

Reporte de
caso clínico

Absceso esplénico

ABRAHAM GERARDO CÁRDENAS ROQUE, GERARDO GAYTAN GONZÁLEZ
JESÚS RAMÍREZ ESPINO, GONZALO ISRAEL GUTIÉRREZ DÍAZ,
ADRIÁN F. AVILA MORFÍN, PAMELA J. ORTIZ CASTRO,
XÓCHITL MACIAS VÁZQUEZ, CESAR M. SALAZAR PEÑA Y
JUAN J. CRUZ CRUZ

INTRODUCCIÓN

El absceso esplénico es una rara entidad la cual se ha reportado con una frecuencia de 0.14-0.7% en series de autopsia, los rangos de mortalidad son del 47%, El manejo oportuno disminuye la mortalidad a 14%.

El absceso esplénico tiene etiología diversa, la más común es por vía hematógena de foco infeccioso de cualquier parte del cuerpo. El diagnóstico se realiza mediante examen clínico y radiológico, la TAC es el estudio con más sensibilidad y especificidad para el diagnóstico, el tratamiento se realiza a base de antimicrobianos, técnica de drenaje percutáneo el cual a su vez es diagnóstico y terapéutico, o en su caso esplenectomía.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 38 años de edad chofer de transporte el cual ingresa por presentar fiebre no cuantificada, mialgias y artralgias. Previamente había recibido tratamiento con ciprofloxacino durante 7 días por presentar infección de

vías urinarias un mes previo continuando con cuadro febril. Fue admitido a nuestro departamento (vía consulta externa) con fiebre de 38°C, mialgias y artralgias. A la Exploración física solo se encuentra dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo, no se observan alteraciones estructurales en articulaciones, ni alteraciones cardiorrespiratorias. Dentro de los paraclínicos solicitados se reporta solo con leucocitosis de 11,800, reactantes de fase aguda normales, examen general de orina normal, pruebas de función hepática, electrolitos séricos dentro de parámetros normales, serología para VIH, Hepatitis B y C negativos, se realizan serie de cuatro Hemocultivos y Urocultivos los cuales se reportan negativos. Dentro de los estudios radiológicos solicitados la radiografía de tórax de características radiológicas normales, Ultrasonograma abdominal el cual reporta Bazo aumentado de tamaño (14.1x7.9cms) heterogéneo con imagen hipoecoica que mide 5.3x6.4cms. Ecocardiograma transtorácico el cual se reporta de características sonográficas normales sin presencia de vegetaciones. Posteriormente

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente masculino de 38 años de edad, con un absceso esplénico en paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, con antecedente de foco infeccioso en vías urinarias, sin antecedente de traumatismo abdominal, endocarditis bacteriana. El paciente presentó síndrome febril de 1 mes de evolución, con presencia de dolor articular, dolor en hipocondrio izquierdo, con presencia de leucocitosis progresiva. Se realizó esplenectomía exitosamente, posteriormente se administraron antibióticos de amplio espectro, con evolución exitosa, administro esquema de vacunación para patógenos encapsulados. Este es el primer reporte de la literatura de un caso de absceso esplénico en nuestro hospital.

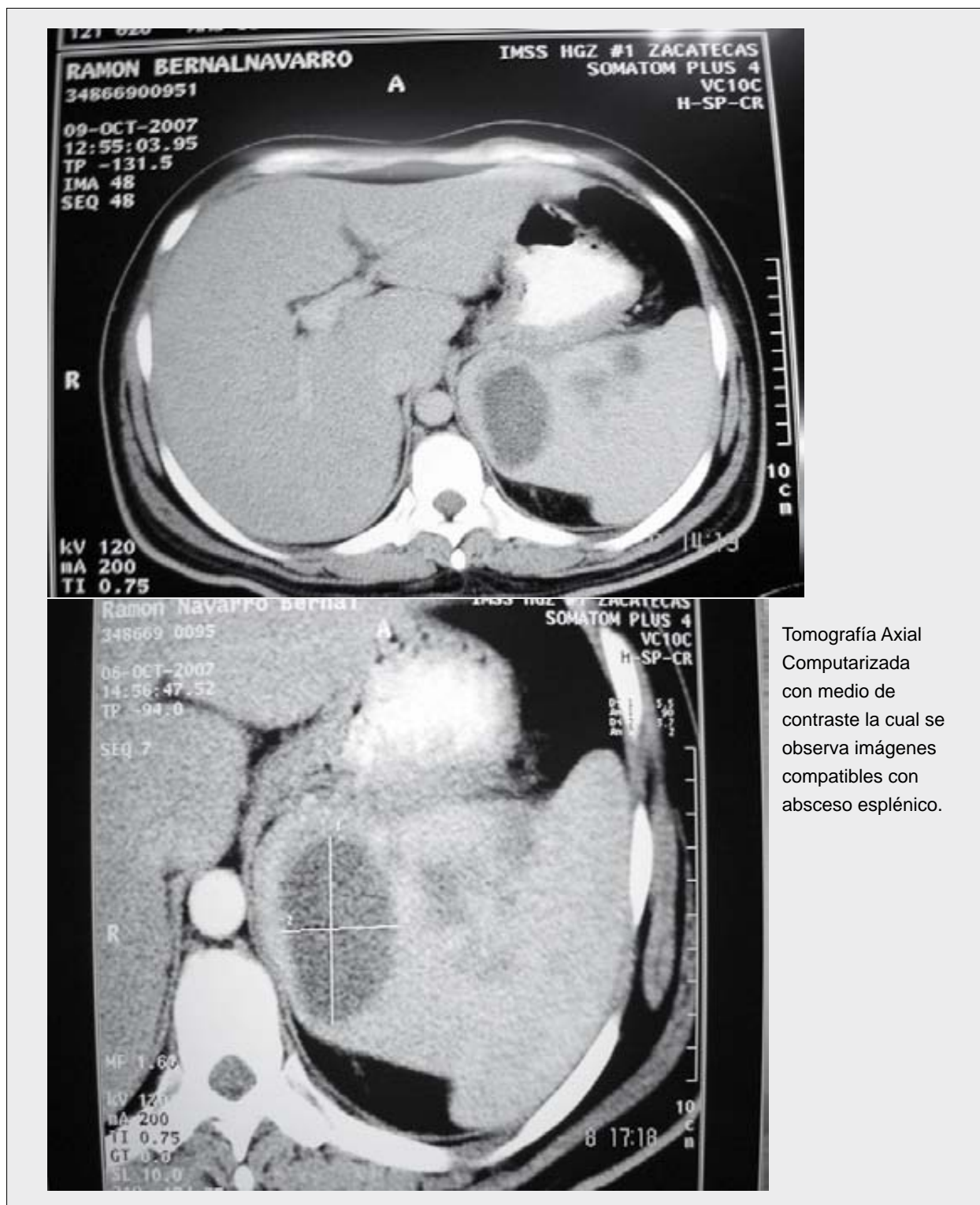
Palabras clave: absceso esplénico, endocarditis, esplenectomía, síndrome febril,

ABSTRACT

This case report describes 38-year old male, with history of type 2 Diabetes Mellitus. He was admitted to our hospital with a four week history of fever, malaise, and abdominal pain localized in the upper left quadrant. Blood Tests reported leucocytosis. Abdominal CT scan showed multiple hypodense lesions compatible with spleen abscess. Splenectomy was performed and IV antibiotic was started. Secretion culture was positive for Staphylococcus aureus. This case represents the first report of a spleen abscess in our hospital.

Keywords: Spleen abscess, endocarditis, splenectomy, fever.

FIGURA 1



se realiza Tomografía Axial Computarizada con medio de contraste la cual se observa imágenes compatibles con absceso esplénico (imagen 1), por lo que se inicia manejo con antibióticos de amplio espectro sin obtener mejoría clínica motivo por el cual posterior a estudio tomográfico de control (imagen 2), se realiza esplenectomía encontrando múltiples adherencias en toda su circunferencia hacia intestino, estómago e hígado, se envía pieza a laboratorio de patología para su estudio histopatológico el cual reporta

múltiples abscesos (imagen 3), Cultivo de secreción reportó cocos GRAM positivos (*Staphylococcus aureus*).

Se inicia manejo con antibióticos de amplio espectro a base de Cefepime 2 gr IV c-12hrs y Metronidazol 500mg IV c-8hrs durante 7 días con respuesta exitosa. El paciente se egresa y se administra esquema de vacunación para agentes encapsulados. Actualmente el paciente se encuentra asintomático 2 meses después de la esplenectomía.

FIGURA 2

Tomografía
después de
aplicación de
antibióticos



FIGURA 4

ETIOLOGIA DEL ABSCESO ESPLÉNICO

Aerobios	Gram-positivos cocos:	Streptococcus, Staphylococcus, Enterococcus.
	Gram-negativos bacilos:	Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Proteus, Pseudomonas species, Salmonella species.
Anaerobios	Peptostreptococcus, Bacteroides, Fusobacterium, Clostridium, Propionibacterium acnes.	
Polimicrobial	Mas de 50% casos	
Micóticos	Candida Flora unusual - Burkholderia pseudomallei (occasionalmente reportada en melioidosis), abscesos actinomicóticos y micobacterianos.	

DISCUSIÓN

El absceso esplénico es una rara entidad la cual se ha reportado con una frecuencia de 0.14-0.7% en series de autopsia, los rangos de mortalidad son del 47%, El manejo oportuno disminuye la mortalidad a 14%, la literatura sugiere predominio en hombres, todos los grupos de edad se pueden afectar sin embargo hay un aumento en la incidencia en la 4ª década de la vida.

El absceso esplénico tiene etiología diversa (imagen 4), la más común es por vía hematógena de foco infeccioso de cualquier parte del cuerpo, Endocarditis infecciosa en un 10-20%, tifoidea, paratifoidea, malaria, infección de tracto urinario, neumonía, osteomielitis, otitis, mastoiditis e infecciones pélvicas, Infartos esplénicos infectados, hemoglobinopatías, traumatismo esplénico, pacientes diabéticos, alcohólicos e inmunosuprimidos son el grupo más afectado.

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de fiebre en más del 90% de los casos, dolor abdominal en más del 60%, dolor en hipocondrio izquierdo en más del 39%, recordando que el dolor es por esplenitis, si esta involucrada la pleura diafragmática puede dar dolor en hombros, dolor pleurítico en base pulmones izquierda se agrava con la tos o con el esfuerzo espiratorio. Malestar general, dispepsia, datos clínicos de Sepsis, Edema de tejidos blandos, esplenomegalia en menos del 50%, en la radiografía de tórax se observa elevación del hemidiaphragma izquierdo 15%, pudiendo haber derrame pleural izquierdo 30%.

El tamaño y localización del absceso determina su relación con la afectación de otros órganos y sus posibles rutas de extensión o fistulización, los abscesos múltiples y pequeños tienden a formar su contenido en la capsula

FIGURA 3



Pieza de
esplenectomía.



Pieza de
esplenectomía
con corte
transversal.

esplénica, los abscesos crónicos del polo superior del bazo tienden a fistulizar hacia la pleura, los abscesos originados en el polo inferior pueden involucrar el ángulo esplénico colonico, el estomago, el páncreas pueden estar involucrados por continuidad.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

Citología hemática: demuestra leucocitosis mayor a 20,000 con desviación a la izquierda de la línea celular, los pacientes inmunodeprimidos pueden no presentar estas alteraciones, los cultivos positivos pueden sugerir el foco primario para documentar el diagnóstico.

Estudios de Imagenología

La radiografía de tórax revela cambios inespecífico, elevación de hemidiáfragma izq. (>30%), derrame pleural (>20%), las radiografías de abdomen no son de mucha utilidad a menos que se encuentre colección de gas o cambios en la densidad de los tejidos blandos, las imágenes con radio isótopos son de poco valor, el Ultrasonido es un método efectivo no invasivo económico con una sensibilidad del 75% y especificidad del 70%, sin embargo depende del operador. La TAC abdominal es el estudio radiológico de elección para el diagnóstico de absceso esplénico con una sensibilidad del 100%: La cual revela imágenes características de baja densidad las cuales se refuerzan con el medio de contraste intravenoso. Se puede delinear las medidas, topografía y posibles rutas de acceso a las estructuras esplénicas. Además de poder realizar el drenaje guiado de manera percutánea. La aspiración percutánea guiada por TAC o Ultrasonido para toma de muestra para cultivo y biopsia son la tendencia para el diagnóstico y tratamiento de esta patología, no se dispone de un sistema de estadificación de los abscesos esplénicos.

El tratamiento es a base de antibióticos de amplio espectro, drenaje percutáneo, esplenectomía abierta o laparoscópica, o drenaje abierto (Transpleural, extraperitoneal, abdominal, retroperitoneal)

Las complicaciones son la Hemorragia del parénquima esplénico, Neumotórax, Derrame pleural izquierdo, Absceso subfrénico, Perforación de Colon, Estomago, Intestino delgado, Pseudoquiste pancreático ó fístula, Trombocitosis post esplenectomía, Neumonía ó Atelectasias, Sepsis post esplenectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Faught W, Gilbertson J, Nelson E. "splenic abscess: presentation, treatment options, and results". *Am J Surg*. 1989, 158(6):612-4.
2. Ng K, Lee T, Wan et al. "*Splenic abscess: diagnosis and management*". *Hepatogastroenterology* 2002, 49(44):567-77
3. Sangchan A, Mootsikapun P, Mairiang P. " Splenic abscess: clinical features, microbiologic finding, treatment and outcome". *J Med Assoc Thai*. 2003, 86(5):436-41
6. Tung C, Chen F, Lo C. "Splenic abscess: an easily overlooked disease?" *Am Surg* 2006, 72(4):322-5.
7. Liu K, Shyr Y, Su Ch, et al. "Splenic abscess-a changing trend in treatment". *S Afr Surg* 2000, 38(3):55-7
8. Rerbakken G, Schulz T, Swensen T. "Splenic abscess. Diagnosis and treatment". *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997, 117(13):1908-10
9. Chiang I, Lin T, Tsai M. "Splenic abscesses: review of 29 cases". *Kaohsiung J Med Sci* 2003, 19(10):510-5
10. Teich S, Oliver G, Canter J. "The early of splenic abscess". *Am Surg* 1986, 52(6):303-7
11. Green B. "Splenic abscess: report of six cases and review of the literature". *Am Surg* 2001, 67(10):1014-4
12. Jang T, Fung C. "Treatment of pyogenic splenic abscess: nonsurgical procedures". *J Formos Med Assoc* 1995, 94(6):309-12

13. Schwerk W, Görg C, Görg K, et al. "Ultrasound-guided percutaneous drainage of pyogenic splenic abscesses". *J Clin Ultrasound* 1994, 22(3):161-6
14. Kogo H, Yoshida H, Mamada Y, et al. "Successful percutaneous ultrasound-guided drainage for treatment of a splenic abscess". *J Nippon Med Sch* 2007, 74(3):257-60
15. Paris S, Weiss S, Ayers W, et al. "Splenic abscess". 1994, 60(5):358-61

GERARDO GAYTAN GONZÁLEZ *

JESÚS RAMÍREZ ESPINO **

ABRAHAM GERARDO CÁRDENAS ROQUE ***

GONZALO ISRAEL GUTIÉRREZ DÍAZ ***

ADRIÁN FRANCISCO ÁVILA MORFÍN ***

PAMELA JUDITH ORTIZ CASTRO ***

XÓCHITL ADRIANA MACÍAS VÁZQUEZ ***

CESAR MANUEL SALAZAR PEÑA ***

JUAN JOSÉ CRUZ CRUZ ***

*Medico Adscrito y Endocrinólogo

** Medico Adscrito y Internista

***Residente 1er año de Medicina Interna

Correspondencia

Servicio de Medicina Interna

Hospital General de Zona No. 1 IMSS, Zacatecas.

jerrynd_76@hotmail.com

CONFLICTO DE INTERÉS NULO



Massimiliano Pugliese