

Ruptura de absceso esplénico con peritonitis: presentación de un caso

Rupture of splenic abscess with peritonitis: a case report

Dr. Joaquín Márquez Hernández^I; Dr. Manuel Noya Pimienta^{II}; Dr. Gerardo Martínez Ferrá^{III}

^I Especialista de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas en la Asistencia Primaria. Profesor Asistente. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Amalia Simoni", Camagüey. Cuba: yadan@finlay.cmw.sld.cu

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Camagüey, Cuba

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.

RESUMEN

Se presenta a una paciente diagnosticada en el transoperatorio como portadora de absceso esplénico roto con peritonitis consecuente. Se le realizó esplenectomía con cultivo de material purulento, lavado y drenaje de la cavidad abdominal. Se empleó antibioticoterapia de amplio espectro. El resultado del cultivo se informó como negativo. La paciente presentó favorable evolución postoperatoria. Lo inusual de esta enfermedad y su alta mortalidad debido a su diagnóstico tardío en una gran parte de los pacientes, motivó a revisar bibliografía actualizada en relación con su patogénesis, diagnóstico y terapéutica.

Palabras clave: esplenectomía, peritonitis, absceso abdominal/ diagnóstico, agentes antibacterianos/ uso terapéutico

ABSTRACT

A patient diagnosed in the transoperative as carrier of broken splenic abscess with consequent peritonitis was presented. Splenectomy was carried out with purulent material culture, lavage and drainage of the abdominal cavity. Antibiotic therapy of wide spectrum was used. The result of the culture was informed as negative. The patient presented favorable postoperative evolution. The unusual of this disease and its high mortality due to its late diagnosis in a great part of the cases, motivated to revise up-dated bibliography in connection with its pathogenesis, diagnosis and therapy.

Key words: splenectomy, peritonitis, abdominal abscess/ diagnosis, anti-bacterial agents/ therapeutic use

INTRODUCCIÓN

Los abscesos esplénicos fueron descritos por Hipócrates en el año 400 a.c.¹ Desde entonces han permanecido como una enfermedad inusual, sin embargo, la incidencia de casos ha aumentado debido a la proliferación de pacientes inmunocomprometidos.^{2,3}

Se señala como su causa más frecuente a la endocarditis, y a los microorganismos aerobios grampositivos como los de mayor porcentaje de incidencia. Los gramnegativos aerobios y enterobacterias se describen generalmente secundarios a focos intraabdominales.⁴ El agente causal más frecuentemente aislado es el estreptococo, seguido del estafilococo. La salmonela es el germen más común en pacientes con anemia de células falciformes.^{5,6} Además se ha reportado al *Clostridium clostriformis* como su agente causal.⁷

Se consideran con factores de riesgo de padecerlo a los pacientes trasplantados, portadores de VIH, con infecciones concomitantes, diabéticos, tomadores de esteroides, con desórdenes hematológicos, alcohólicos, pacientes que han sufrido traumas y enfermos de cáncer o con tratamiento quimioterápico.⁸ En la literatura revisada se describe una incidencia en autopsias de un 0.7 – 1.14%.⁹

A pesar de resultar una enfermedad poco frecuente tiene relevante importancia por su mortalidad, atribuida a diagnóstico tardío debido fundamentalmente a la ausencia de síntomas y signos específicos en más de la mitad de los pacientes.¹⁰

La mortalidad de los pacientes no tratados se aproxima al 100%, por lo que la sospecha clínica es fundamental para lograr oportuno diagnóstico y precoz tratamiento que permita reducirla a un 10%.¹¹ La patogénesis se ha dividido en cinco grupos basado en la causa predisponente:⁹

1. Infecciones metastásicas – hematógenas: constituyen el 49 – 68% de las causas de absceso esplénico.² Predomina la endocarditis, así como infecciones del aparato urinario y sepsis intraabdominal. Menos frecuente son la extracción dental, osteomielitis, sepsis de sitios de acceso vascular, infección de tórax y bacteriemias postoperatorias.⁹
2. Infección por contigüidad: alcanza 6-15%. Comprende los abscesos perinefríticos, enfermedad de Crohn, cáncer de colon, úlcera gástrica perforada, pancreatitis necrotizante, diverticulitis, abscesos perihepáticos y subfrénicos.¹²
3. Hemoglobinopatías: se consideran factor predisponente porque ocasionan disfunción estructural y funcional esplénica. La sickle cell anemia predomina con un 6-12%. También se han observado en talasemia y leucemia.^{9,4}
4. Inmunodeficiencia: en especial el trasplante hepático, sida y empleo de corticoesteroides.⁸ La infección fúngica es frecuente.⁹
5. Trauma: es una causa frecuente, generalmente presenta un tiempo mínimo de latencia entre el trauma y el desarrollo del absceso en dos semanas.⁹

La tríada clínica dada por fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y masa abdominal dolorosa sólo se presenta en un 32-59% de los casos, es aún más rara en pacientes inmunodeprimidos.² Se describen otras manifestaciones clínicas como escalofríos, náuseas, vómitos, dolor abdominal difuso y esplenomegalia. Con menor frecuencia se reportan dolor pleurítico, dolor del hombro izquierdo, diaforesis nocturna y pérdida de peso.^{8,9}

Los estudios imagenológicos constituyen la piedra angular en el diagnóstico.⁹ La TAC es el método de elección con un 95% de sensibilidad y especificidad de 92%.^{8,10} Muestra lesiones hipodensas, de borde resaltado que permiten diferenciar otras patologías como quistes e infartos esplénicos. Permite monitorizar la respuesta al tratamiento y ser usada en operaciones diagnósticas y terapéuticas.⁹ La ecografía es de amplia ayuda diagnóstica. Se observa imagen hiperecoica. Resulta de gran ayuda para el drenaje percutáneo.⁸

La radiografía de tórax puede ser anormal en 33.80%. Puede mostrar derrame pleural, atelectasia, elevación diafragmática, infiltrados basales y otras lesiones. La radiografía de abdomen puede mostrar nivel hidroaéreo no gástrico en el cuadrante superior izquierdo. Puede observarse sombra de gas extraluminal.⁹

Al realizar el leucograma se encuentra leucocitosis con desviación izquierda.^{9,10} Se reporta positividad en los cultivos del contenido del absceso en el 80% de los casos. Los hemocultivos son positivos en menos del 50%.^{8,9}

El tratamiento incluye conducta médica y drenaje. La antibiótico terapia debe ser inicialmente de amplio espectro, luego se aplicará acorde el resultado del cultivo con antibiograma y a la respuesta del paciente al tratamiento antibiótico inicial impuesto.^{9,10} Se recomienda mantenerlo durante 14 días. El drenaje puede ser percutáneo o quirúrgico. El percutáneo está indicado en lesiones uniloculares, de pared bien definida y con acceso anatómico adecuado. Lo contraindican los abscesos múltiples o septados, la ascitis y los trastornos hemorrágicos.¹⁰

La esplenectomía como tratamiento quirúrgico de elección puede provocar efectos secundarios, tales como: menor respuesta inmune, déficit del péptido promotor de fagocitosis, y disminución de la IgM.¹¹

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 59 años de edad, blanca, femenina, con antecedentes de enfermedades pulmonar obstructiva crónica y vascular oclusiva periférica. Acudió al servicio de urgencias de Cirugía General del Hospital Universitario Amalia Simoni donde refirió dolor que se presentó 25 días atrás, a nivel de la fosa lumbar izquierda, posteriormente se irradió a flanco e hipocondrio izquierdo, se acompañó de disuria, náuseas, vómitos y fiebre. Este cuadro clínico se interpretó por su médico de la familia como una urosepsis aguda, el mismo le indicó tratamiento antibiótico con ciprofloxacina durante siete días, en dosis de dos tabletas de 250mg cada 12h. Además le prescribió tratamiento sintomático. Ella prolongó este tratamiento hasta los diez días, luego se automedicó con tetraciclina, aspirina, dipirona y paracetamol. A pesar de ello mantuvo dolor y fiebre recurrentes. Señaló que en las últimas 24h el dolor se exacerbó y se acompañó de fiebre elevada con escalofríos.

Datos encontrados al exámen físico

Se halló como positivo la presencia de fascie séptica, deshidratación moderada y toma del estado general. Existió polipnea (26x´), taquicardia (120x´) e hipertermia (38.5°C). A la inspección del abdomen este resultó globuloso y quieto, difusamente doloroso a la palpación a predominio de su mitad izquierda, con defensa y dolor a la descompresión en hipocondrio izquierdo, la percusión resultó exquisitamente dolorosa en hipocondrio izquierdo, el peristaltismo intestinal se encontró disminuido.

Complementarios realizados de urgencia y sus resultados

Hematología: Hb: 14.8g/L. Hto: 0.45 L/L Leucocitos: 12 200. Poli 0.80%, Linfo 0.19%, Eos 0.01%. Grupo sanguíneo y Rh: O negativo. Conteo de plaquetas 170 000/L.

Química sanguínea: Glicemia: 5.6mmol/L, Creatinina: 122mmol/L

Rx Simple del Tórax (PA): se observó elevación del hemidiafragma izquierdo e imagen compatible con neumoperitoneo.

Diagnóstico: acorde a los antecedentes y a los síntomas referidos por la paciente, a los signos hallados al examen físico y a la interpretación realizada de los resultados de los complementarios efectuados de urgencia, se diagnosticó a la paciente portadora de úlcera péptica gastroduodenal perforada, por lo que se decidió su tratamiento quirúrgico de urgencia.

Tratamiento y evolución: se realizó laparotomía exploradora urgente. Se encontró absceso esplénico roto con peritonitis generalizada. Se tomó muestra de pus para cultivo con antibiograma. Se realizó esplenectomía con lavado y drenaje de la cavidad abdominal. El drenaje se retiró al quinto día postoperatorio. Se empleó antibioticoterapia de amplio espectro a base de ceftriaxona, amikacina y metronidazol, este tratamiento se mantuvo durante siete días. El resultado del cultivo se informó sin crecimiento de gérmenes patógenos. La paciente presentó favorable evolución postoperatoria. Tuvo egreso hospitalario al octavo día de su operación. Egresó de consulta externa de Cirugía General a los 37 días postoperatorios.

Resultado histopatológico. [Figura 1](#)

Pieza: bazo.

Diagnóstico: rotura de absceso esplénico.

DISCUSION

En el caso reportado la paciente padece de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y de enfermedad vascular oclusiva periférica, sin embargo, se considera a su urosepsis aguda inicial como la causa predisponente que permitió la aparición del absceso esplénico producto de infección metastásica por vía hematológica a partir de sepsis urinaria. Esto coincide con lo descrito en la actualidad para uno de los grupos de la patogénesis de esta enfermedad.^{2,9}

Se reporta por distintos autores la presencia inconstante en los pacientes portadores de absceso esplénico de la tríada clínica dada por fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y de masa abdominal palpable.² La paciente presentada refirió fiebre y dolor abdominal, pero no se encontró en ella masa abdominal palpable. Existió dolor a la palpación, percusión y descompresión en hemiabdomen izquierdo con defensa de la pared abdominal.

El leucograma confirmó la presencia de leucocitosis con desviación izquierda, descrita en otros estudios.^{9,10} El resultado del cultivo del contenido del absceso, de alta positividad en la bibliografía revisada,^{8,9} resultó negativo en esta paciente.

La presencia frecuente al Rx simple de tórax de lesiones pleuropulmonares asociadas al absceso esplénico,⁹ no se encontró en esta paciente. Se detectó la presencia de imagen gaseosa subdiafragmática correspondiente a la presencia de gas extraluminal.⁹

Se realizó el diagnóstico preoperatorio de úlcera péptica perforada basado en el antecedente de administración oral de varios medicamentos a la paciente, incluyendo su automedicación. Orientó además hacia ello su cuadro abdominal peritoneal, así como la imagen radiológica detectada en el Rx de abdomen simple.

Se reporta en la literatura revisada el diagnóstico de absceso esplénico se realiza habitualmente de manera tardía.^{8, 10} En esta situación el médico de la familia diagnosticó correctamente el cuadro clínico inicial de la paciente como una urosepsis aguda. El absceso esplénico presentado como complicación posterior, producto de infección metastásica hematógena a partir de la urosepsis aguda, se diagnosticó por los cirujanos durante el acto quirúrgico.

Se realizó esplenectomía con lavado y drenaje de la cavidad abdominal. Se decidió la esplenectomía dado el precario estado del bazo, con ruptura de su absceso y peritonitis consecuente. La esplenectomía se describe como el proceder de elección en muchos pacientes a pesar de los efectos secundarios que trae consigo.¹¹

Se empleó antibioticoterapia de amplio espectro durante siete días, lo cual resulta recomendado por distintos autores.^{8,9}

La evolución postoperatoria resultó favorable. Egresó al octavo día. Se le otorgó el alta de consulta externa a los 37 días de su operación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elting A W. Abscess of the spleen. *Ann Surg* 1915; 62:182-92.
2. Lee CH, Leu HS, Hu TS, Liu JW. Splenic Abscess in Southern Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2004; 37: 39-44.
3. Iago Villamil-Cajoto, FL Lado, A Van den Eynde-Collado y José Antonio Díaz-Peromingo. Abscesos esplénicos. Presentación de nueve casos. *Rev Chil Infect* 2006; 23(2):140-149.
4. Olivares BJJ, Cuan OF, Michel DJ, López -Ramírez MKL, Velázquez RGA, González OA. Absceso esplénico posiblemente secundario a picadura

- masiva de abejas en hésped inmunocompetente. Reporte de un caso. Cir Ciruj 2005; 73 (5): 383-388.
5. Gómez FCC, Zuñiga E. Abscesos Esplénicos por Salmonella. Acta Med Colomb V-30, n-3 Bogotá Jul/Sep.2005.
 6. Phillips GS, Radosevich MD, Lipsett PA. Splenic Abscess. Arch Surg 2007; 132:1331-1336.
 7. Robles P, García GF, De Alba J, García J, Domínguez FJ, Oliver JM. Endocarditis protésica y absceso esplénico causados por Clostridium clostridiformis. Rev Esp Cardiol 2006; 50: 360-362.
 8. Nelken N, Ignatius J, Skinner M, Christensen N. Changing clinical spectrum of splenic abscess. A multicenter study and review of the literature. Am J Surg 2007; 154: 27-34.
 9. Bryan T, Grun MD. Splenic Abscess: Report of six cases and review of the literature. Am Surg 2001; 67:80-6.
 10. Farres H, Feisher J, Banbury M, Brody F. Management of Splenic Abscess in a Critically Ill Patient. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2004; 14: 4952.
 11. De Górgolas M, Fernández GA, Azafra J, Ezpeleta C, Barros C, Renedo G, et al. Abscesos esplénicos: estudio clínico microbiológico de 15 casos. Rev Clin Esp 2001, 189:278-282.
 12. Villalva FE, Martí CE, Puche PJ, Durán Bermijo MI, Bordollo CA, Domingo del Pozo C et al. Absceso esplénico como complicación de una pancreatitis aguda. Cir Esp 2004; 66:466-468.

Recibido: 18 de noviembre de 2008

Aprobado: 15 de julio de 2009

Dr. Joaquín Márquez Hernández: yadan@finlay.cmw.sld.cu