

CIRUGÍA**ABSCESO ESPLÉNICO
CASO CLÍNICO**

Natalia Montero Brenes*
Shirley Brizuela Cruz**

SUMMARY

Splenic abscess is a rare entity, with a reported frequency of 0, 14 y 0, 7%. Its reported mortality rate is still high, up to 47%, and can potentially reach 100% among patients who do not receive antibiotic treatment. Appropriate management can decrease the mortality to less than 10%. The timely and widespread use of imaging methods (eg, computed tomography [CT] scanning, ultrasonography) facilitates early diagnosis and guides treatment, thus improving the prognosis.

**PRESENTACION DE
CASO CLINICO**

En la actualidad los abscesos esplénicos son poco frecuente en nuestro medio, muchos estudios muestran una incidencia muy baja de esta patología, sin embargo presenta un alto grado de mortalidad sin no se trata de manera temprana, ya que son más comunes en la población adulta mayor, con comorbilidades y estados de inmunosupresión. De ahí radica la importancia de realizar un diagnóstico oportuno mediante estudios de gabinete e instaurar medidas terapéuticas y quirúrgicas basadas en la condición de cada paciente con el fin de mejorar la recuperación y pronóstico de vida de estos.

Femenina de 72 años, vecina de Golfito km 2, Costarricense, conocida portadora de Diabetes Mellitus Tipo II en tratamiento con Insulina NPH 30 U SC a.m. , Hipertensión Arterial en tratamiento con Atenolol 50 mg/día, AAS 100 mg/día, Furosemida 40mg/día, Amlodipina 5 mg bid, Dislipidemia en tratamiento con Gemfibrozilo 1200g / 24 hrs y antecedentes de Cardiopatía con Bloqueo AV de 2do grado además antecedentes de Insuficiencia Renal Crónica con Síndrome Nefrótico. Antecedente quirúrgico

INTRODUCCIÓN

* Hospital de Golfito. Área de Emergencia.

** Hospital de Golfito. Área de Vigilancia Epidemiológica

de importancia Amputación Supracondílea Miembro Inferior Izquierdo en el Hospital San Juan de Dios secundario a isquemia subaguda en Ms Inferiores en Mayo del 2010. Antecedentes de cuadros de Infección del tracto Urinario a repetición con Ingreso el 30 de Noviembre del 2010 por cuadro confusional agudo en el pos-operatorio No.09 días de amputación supracondílea se ingresa por Infección del tracto urinario y se inicia tratamiento con ciprofloxacina 500mg/día por 10 días + cefalotina 1g c/6 hrs IV con egreso al término y Urocultivo con resultado Negativo. Posteriormente Ingreso por Infección tracto Urinario el 11 de Octubre del 2010 MC con clínica de Fiebre y escalofríos y se documenta en esta ocasión Urocultivo positivo por *Klebsiella sp.* por lo que se inicia cobertura con Ciprofloxacina 500mg/día por 10 días. Se ingresa nuevamente por infección del tracto urinario el 23 de Octubre del 2010 con Urocultivo negativo recibió Tratamiento con Ciprofloxacina 500mg/día por 10 días.

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa el 05 de noviembre al servicio de emergencias por cuadro de sensación de dificultad respiratoria, asociado a mal estado general. Al examen físico Consiente, Orientada en las

tres esferas con palidez en piel y mucosas, deshidratada con lesiones sugestivas de tiña corporis en abdomen, glúteos y en región perianal con examen al fresco positivo con micelios y blastosporas semejantes a *candida albicans sp.* Campos Pulmonares bien ventilados con murmullo vesicular conservado Ruidos Cardíacos Rítmicos PA: 115/55 mmHg PAM: 73mmHg FC: 71 x' So2: 97% Abdomen B/D, doloroso en hemiabdomen superior sin otros datos patológicos. Los resultados de laboratorio con leucocitosis importante con desviación a la izquierda, con una acidosis respiratoria compensada con una alcalosis respiratoria AG: 11,5. (Cuadro 1) Se inicia tratamiento con Ampicilina + Oxacilina por Orina francamente purulenta y con grumos por sonda Foley y se ingresa al servicio de medicina de Mujeres con el diagnóstico de Infección del tracto urinario. Al segundo día de su ingreso la paciente evoluciona de forma tórpida, con deterioro de su

estado general con hipotensión que requirió administración de Dopamina a 10 cc/hr por lo que se cambia cobertura a Cefotaxime 1g cada 8 hrs + Vancomicina 500mg cada 12 hrs+ Meropenem 1g cada 12 hrs + Fluconazol 400mg cada día VO. Se le realizan laboratorios y gabinete de control donde se documenta en la Radiografía de Tórax un infiltrado parahiliar y basal derecho por lo que se le realiza esputo por piógenos con resultado de Estudio positivo con *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*. Al tercer día se adecua dosis de Cefotaxime a 1g cada 12 hrs de acuerdo a aclaramiento renal en 25 cc/ min y se obtiene resultado de Urocultivo positivo por *Klebsiella pneumoniae* blea + y los Hemocultivos a las 24 y 48 hrs Negativos. Se le realiza US de abdomen donde se documenta imagen líquida esplénica de aproximadamente 109x 65mm, datos de Nefropatía crónica, colelitiasis, Hepatomegalia Grado II-III y esplenomegalia Grado I. A la paciente se le realiza drenaje

Cuadro 1. Resultado de exámenes

| | 05 Nov 10 | 08 Nov 10 |
|-------------------------|------------|-----------|
| Hemoglobina | 6,8g/dl | 7,7g/dl |
| leucocitos | 40,1/ul | 24,27/ul |
| Neutrofilos | 87,2% | 88,3% |
| Glicemia | 118 mg/dl | 161 mg/dl |
| Nitrógeno Uréico | 36 mg/dl | 38 mg/dl |
| Creatinina | 3.81 mg/dl | 2,99mg/dl |
| GGT | 74 U/L | |

percutáneo guiada por ultrasonido de absceso esplénico bajo sedación por el alto riesgo quirúrgico para esplenectomía, sin embargo se logra extraer de forma parcial aproximadamente 5cc el cual se envió a cultivo con resultado positivo por *Aspergillus sp.*

DISCUSIÓN DEL CASO

Los abscesos esplénicos son poco frecuentes y no se conoce su incidencia real en la población general. Algunos estudios en autopsias muestran cifras de frecuencia que van entre 0,2% y 0,7% (1). La historia natural de esta enfermedad está asociada a una mortalidad que varía entre 47%-100%, la que según algunas publicaciones disminuye con el tratamiento de 0% a 14% (9). El absceso esplénico tiene etiología diversa, 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 (2). Los patógenos implicados varían entre los distintos estudios publicados, pero en general se

trata de especies aerobias (más de 50%), esencialmente cocos grampositivos, en especial del género *Streptococcus* y *Staphylococcus*, con menos frecuencia bacilos gramnegativos y fundamentalmente *Escherichia coli* y *Proteus sp* (12)(1). Se han descrito una frecuencia creciente de aislamientos de microorganismos aerobios gramnegativos en los abscesos esplénicos; estos microorganismos a menudo proceden de focos infecciosos situados en las vías urinarias, vinculados a bacteremia o de otro punto de la cavidad abdominal. Las especies de anaerobios solo son la causa de 5% de los casos. La neutropenia y el uso crónico de corticoesteroides predisponen a abscesos esplénicos por candida al igual que la candidiasis crónica diseminada (3). El *Aspergillus* por diseminación de la mucosa gastrointestinal invade venas esplénicas que resulta en infarto esplénico y aumenta el riesgo de desarrollar abscesos esplénicos (7). La manifestación más frecuente es la fiebre, seguida del dolor abdominal y escalofríos. La triada de fiebre, dolor en cuadrante superior izquierdo y masa blanda es muy sugestiva. (10). El 60-80% de los pacientes presenta leucocitosis y al examen físico 50% presentan esplenomegalia. En el 50-80% puede tener alteraciones inespecíficas en la radiografía simple de tórax. Los

hemocultivos son positivos en menos de la mitad de los casos. Atendiendo a la presentación clínica inespecífica de los abscesos esplénicos, el diagnóstico se realiza mediante ecografía o TC abdominales. En décadas recientes se ha incrementado el interés y la experiencia en el uso de la aspiración, drenaje y biopsia percutánea guiada por ultrasonido y tomografía computarizada como diagnóstico y/o tratamiento de los trastornos esplénicos incluido el absceso esplénico (4).

La ecografía presenta una sensibilidad del 76%, da hallazgos sugestivos de cavidades abscedadas esplénicas, los abscesos grandes son fácilmente detectados, sin embargo los pequeños pueden pasar inadvertidos (8); resulta adecuada como exploración inicial, pero es menos sensible y suele mostrar una lesión hipoeoica o anecoica, en ocasiones con áreas de ecogenicidad irregular o gas en su interior. La TC con contraste es la prueba más sensible para el diagnóstico de absceso esplénico (sensibilidad > 90%). Muestra un área hipodensa fluida o con tejido necrótico en el interior de un bazo homogéneo, y es poco frecuente la captación de contraste en la pared. Se debe plantear el diagnóstico diferencial con el hematoma esplénico (se debe valorar el antecedente traumático o la iatrogenia). Se tiene poca

experiencia con la resonancia magnética, aunque es una prueba muy sensible para la detección de otros abscesos abdominales. El absceso no tratado tiene una mortalidad muy alta (60%), que disminuye al 14% en los pacientes tratados quirúrgicamente. Las complicaciones más frecuentes son la perforación (6%) y la fistulización gastrointestinal o pleural, hemorragia del parénquima esplénico, neumotórax, derrame pleural izquierdo, absceso subfrénico, perforación de colon, estómago, intestino delgado, pseudoquiste pancreático ó fistula, trombocitosis post esplenectomía, neumonía ó atelectasias, sepsis post esplenectomía (5). Aunque la antibioticoterapia y la esplenectomía son tradicionalmente considerados el tratamiento de elección (6), la esplenectomía con antibióticos de amplio espectro se ha considerado un tratamiento estándar y sigue siendo el mejor enfoque en caso de abscesos complejos multiloculares o abscesos múltiples. Sin embargo, el drenaje percutáneo ha funcionado bien en pequeños abscesos individuales (<3cm) en algunos estudios y también es de utilidad en pacientes con riesgo quirúrgico elevado. A los pacientes sometidos a esplenectomía habrá que vacunarles contra microorganismos encapsulados

(*streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*). El factor más importante en el tratamiento de los abscesos esplénicos es el diagnóstico oportuno. (11) El tratamiento quirúrgico suele ser la esplenectomía, aunque el drenaje percutáneo guiado por TC o ecografía tiene éxito en el 50-90% de los casos. El drenaje percutáneo está indicado en pacientes con riesgo postquirúrgico, anestesia general, drenaje quirúrgico o esplenectomía. Algunos autores reportan que el drenaje percutáneo es considerado de primera línea, reservando la esplenectomía solo para casos excepcionales. (5)

RESUMEN

El Absceso esplénico es una entidad poco frecuente, con una frecuencia reportada de 0, 14 y 0, 7%. Su tasa de mortalidad reportada sigue siendo alta, hasta 47%, y potencialmente puede llegar al 100% en los pacientes que no reciben tratamiento antibiótico. El manejo apropiado puede disminuir la mortalidad a menos del 10% y la utilización oportuna y generalizada de los métodos de imagen (por ejemplo, la tomografía computarizada [TC] y ecografía) facilita el diagnóstico precoz y el tratamiento, lo que mejora el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Al-Salem Ahmed H. Splenic Complications of Sickle Cell Anemia and the Role of Splenectomy. ISRN Hematology.2011.
2. Cárdenas Roque Abraham G, González Gerardo G, Ramírez Espino Jesús, Absceso Esplénico: Reporte de caso Clínico. Medigraphic, Investigación en Salud.2007.
3. Carpenter Christopher F, Swami Aditi. Splenic Abscess. Johns Hopkins Medicine.2011.
4. Ebright, John R. MD, ed al, Splenic Infarction and Abscess in the Setting of Infective Endocarditis: A Review of Diagnostic Methods and Management. Infectious Diseases in Clinical Practice.2007.
5. Fauci Antony S, Braunwald Eugene, et al. Harrison Principios de Medicina Interna 17th edición. Mc Graw Hill. México D.F.
6. Ferraioli Giovanna, Brunetti Enrico, et al. Management of splenic abscess: report on 16 cases from a single center. International Journal of Infectious Diseases.2009.
7. Figueroa Johnatan ed al. Splenic Abscess due to Aspergillus. Calicut Medical Journal. 2010.
8. Gupta Shilpi, Singh Onkar. Splenic abscesses: Reports of two cases with review of the literature. Annal of Tropical Medicine and Public Health.2012
9. Iñiguez C Armando, Butte B Jean Michel, ed al. Abscesos esplénicos. Comunicación de siete casos y revisión de la literatura. Revista Médica de Chile.2008.
10. Lee Won-Suk , Choi Sang Tae, Kuk Kim Keon. Splenic Abscess: A Single Institution Study and Review of the Literature. Yonsei Medical Journal.2011.
11. Thanos Loucas , et al. Percutaneous CT-Guided Drainage of Splenic Abscess. American Journal of Roentgenology.2002.
12. Villamil-Cajoto Iago, Lado FL, Eynde-Collado A Van den y Díaz-Peromingo José Antonio. Abscesos esplénicos. Presentación de nueve casos. Revista Chilena de Infectología. 2006.