causa. En una de las varias clasificaciones existentes, el abdomen agudo se clasifica en traumático o no traumático. A su vez, este último se clasifica en falso (causa extraabdominal) o verdadero (causa intraabdominal), el cual puede requerir tratamiento médico, endoscópico o quirúrgico. De acuerdo con su etiología, las enfermedades que requieren tratamiento quirúrgico son de causa obstructiva, inflamatoria o vascular (tabla 1) ¹.

En un trabajo hecho en Cali en 2009 en pacientes sometidos a cirugía por abdomen agudo, se encontró que en más del 70 % la etiología correspondía a enfermedades biliares, apendicitis y hernias de la pared

¹ Médico, especialista en Cirugía General, Hospital Central de la Policía, Bogotá, D.C., Colombia

² Médico, especialista en Cirugía General, especialista en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital del Guavio, Bogotá, D.C., Colombia

³ Médico, especialista en Cirugía General, residente de Gastroenterología, Fundación Universitaria Sanitas-Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

⁴ Médico, especialista en Radiología, subespecialista en Abdomen y Pelvis; radiólogo, Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

⁵ Médica, especialista en Cirugía General, subespecialista en Cirugía Gastrointestinal; jefe, Departamento de Cirugía General, Hospital Central de la Policía, Bogotá, D.C., Colombia

Fecha de recibido: 20 de junio de 2016

Fecha de aprobación: 9 de septiembre de 2016

Citar como: Prieto RG, Carvajal GD, Santos JH, Upegui D, Rendón J. Causas inesperadas de abdomen agudo. Rev Colomb Cir. 2016;31:269-75.

TABLA 1.
Causas de abdomen agudo

Causas de abdomen agudo falso	Causas de abdomen agudo verdadero		
	Obstructivas	Inflamatorias	Vasculares
Diabetes mellitus	Bridas	Apendicitis	Ruptura de aneurisma
Infarto agudo de miocardio	Neoplasias	Colecistitis	
Insuficiencia cardíaca	Hernias encarceradas	Diverticulitis	Isquemia mesentérica
Neumonía del lóbulo inferior	Vólvulo	Úlcera péptica	
Gastroenteritis aguda	Invaginación intestinal	Perforación visceral	
Estreñimiento			

abdominal ². No se han llevado a cabo estudios que informen el porcentaje de las causas inesperadas, pero se puede considerar que es muy bajo. Aun así, cuando el cirujano se enfrenta a pacientes con abdomen agudo quirúrgico de causa no clara, debe tener en cuenta esas enfermedades insospechadas que, en forma cada vez más frecuente, son informadas en la literatura.

Se hizo una búsqueda en PubMed y Clinical Key, con las palabras clave: “causes, unexpected, and acute abdomen”, y se encontraron 44 artículos publicados en los últimos cinco años. Se hizo una revisión de la literatura científica y se identificaron las causas más comunes de abdomen agudo de etiología inesperada. Asimismo, se presenta el caso de un paciente con abdomen agudo, en quien el diagnóstico hizo durante la intervención quirúrgica.

Apendicitis epiploica

Los apéndices epiploicos son estructuras grasas pediculadas que se encuentran a lo largo de todo el colon, están irrigados por pequeñas ramas de los vasos rectos, y tienen un considerable riesgo de torsión y necrosis, causando un cuadro clínico de apendicitis epiploica (apendagitis), enfermedad que puede ocurrir a cualquier edad y que compromete más frecuentemente al sexo masculino. Se puede manifestar con dolor abdominal de predominio en los cuadrantes inferiores, ya que usualmente los apéndices epiploicos más comúnmente comprometidos son los del ciego o los del sigmoides, los cuales simulan una apendicitis o una diverticulitis. Puede ocurrir en 0,3 a 1 % de los pacientes en quienes

se sospecha apendicitis y en 3 al 7,1 % de aquellos con sospecha de diverticulitis ³.

Al igual que los síntomas, los exámenes de sangre pueden orientar hacia una enfermedad inflamatoria, por lo que el cirujano puede sospechar el diagnóstico de apendicitis o diverticulitis. El cuadro hemático puede evidenciar leucocitosis leve y la velocidad de sedimentación globular (VSG) puede estar aumentada. Los hallazgos típicos de la tomografía computadorizada (TC), como masa oval paracolónica, aumento en la densidad de la grasa a su alrededor, anillo hiperdenso bien definido y, en algunas ocasiones, un “punto” central de alta densidad, pueden confirmar el diagnóstico de apendicitis epiploica (figuras 1 y 2); con estos, se puede adoptar un tratamiento conservador por una a dos semanas, tiempo en el cual los síntomas y las anomalías tomográficas mejoran de forma considerable. El diagnóstico tomográfico evita el tratamiento quirúrgico en estos pacientes, sin embargo, en no pocos casos el diagnóstico se hace durante la intervención quirúrgica ^{4,5}.

Torsión del epiplón

A nivel mundial se han informado menos de 500 casos de torsión del epiplón, la cual puede ocurrir hasta en el 0,1 % de las laparotomías practicadas en niños con sospecha de apendicitis aguda, y en el 0,4 % de los adultos sometidos a apendicectomías. Ocurre más frecuentemente en hombres que en mujeres, entre la cuarta y la quinta década de la vida. Puede ser primaria o secundaria; esta última se ha relacionado con antecedentes de trauma, obesidad, quistes, hernias, neoplasias o adherencias. La necrosis del tejido se debe a una torsión sobre su eje longitudinal, que causa su isquemia ⁶.

Generalmente, los pacientes refieren fiebre y dolor abdominal. En el examen físico de ingreso, pueden encontrarse signos de irritación peritoneal y el hemograma puede demostrar leucocitosis. Usualmente, el diagnóstico se hace durante la cirugía, aunque cada vez de forma más frecuente y gracias al advenimiento de mejores técnicas imaginológicas, el diagnóstico se puede hacer de forma preoperatoria cuando existe la sospecha clínica. La TC es el principal estudio complementario ⁶.

El tratamiento es quirúrgico, requiriéndose frecuentemente epipectomía. Generalmente, la recuperación es adecuada y no se han informado casos en que la torsión vuelva a ocurrir tras resecciones segmentarias ⁷.

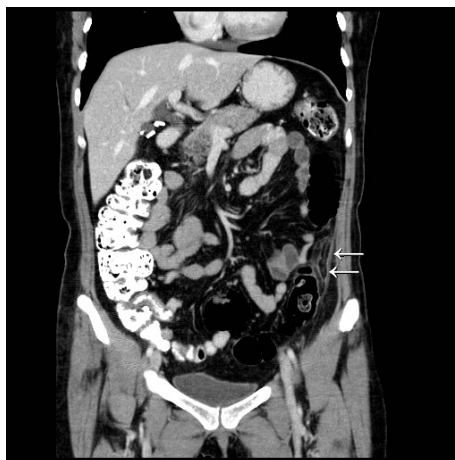


FIGURA 1. Reconstrucción de TC en plano coronal con medio de contraste oral e intravenoso. Lateral al colon descendente, se observa una lesión con centro hipodenso, anillo periférico hiperdenso y alteración de la grasa adyacente, en un paciente con apendicitis epiploica (flechas).



FIGURA 2. TC con medio de contraste oral e intravenoso. Lateral al colon descendente, se observa una lesión con centro hipodenso, anillo periférico hiperdenso y alteración de la grasa adyacente en un paciente con apendicitis epiploica (flechas).

Enfermedad del divertículo de Meckel

El divertículo de Meckel fue descrito en 1809; corresponde a la persistencia del conducto onfalomesentérico y es la anomalía congénita más común del sistema digestivo. Contiene todas las capas de la pared intestinal, lo cual lo convierte en un divertículo verdadero. Se localiza en el borde antimesentérico del íleon distal cerca de la válvula ileocecal, es dos veces más común en niños que en niñas y la edad más frecuente de presentación es la de dos años. Aunque el diagnóstico se hace más comúnmente



FIGURA 3. Reconstrucción en plano coronal de TC con medio de contraste oral e intravenoso. Dilatación de asas intestinales delgadas con una zona de transición hacia la fosa iliaca derecha, donde se identifica una lesión de alta densidad (flechas) que corresponde a un divertículo de Meckel inflamado.

en forma preoperatoria en los niños, en los adultos se realiza frecuentemente de forma intraoperatoria, ya que simula una apendicitis. Además del examen físico, la leucocitosis, la elevación de la VSG y la TC (figura 3) pueden orientar al diagnóstico ⁸.

La complicación más frecuentemente asociada es la obstrucción intestinal. En los adultos pueden presentarse, además, sangrado intestinal y diverticulitis con perforación o sin ella. El tratamiento es quirúrgico y consiste generalmente en la resección del divertículo, aunque a veces se requieren resecciones intestinales más amplias ⁹.

Hernias internas

Las hernias congénitas se observan con mayor frecuencia en la niñez y pueden representar hasta el 1 % de todos los casos de obstrucción intestinal; la más común es la paraduodenal. En los adultos, las causas más comunes de obstrucción intestinal son las adherencias, las neoplasias y las hernias de la pared abdominal o las hernias internas, siendo las más comunes las del obturador, las transmesentéricas y las transepiploicas. Se han descrito, incluso, hernias del hiato de Winslow ¹⁰.

En algunos casos, hay síntomas crónicos, especialmente dolor abdominal inespecífico y estreñimiento, pero en cerca del 70 % de los casos, los pacientes presentan sintomatología aguda con cuadros típicos de obstrucción intestinal. En las diversas publicaciones se ha informado isquemia segmentaria del intestino hasta en el 50 % de

los casos sometidos a cirugía, con tasas de mortalidad de 20 a 50 % ¹¹.

Las hernias internas, congénitas o no, deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de cualquier paciente con abdomen agudo, con antecedentes quirúrgicos o sin ellos. Tanto la TC como la resonancia magnética pueden hacer el diagnóstico de forma prequirúrgica, especialmente en casos de hernia paraduodenal, pero en la mayoría de los casos, el diagnóstico se hace durante la cirugía. La cirugía laparoscópica o abierta es el tratamiento de elección ¹¹.

Neoplasias insospechadas

Los pacientes con neoplasias insospechadas cursan con un cuadro clínico inusual que se puede manifestar crónica o agudamente con signos clínicos de obstrucción, perforación, reacción inflamatoria sistémica o alteraciones hemodinámicas. Usualmente, se diagnostican en pacientes mayores de 60 años.

Las neoplasias pueden comprometer vísceras sólidas, especialmente el hígado, o vísceras huecas, especialmente el intestino e incluso el útero. Aunque los tumores primarios benignos del intestino delgado comprenden menos del 3 % de todas las neoplasias gastrointestinales y usualmente son asintomáticos, se han descrito casos de neurofibromas intestinales que se han manifestado con síntomas y signos relacionados con la aparición de una de sus complicaciones, como sangrado intestinal, obstrucción o perforación ¹².

Aunque las metástasis al colon son muy inusuales, se han descrito en casos de tumores primarios de estómago, mama, ovario, cuello uterino, riñón, pulmón, próstata y piel. Se han presentado casos en que, ya conocido el tumor primario de pulmón, el paciente presenta un cuadro clínico de abdomen agudo debido a la perforación del colon por lesiones metastásicas; estos pacientes pueden también presentar síntomas de obstrucción intestinal. Se han descrito casos de perforación intestinal en pacientes con metástasis intestinal conocida y que son sometidos a quimioterapia ¹³.

En estos pacientes, el tratamiento es quirúrgico y en él se debe controlar el sangrado y, en lo posible, reseccionar la neoplasia. En caso de compromiso intestinal, se

debe evaluar individualmente la posibilidad de hacer una anastomosis en el mismo acto quirúrgico, o solo la resección y la ostomía, dependiendo del estado infeccioso y nutricional de cada paciente ¹⁴.

Enfermedad esplénica

Varias enfermedades esplénicas pueden causar abdomen agudo, las más conocidas son las siguientes.

Ruptura. Excluyendo el trauma abdominal, que es la principal causa de ruptura esplénica, las causas más frecuentes incluyen: las infecciones (paludismo, mononucleosis infecciosa, tuberculosis, hepatitis A, VIH), la enfermedad neoplásica o hematológica (linfoma, leucemia, mieloma múltiple, anemia hemolítica, policitemia vera) y las enfermedades degenerativas (amiloidosis), entre otras. Ocurre más frecuentemente en hombres y en la tercera década de la vida. Puede ser la manifestación inicial de una enfermedad crónica y requiere un pronto tratamiento quirúrgico que, de no realizarse a tiempo, puede llevar a la muerte del paciente ¹⁵.

Absceso. Cada vez es menos frecuente pero aún ocurre, especialmente en pacientes inmunocomprometidos o con antecedentes de trauma. Se han informado casos secundarios a escleroterapia para várices esofágicas y después de una colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica. Generalmente, se presenta en hombres adultos jóvenes y requiere tratamiento quirúrgico; solo en algunos casos seleccionados se puede evaluar la opción de drenaje percutáneo mediante radiología intervencionista ^{16,17}.

Torsión. Se ha informado, especialmente en mujeres en la tercera y cuarta década de la vida, quienes por presentar un hilio esplénico largo o elongado tienen predisposición a la aparición de esta enfermedad. El tratamiento indicado es la cirugía ^{16,17}.

Púrpura hepática (*peliosis hepatis*)

Es una enfermedad infrecuente caracterizada por la presencia de múltiples quistes ocupados por sangre y distribuidos en todo el parénquima hepático. Aunque compromete más comúnmente el hígado, esta enfermedad puede comprometer también el bazo, la médula ósea, los pulmones y los ganglios linfáticos abdominales.

Esta entidad afecta el sistema reticuloendotelial, pero, su etiología no ha sido completamente establecida. Entre los múltiples factores causales, están los tratamientos farmacológicos (6-mercaptopurina, anabolizantes, azatioprina, esteroides anticonceptivos, danazol, glucocorticoides, tamoxifeno), los procesos infecciosos (endocarditis bacteriana, VIH, lepra, pielonefritis, sífilis, tuberculosis), las discrasias sanguíneas (linfoma, enfermedad de Hodgkin, metaplasia mielóide, enfermedad de Fanconi, macroglobulinemia), las neoplasias (adenocarcinoma de colon o de estómago, carcinoma hepatocelular, cáncer de páncreas, cáncer de próstata, carcinoma de células renales) y otras causas (trasplante cardíaco, hemodiálisis crónica, enfermedad de Crohn, diabetes mellitus, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico e, incluso, alcoholismo) ¹⁸.

Estos pacientes son generalmente asintomáticos y su diagnóstico frecuentemente se hace de forma incidental en estudios imaginológicos (ecografía, resonancia magnética, gammagrafía o angiografía hepática) o durante la exploración laparoscópica. Clínicamente, el paciente puede presentar hepatomegalia o esplenomegalia, dolor abdominal, masa abdominal palpable o distensión abdominal. En muy pocos casos, se presenta con síntomas relacionados con algunas de sus complicaciones: hipertensión portal, insuficiencia hepática, síndrome hepatorenal y abdomen agudo por hemoperitoneo debido a la ruptura de una de sus cavidades. Cuando la etiología se relaciona con la administración de medicamentos, esta enfermedad puede resolverse tras su suspensión. Cuando la causa es infecciosa, la púrpura hepática puede desaparecer después del tratamiento correspondiente. En caso de sangrado, el tratamiento puede ser mediante embolia o puede requerirse cirugía ^{19,20}.

Hemoperitoneo espontáneo

Según la literatura científica, hasta el 90 % de los casos de hemoperitoneo son considerados como de origen traumático, generalmente por lesiones de órganos sólidos (hígado, bazo). La segunda causa más frecuente es la de origen ginecológico, principalmente debido a embarazo ectópico roto. El sangrado intraabdominal espontáneo puede ocurrir por causas como ruptura de aneurismas congénitos (arteria esplénica), ruptura de tumores sólidos (hepáticos), sangrado varicoso (hipertensión portal) o alteraciones de la coagulación (hemofilia). En algunos casos, el hemoperitoneo espontáneo es idiopático. Se

presenta en proporción similar entre hombres y mujeres, y puede ocurrir a cualquier edad ^{21,22}.

Aunque en la mayoría de los casos el diagnóstico se puede sospechar desde el interrogatorio del paciente, en un gran porcentaje de casos, sólo se puede hacer de forma intraoperatoria; representa una urgencia vital que debe ser diagnosticada y tratada a tiempo.

Vasculitis

Al comprometer las arterias de mediano y pequeño calibre, las vasculitis representan una causa potencial de abdomen agudo. Se manifiestan mediante dolor abdominal, frecuentemente asociado a edema petequial de la pared abdominal y alteración de la función renal. Hasta en el 42 % de los casos, los pacientes presentan síntomas digestivos y según algunas publicaciones pueden ser la causa de hasta el 2 % de los casos de isquemia mesentérica. La laparoscopia puede permitir identificar la presencia de isquemia intestinal. El hallazgo frecuentemente se hace durante la intervención quirúrgica (figura 4). Estos pacientes requieren frecuentemente ser sometidos a hemodiálisis y tratamiento con corticoides ²³.

Otras causas

Se han informado otras causas inesperadas de abdomen agudo, como gastritis enfisematosa, perforación ileal por fiebre tifoidea, vólvulo gástrico, infarto esplénico, xantogranulomatosis del colon, vólvulo de la vesícula y perforación intestinal espontánea.

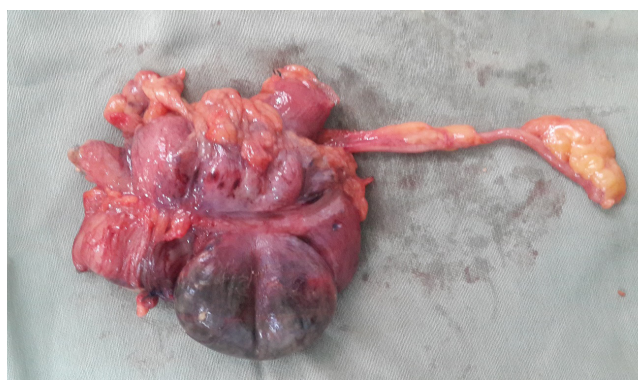


FIGURA 4. Cambios isquémicos en el ciego (pieza quirúrgica) de un paciente tratado con sospecha de apendicitis

Caso clínico

Se trata de un hombre de 26 años que consultó al Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Policía por dolor abdominal de cuatro días de evolución, localizado inicialmente en el flanco derecho, que se propagó a la fosa ilíaca derecha, con fiebre no cuantificada como síntoma asociado en los últimos dos días. Negaba síntomas adicionales y era el primer episodio. No refirió antecedentes personales ni familiares de importancia.

En el examen físico, se encontró un paciente taquicárdico con signos generalizados de irritación peritoneal y sin otros hallazgos positivos. Tanto el hemograma como el parcial de orina fueron normales. La proteína C reactiva (PCR) fue de 49 mg/L (normal hasta 5 mg/L) y la ultrasonografía abdominal fue informada como normal.

Con diagnóstico de abdomen agudo por probable apendicitis, se practicó una laparotomía con hallazgo intraoperatorio de torsión y necrosis segmentaria del epiplón (figuras 5 y 6), por lo cual se practicó una epiplectomía. La evolución fue buena y el paciente fue dado de alta, con un control posquirúrgico adecuado. La histopatología demostró epiplón con infarto hemorrágico focal y peritonitis.

Discusión

Se llevó a cabo una revisión de la literatura identificando las principales causas inesperadas de abdomen agudo, entre las cuales se encontraron enfermedades de tipo inflamatorio (apendicitis epiploica, torsión del epiplón, compromiso del divertículo de Meckel), obstructivo (lesiones neoplásicas, hernias internas) y vascular (púrpura hepática, ruptura esplénica, hemoperitoneo espontáneo, vasculitis). Consideramos que estas enfermedades deben ser tenidas en cuenta en casos de diagnóstico no claro

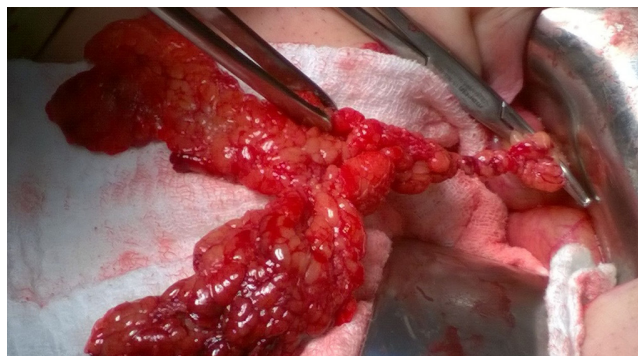


FIGURA 5. Laparotomía con torsión segmentaria del epiplón mayor



FIGURA 6. Torsión del epiplón sobre su eje longitudinal

de abdomen agudo, ya que pueden ser un hallazgo intraoperatorio inesperado.

Se presenta un paciente tratado en el Hospital Central de la Policía con diagnóstico de abdomen agudo por probable apendicitis; se practicó una laparotomía exploratoria con hallazgo de torsión segmentaria del epiplón, el cual fue resecado, con una evolución satisfactoria del paciente.

Conflictos de intereses: no existen.

Unexpected causes of acute abdomen

Abstract

Acute abdomen is a painful abdominal syndrome which requires rapid assessment and medical, endoscopic, or surgical treatment. There are several classifications and, according to the etiology, it may be traumatic and non-traumatic; the latter can be of obstructive, inflammatory, or of vascular type.

Patients undergoing surgery for acute abdomen mainly present with diagnosis of biliary diseases, appendicitis, and abdominal wall hernias, but on many occasions the surgeon finds patients with acute abdomen of unclear cause,

which make taking into account unsuspected pathologies that appear increasingly reported in the medical literature, such as some inflammatory pathologies as omental appendicitis, torsion of the omentum, complicated Meckel's diverticulum, obstructive conditions due to neoplastic lesions or internal hernias, and vascular (hepatic peliosis, splenic rupture, spontaneous hemoperitoneum, vasculitis).

A search was conducted in Pub Med and Clinical Key, with the keywords: "causes, unexpected, and acute abdominal", finding a total of 44 articles published in the last five years, which were analyzed by identifying the main unexpected causes of acute abdomen.

Keywords: abdominal pain; abdomen, acute; etiology; diagnosis; inflammation; intestinal obstruction.

Referencias

1. Caycedo R. Cirugía general en el nuevo milenio. Segunda edición. Bogotá: Editorial Médica Celsus; 2013. p. 239.
2. Bejarano M, Gallego CX, Gómez JR. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencia. Rev Colomb Cir. 2011;26:33-41.
3. Vriesman V, Lohle P, Coerkamp E, Puylaert J. Infarction of omentum and epiploic appendage: Diagnosis, epidemiology and natural history. Eur Radiol. 1999;9:1886-92.
4. Pozzo B, Kimura K. Apendicitis epiploica (apendagitis). Anales de Radiología México. 2013;3:182-8.
5. Molinares B, Castrillón G, Restrepo R. Apendicitis epiploica. Reporte de cuatro casos. Rev Colomb Cir. 2006;21:196-200.
6. Occhionorelli S, Zese M, Cappellari L, Stano R, Vásquez G. Acute abdomen due to primary omental torsion and infarction. Case Rep Surg. 2014;2014:208382. 30 de agosto de 2016: Disponible en; <http://dx.doi.org/10.1155/2014/208382>
7. Uscátegui H. Torsión primaria de epiplón. Caso clínico. Rev Chil Cir. 2010;62:408-11.
8. Yildiz I, Savas Y, Barut I. An unusual case of intraabdominal abscess and acute abdomen caused by axial torsion of a Meckel's diverticulum. Ann Med Surg. 2016;6:74-6.
9. Tenreiro N, Moreira H, Silva S, Madureira L, Gaspar J, Oliveira A. Unusual presentation of a Meckel's diverticulum: A case report. Int J Surg Case Rep. 2015;16:48-51.
10. Cabrera PA, Mosquera MS, Kadamani A, Sánchez G, Santos JH. Hernia del hiato de Winslow. Rev Colomb Cir. 2015;30:306-10.
11. Sardarian H, Maleki I, Mortazian M, Jafari R, Tayebi P, Sabe-rifirooz M. A rare cause of small bowel obstruction in adults: Left paraduodenal internal hernia. Middle East J Dig Dis. 2012;4:125-9.
12. Kumar S, Khanna S, Roy A, Gupta SK. An unusual cause of hemoperitoneum: Case report with review of literature. Int J Surg Case Rep. 2015;12:120-2.
13. Costa CE, Simões dos Reis L, Costa CM. Colonic metastases from small cell carcinoma of the lung presenting with an acute abdomen: A case report. Int J Surg Case Rep. 2015;9:75-7.
14. Hirasaki S, Suzuki S, Umemura S, Kamei H, Okuda M, Kudo K. Asymptomatic colonic metastases from primary squamous cell carcinoma of the lung with a positive fecal occult blood test. World J. Gastroenterol. 2008;14:5481-3.
15. Leijnen D, Steur W, Brekelmans W, Da Costa A. Non-traumatic rupture of the spleen: An atypical presentation of the acute abdomen. Abdominal Surgery. 28 de agosto de 2016: Disponible en: www.abdominalsurg.org/journal/2012/Non-traumatic-Rupture-of-the-Spleen.htm
16. Gómez C, Pava R, Salazar A, Sanclemente N. Ruptura esplénica espontánea asociada a linfoma periférico de células T, presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Cir. 2010;25:42-7.
17. Bejarano M, Lenis GA. Hallazgo frecuente de patologías infrecuentes de bazo. Rev Colomb Cir. 2001;16:202-10.
18. Downes R, Cambridge C, Diggiss Ch, Iferenta J, Sharma M. A case of intra-abdominal hemorrhage secondary to peliosis hepatis. Int J Surg Case Rep. 2015;7:47-50.
19. Pila Pérez R, Pila Peláez R, Rosales P, Holguín V, Torres E. Peliosis hepatoesplénica. Informe de un caso y revisión de la literatura. Rev Col Gastroenterol. 2012;27:46-55.
20. Muñoz MM, Rodríguez ZN, Tordecilla C, Ureta E, Rizzardini C, Soto V, *et al.* Peliosis hepatis como complicación del uso de anticonceptivos orales en una paciente con mielodisplasia. Rev Chil Pediatr. 2009;80:354-60.
21. Prieto RG, García VH, Rendón J. Hemoperitoneo espontáneo idiopático. Rev Colomb Cir. 2014;29:243-7.
22. Kasotakis G. Spontaneous hemoperitoneum. Surg Clin. 2014;94:65-9.
23. Asti M, Pogliani L, Tritella S, Bonavina L. Polyarteritis nodosa and acute abdomen: A role for laparoscopy? Int J Surg Case Rep. 2015;17:161-3.

Correspondencia: Robin Germán Prieto, MD
Correo electrónico: rgprieto@hotmail.com
Bogotá, D.C., Colombia