

Absceso esplénico. Revisión del tema

Splenic abscess. Review of this subject

MSc. Moisés Morejón García, Dr. Orestes Medero Trujillo, Dr. Fernando Aladro Hernández

Hospital Universitario "Cmdte. Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Los abscesos esplénicos son afecciones infrecuentes, pero con alta mortalidad. En la actualidad, los cuadros de inmunosupresión han aumentado su incidencia, provocados, generalmente, por metástasis sépticas a partir de infecciones sistémicas, muy frecuentemente endocarditis bacteriana. Se presentó un paciente, con antecedente de linfangitis crónica, que ingresó con un síndrome febril prolongado de causa no precisada. Se constató la existencia de esplenomegalia muy dolorosa a la palpación y se corroboró, por ultrasonido abdominal, la presencia de una lesión hipocogénica en un bazo aumentado de tamaño. Se aplicó antibioticoterapia, pero no se obtuvo respuesta clínica satisfactoria y se decidió la esplenectomía con la cual se logró buena respuesta clínica y evolución favorable.

Palabras clave: absceso esplénico, esplenectomía, esplenomegalia.

ABSTRACT

Splenic abscesses are infrequent conditions but with high mortality. Currently, immunosuppression cases have increased their incidence, usually caused by septic metastases from systemic infections, very frequently by bacterial endocarditis. A patient with a history of chronic lymphangitis is presented here. This patient showed a prolonged febrile syndrome of unknown etiology. During admission, painful splenomegaly on palpation was noted and abdominal ultrasound confirmed a hypoechoic injury in enlarged spleen. Antibiotic treatment was applied, but since no satisfactory clinical response was seen, splenectomy was decided to perform. Good and favorable clinical response was obtained.

Key words: splenic abscess, splenectomy, splenomegaly.

INTRODUCCIÓN

El absceso esplénico (AE) es una afección poco frecuente con menos de 700 casos recogidos en la literatura médica desde principios del siglo XX, pero su incidencia se ha visto incrementada por la inmunodeficiencia. Las primeras descripciones de abscesos esplénicos se refieren a escritos hipocráticos.¹

Los AE se derivan generalmente de una infección a distancia, como lo es la endocarditis bacteriana, más raramente pueden ser provocados por extensión de infecciones vecinas como la pancreatitis aguda, úlcera péptica complicada y también pueden aparecer secundarios a traumatismos esplénicos que provoquen hematomas.²⁻⁴ Algunos estudios muestran la preexistencia de lesiones esplénicas como factor predisponente frente a las bacteriemias en la génesis de esta afección.⁴

Clasificación del AE según las causas

1. Infección hematógena metastásica (más frecuentemente, endocarditis bacteriana).
2. Sitio contiguo de infección.
3. Hemoglobinopatías.
4. Inmunodeficiencia como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
5. Trauma abdominal.⁵

La presentación clínica evidente es muy rara, incluso se piensa que muchos casos no son diagnosticados en vida ya que hasta 37 % han sido hallados por autopsias. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: fiebre (92 %), escalofríos (83 %), dolores en el cuadrante superior izquierdo (50 %) y esplenomegalia (30-60 %).⁵

El diagnóstico etiológico se ha visto respaldado por los hemocultivos, positivos entre 60 y 70 % cuando los abscesos son múltiples, mientras que solo son positivos 14 % en los casos de abscesos únicos, los cultivos de muestras tomadas del bazo pueden ser negativos entre 11,4 y 28,7 %.¹ Los microorganismos más frecuentes son los grampositivos: *Streptococcus ssp*, *Staphylococcus ssp* seguidos de los gramnegativos: *Klebsiella sp*, *Escherichia coli* y *Pseudomonas sp*, menos frecuentes son los patógenos anaerobios, los hongos y el *Mycobacterium tuberculosis*, los 2 últimos han aumentado en estos tiempos, en relación con los estados de inmunosupresión y hasta 10 % pueden ser polimicrobianos.^{1,6}

El diagnóstico se ha vuelto más evidente con el advenimiento de las nuevas técnicas imaginológicas: ultrasonografía abdominal, tomografía axial computarizada.⁷ Con una incidencia que varía entre 0,14-0,7 en estudios de autopsias, esta enfermedad está asociada a una alta mortalidad que varía de 47 % a 100 %, sin tratamiento y 0 % a 14 %, con tratamiento.⁶

El número de abscesos parece repercutir en el pronóstico; el absceso único, que es de los más frecuentes (61 %-69 %), generalmente se origina por afecciones primarias del bazo (aunque la mayoría de los abscesos relacionados con la endocarditis bacteriana son únicos), son más sintomáticos y se socian a mejor

pronóstico, mientras que los múltiples son menos sintomáticos y se asocian mayormente a sepsis generalizadas por lo que son de peor pronóstico.^{1,6}

El tratamiento dependerá de la causa y el número de abscesos, 3 son las posibilidades:⁸⁻¹⁴ antibioticoterapia, drenaje percutáneo o esplenectomía (esta última nunca por endoscopia).¹⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo masculino, de 63 años de edad que acude al Hospital universitario "Cmdte. Manuel Fajardo" por presentar fiebre de 39-40°C durante más de 15 d, acompañada de escalofrío y dolores musculares, que ceden con la administración de dipirona por 6-8 h y reaparecen nuevamente.

HEA: antecedente de linfagitis crónica. Se le ingresa en sala de medicina interna.

Examen físico

- Mucosas: normocoloreadas.
- Aparato respiratorio.
 - . Murmullo vesicular: normal, no estertores.
 - . Frecuencia respiratoria: 16/min.
- Aparato cardiovascular.
 - . Ruidos rítmicos, no soplos.
 - . Frecuencia cardíaca: 90 lat./min.
 - . Tensión arterial: 100/60 mmHg.
- Abdomen depresible, no doloroso a la palpación superficial, algo doloroso a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo, donde se palpa una esplenomegalia moderada que rebasa 4 cm el reborde costal, que con el transcurrir de los días se torna intensamente dolorosa a la palpación.
- Tejido celular subcutáneo. No infiltrado, no signos de linfangitis.

Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 10,5 g/L.
- Eritrosedimentación: 101 mm.
- Leucocitos: 13,6/10⁹/L.
- TGO: 95 UI TGP: 66 UI GGT: 281 UI.

- Polimorfonucleares: 0,78; creatinina: 90 mmol/L, ácido úrico: 546 mmol, linfocitos: 0,18; glucemia: 6,5 mmol, LDH: 374 U/mL; eosinófilos: 0,04.
- Ultrasonido abdominal: hepatomegalia de 3 cm, homogénea. No lesión focal.
- Vesícula y vías biliares: normales. Páncreas: normal. No adenomegalias; bazo: esplenomegalia de 175 x 65 mm con lesión focal, hipocogénica, encapsulada, que mide 35 x 19 mm, avascular (fig.).
- Hemocultivo I: negativo, hemocultivo II: negativo, *test* HIV: negativo.
- Electrocardiograma: normal. Ecocardiograma: normal.

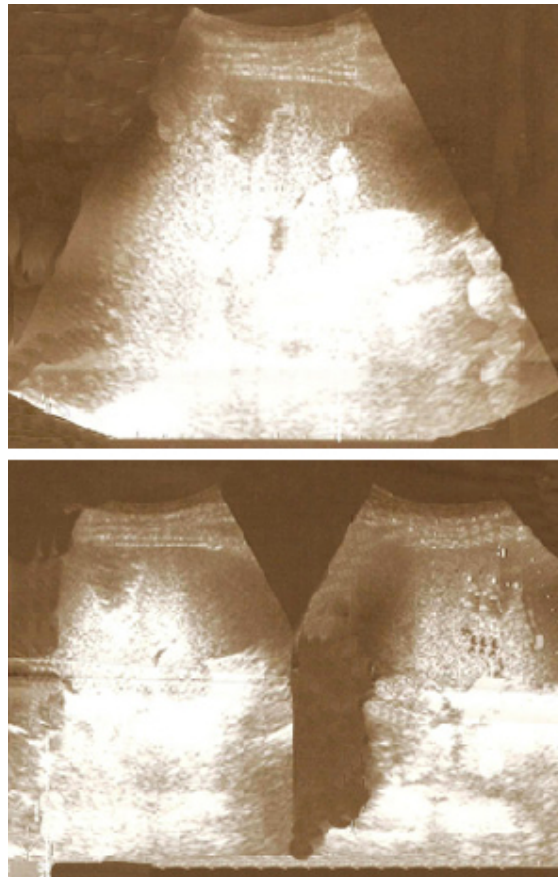


Fig. Ultrasonido abdominal. Se observa esplenomegalia con lesión focal, hipocogénica encapsulada, avascular.

Se interpreta como un absceso esplénico y se comienza tratamiento con ceftriaxona 1g cada 12 h + metronidazol 500 mg cada 8 h; después de 7 d de tratamiento, los cuadros febriles con escalofríos se mantienen, el estado del paciente se deteriora, se interconsulta con cirugía y se decide la esplenectomía, a los 10 d de ingreso es esplenectomizado.

Una vez intervenido quirúrgicamente, la fiebre desaparece, el estado general mejora repentinamente, se le aplica el mismo esquema de antibióticos una semana más y después se suspende, se egresa a los 11 d de la esplenectomía, un mes después de la cirugía el paciente acude a consulta totalmente recuperado.

Informe de anatomía patología del bazo enviado: absceso esplénico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villamil-Cajoto I, Lado FL, Van den Eynde-Collado A, Díaz-Peromingo JA. Abscesos esplénicos. Presentación de nueve casos. Rev Chil Infect. 2006;23(2): 150-4.
2. Villalba Ferrer F, Martí Cuñat E, Puche Pla J, Durán Bermejo MI, Bordallo Cortina A, Domingo del Pozo C, et al. Absceso esplénico como complicación de una pancreatitis aguda. Cir Esp. 1999;66(5): 466-8.
3. Robles P, García-Gallego F, de Alba J, García J, Domínguez FJ, Oliver JM. Endocarditis protésica y absceso esplénico causados por *Clostridium clostridiformis*. Revista Española de Cardiología. 1997;50(5): 360-2.
4. Fukudome EY, Sheth A, Shah SA, Feller ER. Splenic abscess due to pancreatic disease: report of 4 cases. Am J Gastroenterol. 2003;98: S197.
5. Montenegro R, Salas M, Celis J, Muñoz A, Ché E, Yarinsueca J. Quiste esplénico abscedado: reporte de un caso. An Fac Med. Lima. [en Internet]. dic. 2003;64(4). [citado 10 sep. 2013] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832003000400010&lng=es&nrm=iso
6. Iñiguez CA, Butte BJM, Zuñiga AJM, Torres MJ, Llanos LO. Abscesos esplénicos: Comunicación de siete casos y revisión de la literatura. Rev Méd. Chile [en Internet]. ene. 2008 [citado 9 sep. 2013];136(1): 38-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100005>
7. Ng KK, Lee TY, Wan YL, Tan CF, Lui KW, Cheung YC, et al. Splenic abscess: diagnosis and management. Hepatogastroenterol. 2002;49(44): 567-71.
8. Zaleznik DF, Kasper DL. Intraabdominal infections and abscesses. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, editores. Harisson's Principles of Internal Medicine, 14a Ed. International Edition. New York: McGraw-Hill; 1998: 795.
9. Zabala López S, Iglesias Quirós E, Juyol Rodrigo MC, González Penabad M. Absceso esplénico brucelar. An Med Interna. Madrid [en Internet]. feb. 2003. [citado 9 sep. 2013];20(2): 58-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000200017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992003000200017>

10. Guevara J, Anzola J, Carreiro M, Gruber M, González A, De Gouveia J. Tratamiento médico del absceso esplénico, presentación de un caso. GEN. 1996; 50(2): 93-6.
11. Caballero P, Jiménez G, Ostiz S, Sánchez C, Cordero JL, Aizcorbe M. Absceso esplénico por «Salmonella». Utilidad del drenaje percutáneo. Cir Esp. 1998; 63(3): 228-9.
12. 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.
13. Bryant TG. Splenic abscess: Report of six cases and review of the literature. Am Surg. 2001; 67(1): 80-5.
14. Díaz F, Wilson ML, Chollet ME, Tristano A, Adjounian H, Troccoli M, et al. Absceso esplénico: reporte de 5 casos y revisión de la literatura. Med Interna. (Caracas)2002; 18(3): 202-5.
15. Natan Z, Fernando Arias A, Ricardo N. Esplenectomía laparoscópica. Experiencia de 9 años. Rev Mexicana de Cirugía Endoscópica. 2002; 3(2): 66-70.

Recibido: 7 de noviembre de 2013.
Aprobado: 13 de diciembre de 2013.

MSc. *Moisés Morejón García*. Hospital Universitario "Cmdte. Manuel Fajardo". Zaparta y D, El Vedado, Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba.
moisesm@infomed.sld.cu