

INFORME DE CASO

Absceso esplénico. Presentación de un paciente

Dr. Jorge Luis González Jara¹

Dr. Manuel Salvador López Cárdenas²

Dr. Michael Cruz García³

RESUMEN

El absceso esplénico es una enfermedad poco frecuente, con menos de 700 casos descritos en la literatura médica desde principios del siglo XX; sus causas son las infecciones por contigüidad a cualquier nivel de la cavidad abdominal - también se informa la vía hematogena-; el 80% de ellos ocurren o coinciden con una sepsis sistémica como: otitis, mastoiditis, abscesos periamigdalinos, parotiditis supurativas, infecciones cutáneas, abscesos pulmonares, apendicitis, diverticulitis, colecistitis y osteomielitis. Se presenta una paciente femenina de 58 años de edad que ingresó con un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal a nivel del hemiabdomen superior, fiebre prolongada de 38-39°C y dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo; se le realizó una tomografía helicoidal abdominal donde se observó una imagen hipodensa de 8x6cm en el polo inferior del bazo correspondiente a un absceso esplénico; se realizó una esplenectomía con toilette de la celda esplénica y tratamiento con antibiótico postoperatorio; evolucionó satisfactoriamente y fue egresada al octavo día.

DeCS:

ENDOCARDITIS BACTERIANA/
complicaciones
TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA POR
RAYOS X
ESPLENECTOMIA
ANTIBIOTICOS/ uso terapéutico

SUMMARY

The splenic abscess is not a common illness. There are less than 700 cases described in medical literature since the beginning of the 20th century. The causes described are the contiguous infections at any level of the abdominal cavity, as well as the hematogenic way. Eighty percent of them take place or coincide with systemic sepsis such as: otitis, mastoiditis, peritonsillar abscesses, suppurative parotiditis, cutaneous infections, lung abscesses, appendicitis, diverticulitis, cholecystitis and osteomyelitis. A 58 year old female patient, who was admitted to hospital presenting abdominal pain in the upper hemiabdomen, a prolonged fever of 38-39 degrees Celsius and pain on deep palpation in the left hypochondrium, is presented. The patient underwent an abdominal spiral tomography and a hypodense image of 8x6cm in the lower pole of the spleen was seen; it corresponded to a splenic abscess. A splenectomy with a toilet of the splenic cavity was carried out, and a postoperative treatment was implemented. The patient evolved satisfactorily and was discharged the eighth postoperative day.

MeSH:

ENDOCARDITIS, BACTERIAL/
complications
TOMOGRAPHY, X-RAY COMPUTED
SPLENECTOMY
ANTIBIOTICS/therapeutic use

Las primeras descripciones de abscesos esplénicos se refieren a escritos hipocráticos,¹ son una enfermedad poco frecuente, con menos de 700 casos descritos en la literatura médica desde principios del siglo XX; en nuestro medio el Dr. N. E. Sierra Enríques informó solo dos casos de 396 esplenectomías en un período de tiempo comprendido entre 1979-1994.² Se describen como causas del mismo las infecciones por contigüidad a cualquier nivel de la cavidad abdominal - también se informa la vía hematológica-; el 80% de ellos ocurren o coinciden con una sepsis sistémica como: otitis, mastoiditis, abscesos periamigdalinos, parotiditis supurativas, infecciones cutáneas, abscesos pulmonares, apendicitis, diverticulitis, colecistitis y osteomielitis.³

Una clasificación de absceso esplénico⁴ que ha sido muy aceptada los divide en:

- Infección hematológica metastásica como la endocarditis
- Sitio contiguo de infección
- Hemoglobinopatías
- Inmunodeficiencias como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Traumas abdominales

La paciente informada en nuestro trabajo ingresó en el Servicio de Medicina Interna como un síndrome febril prolongado y un síndrome general sin etiología definida, muy característico del cuadro general que nos muestra la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente femenina de 58 años de edad con antecedentes de psicosis maníaco-depresiva (PMD), con intentos suicidas en múltiples ocasiones -el último hacía solo 20 días-, que desde hacía dos semanas comenzó a quejarse de malestar general, náuseas, vómitos, orinas oscuras, tos frecuente sin expectoración, fiebre de 38-39°C, con escalofríos y dolor abdominal referido a epigastrio e hipocondrio izquierdo que en ocasiones se irradiaba al dorso. En el examen físico se constató palidez de piel y mucosas, temperatura corporal de 38°C, estertores crepitantes en ambas bases pulmonares -más significativas en la izquierda-, con disminución del murmullo vesicular a este nivel y dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo (existe una contractura muscular moderada que impidió definir una visceromegalia). En la sala se le realizaron diversos estudios complementarios (hemograma completo, glicemia y creatinina) en los que se observó una anemia de 9.0gr/l y una leucocitosis de 11×10^9 a predominio de polimorfonucleares (0.81) -el resto del estudio de laboratorio realizado fue normal-; rayos X de tórax con lesiones inflamatorias en ambas bases pulmonares, más acentuada en la izquierda; ultrasonido abdominal en el que se observó una imagen compleja predominantemente ecolúcida de 7.5x5.3cm en la proyección del bazo (no existe líquido libre en la cavidad abdominal) y tomografía helicoidal del bazo que mostró una imagen hipodensa que medía 8x6cm rodeada de un halo hiperdenso que ocupaba el polo superior y el cuerpo del bazo que desplaza al riñón de este lado caudalmente, compatible con absceso esplénico (figura 1). El cuadro clínico de la paciente y el resultado de los exámenes complementarios nos permitieron identificar la presencia de un absceso esplénico y proceder a realizar una esplenectomía de urgencia.



Figura 1. Imagen hipodensa compatible con un absceso esplénico que mide 8x6cm y está rodeada de un halo hiperdenso que ocupa el polo superior y el cuerpo del bazo que desplaza al riñón de este lado caudalmente



Figura 2. Pieza quirúrgica correspondiente al bazo que mide 19x7x2.5cm con solución de continuidad de 3cm de diámetro en su borde superior, en su cara hiliar también se observa una solución de continuidad que penetra el órgano y es compatible con un absceso esplénico

Informe operatorio: se realizó una incisión de Kocher izquierda, al penetrar en la cavidad abdominal y traccionar el cuerpo gástrico para visualizar el bazo observamos el epiplón mayor -adherido a la cara anterior del hilio esplénico- que al liberarse abre la cavidad del absceso, que resultó ser múltiple y drenaba un pus fétido de color amarillo carmelita del cual se tomó muestra para cultivo y antibiograma. Se realizaron la esplenectomía (figura 2) y la toilette de la celda esplénica con solución salina fisiológica (SSF) al 0.9% y yodo povidona al 10%; se colocó drenaje de Penrose. La enferma llevó tratamiento antibiótico postoperatorio con rosephin (bb 1gr) 1bb endovenoso cada 12 horas y gentamicina (80mg) un ámpula endovenosa cada ocho horas, se mantuvo afebril en el postoperatorio y egresó al octavo día sin presentar complicaciones; el cultivo nos llega positivo de gérmenes Gram negativo (Escherichia coli).

Resultados de la biopsia: pieza quirúrgica correspondiente al bazo -resultado de una esplenectomía total- que mide 19x7x2.5cm, pesa 190gr, presenta solución de continuidad de 3cm de diámetro en su borde superior, con depósito de abundante material fibrinopurulento en su serosa, en la cara hiliar se observa una solución de continuidad de 3cm que penetra en el órgano, en su apertura se observa abundante tejido necrótico y al corte observamos un tejido blanquecino firme de bordes difusos

de 10x5cm. Conclusión: absceso esplénico (sugerimos descartar la posibilidad de un embolismo séptico).

COMENTARIO FINAL

Actualmente los abscesos esplénicos son una enfermedad rara,² el 80% de ellos ocurren o coinciden con una sepsis sistémica como: otitis, mastoiditis, abscesos periamigdalinos, parotiditis supurativas, infecciones cutáneas, abscesos pulmonares, apendicitis, diverticulitis, colecistitis, y osteomielitis;¹ antes de la era antibiótica la supuración esplénica se encontraba en el 10% de los casos de endocarditis bacteriana.⁵ Desde principios del siglo XX están descritos abscesos esplénicos por *Salmonella Typha* en pacientes con fiebre tifoidea, en ellos la diseminación es hematógena; desde el inicio de la era de la quimioterapia y la inmunodeficiencia adquirida se han incluido nuevos casos por *Salmonellas sp.*^{6,7} En enfermos con alteraciones previas en la arquitectura esplénica -aquellos que presentan infartos esplénicos por anemia de células falciformes o infartos postraumáticos- la aparición de bacteriemia posterior (de origen abdominal o no) puede favorecer la formación del absceso esplénico; en Nigeria las tres cuartas partes de los pacientes con absceso esplénico padecen anemia falciforme.⁷ El tratamiento del hiperesplenismo con embolizaciones esplénicas (década del 70 del pasado siglo) informó casos con abscesos esplénicos después del procedimiento.⁸

Los gérmenes patógenos implicados varían -entre los distintos estudios publicados- pero, en general, más del 50% se trata de especies aerobias, esencialmente cocos Gram positivos del género estreptococos y estafilococos; con menos frecuencia se observan bacilos Gram negativos, fundamentalmente *Escherichia coli* y *Proteus sp.*^{1,3} Parece existir una asociación causal entre el microorganismo y ciertas enfermedades de base, así el estafilococo sp y el estreptococo sp serían más frecuentes en los pacientes con endocarditis,⁹ el enterococo sp en los quirúrgicos o ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos y la tuberculosis o leishmaniasis visceral en enfermos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); entre el 30 y 50% son de etiología polimicrobiana.^{3,10}

Establecer el diagnóstico de absceso esplénico es complicado, sobre todo si no se piensa en la enfermedad. Se presenta fiebre en la mayoría de los casos (90%), dolor abdominal difuso en cuadrante superior izquierdo (45%), esplenomegalia (30%), dolor en hemitorax izquierdo y derrame pleural ipsolateral, así como escalofríos y vómitos;⁵ se describe la tríada descrita por Sarr y Zudeima⁷ que consiste en fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y masa palpable a ese nivel hasta en un 30% de los casos. Phillips y colaboradores en su estudio describen un tiempo promedio de duración de los síntomas de dos semanas antes de llegar al diagnóstico.¹⁰

Las radiografías de tórax y abdomen pueden mostrar una masa en el cuadrante superior izquierdo, un desplazamiento de la cámara gástrica, niveles hidroaéreos en la región esplénica, elevación del hemidiafragma izquierdo y derrame pleural ipsolateral. La tomografía axial, helicoidal o multicorte abdominal y la ultrasonografía abdominal son estudios de elección para realizar el diagnóstico y a la vez son utilizadas como guía para la punción y el drenaje percutáneo en pacientes seleccionados.

Tratamiento: La solución quirúrgica se ha planteado desde hace años. La primera esplenectomía se practicó con éxito en 1887 por Sir Spencer Wells, desde entonces

se han propuesto varias modalidades de tratamiento de los abscesos, incluyendo la esplenectomía laparoscópica; los antibióticos se utilizarán de acuerdo a los microorganismos implicados.

Aunque poco frecuente, el absceso esplénico presenta una alta morbilidad y mortalidad, por lo cual el conocimiento de las características clínicas de la enfermedad y la importancia de tenerla presente como diagnóstico diferencial son claves para el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iago Villamil C, Lado FL, A van den EC, Jose DP. Abscesos esplénicos. Presentación de 9 casos. Rev Chil Infect. 2006; 23(2):140-149.
2. Abscesos del Bazo. Esplenectomía en el curso de otros procesos quirúrgicos. En: Sierra Enrique NE. Cirugía del Bazo. Barranquilla: Ed Universidad Simon Bolivar, 2004. p. 149-153.
3. Bryant TG. Splenic abscess: Report of six cases and review of the literature. Am Surg. 2005;67(1): 80-5.
4. Cozar OJ, Díaz TM, Cuenca BM, Sánchez GF, Lomeña AG. Absceso esplénico de origen brucelar. An Esp Pediatr. 2005;57(6):593-594.
5. Farres H, Felser J, Banbury M, Brody F. Management of splenic abscess in a critically ill patient. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2004;14: 49-52.
6. Wilkin BS. The spleen. Br J Haematol. 2005; 117:265-74.
7. Lambotte O, Debort T, Castagne C, Roue R. Unusual presentation of typhoid fever: cutaneous vasculitis, pancreatitis and splenic abscess. J Infect. 2004, 42:161-162.
8. Spigos DG, Jonasson O, Felix E, Capek V. Transcatheter therapeutic embolization of hypersplenism. Invest Radiol. 1977;12:418.
9. Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA, Wilson WS, Teckelberg J, Karchmer AW, et al. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. Circulation. 2005; 98: 2936-48.
10. Ho HS, Wisner DH. Splenic abscess in the Intensive Care Unit. Arch Surg. 1993; 128:842-8.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. ISCM-VC. E-Mail: jorgeluis.jorgegj@gmail.com.
2. Especialista de I Grado en Cirugía General.
3. Residente de 4^{to} año de Cirugía General.