

## **ABSCESO ESPLÉNICO EN UN PACIENTE ADULTO. REPORTE DE CASO**

### **Autores:**

Joel David Monzón Li <sup>1</sup>

Juan José Urquía Pérez <sup>2</sup>

Luis Miguel González Delgado <sup>3</sup>

### **Tutores:**

Dra. Amanda Rodríguez Chaviano <sup>4</sup>

Dr. Mayquel Monzón Rodríguez <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Estudiante de Quinto Año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía General

<sup>2</sup> Estudiante de Segundo Año de Medicina. Alumno Ayudante de Dermatología

<sup>3</sup> Estudiante de Segundo Año de Medicina. Alumno Ayudante de Cardiología

<sup>4</sup> Residente de Cuarto Año en Cirugía General

<sup>5</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

**Cienfuegos, 2023**

## `` Año 64 de la Revolución ``

### RESUMEN

*Introducción:* el absceso esplénico es una entidad poco común. Se define como la presencia de una lesión ocupante de espacio en el bazo asociada a infección. Ha sido descrito en 0,14-0,7 % de los estudios de autopsias. Presenta un cuadro clínico inespecífico con dificultad en su diagnóstico.

*Objetivo:* caracterizar un caso de absceso esplénico en un paciente adulto masculino

*Presentación del caso:* se asiste el caso de un paciente de 60 años blanco masculino que acude al hospital por presentar cuadro de fiebre y diarreas con dolor en fosa lumbar izquierda. Es ingresado y trasladado a unidad de terapia debido a fallo renal agudo por deshidratación. Al trasladarse a sala abierta se diagnostica un absceso esplénico mediante ultrasonido y tomografía. No se decide operar en ese momento porque no tenía criterio. Posteriormente hace cuadro de abdomen agudo y shock séptico por ruptura del absceso hacia cavidad abdominal y es intervenido de urgencia realizando esplenectomía y toilette de la cavidad. Su evolución posterior fue favorable.

*Conclusiones:* el absceso esplénico es una entidad infrecuente que muchas veces es de difícil diagnóstico. Este puede obedecer a varias causas como infecciones, traumatismos, quimioterapia, hemoglobinopatías y procesos infecciosos contiguos. Se caracteriza por la triada de fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y esplenomegalia, aunque el cuadro puede ser inespecífico. La tomografía constituye el medio de elección para el diagnóstico del mismo. Su tratamiento incluye el uso de antibióticos junto con la esplenectomía o el drenaje percutáneo según indicaciones.

**Palabras clave:** absceso; bazo; esplenomegalia; reporte de caso

## **ABSTRACT**

*Introduction:* the splenic abscess is a rare entity. It is defined as the presence of a space-occupying lesion in the spleen associated with infection. It has been described in 0.14-0.7% of autopsy studies. It presents a non-specific clinical picture with difficulty in its diagnosis.

*Objective:* to characterize a case of splenic abscess in an adult male patient.

*Case report:* the case of a 60-year-old white male patient who comes to the hospital with symptoms of fever and diarrhea with pain in the left lumbar fossa is seen. He is admitted and transferred to a therapy unit due to acute renal failure due to dehydration. When transferred to the open room, a splenic abscess was diagnosed by ultrasound and tomography. He did not decide to operate at that moment because he had no criteria. Subsequently, he had an acute abdomen and septic shock due to rupture of the abscess into the abdominal cavity and underwent emergency surgery, performing a splenectomy and toilette of the cavity. His subsequent evolution was favourable.

*Conclusions:* splenic abscess is a rare entity that is often difficult to diagnose. This can be due to several causes such as infections, trauma, chemotherapy, hemoglobinopathies and contiguous infectious processes. It is characterized by the triad of fever, pain in the left upper quadrant, and splenomegaly, although the condition may be nonspecific. Tomography is the means of choice for its diagnosis. Its treatment includes the use of antibiotics along with splenectomy or percutaneous drainage as indicated.

**Key words:** abscess; spleen; splenomegaly; case report

## **INTRODUCCIÓN**

El absceso esplénico (AE) es una entidad poco común. Se define como la presencia de una lesión ocupante de espacio en el bazo asociada a infección. Ha sido descrito en 0,14-0,7 % de los estudios de autopsias. Debido a que el cuadro clínico con que se presenta es muy raro, muchos casos no se diagnostican en vida, pues no se tiene en cuenta en el diagnóstico inicial de los pacientes con síntomas abdominales y alrededor de un 37 % se

hallan en necropsias. Las series informadas más grandes rara vez incluyen más de 10 pacientes en períodos que abarcan hasta 20 años. Su historia natural está asociada a una elevada mortalidad, entre 13-25 %. Otros autores como Acosta Brunaga LD, et al.,<sup>1</sup> plantean cifras entre 47-100 % en pacientes sin tratamiento y de un 0-14 % en aquellos que lo han recibido. Se presenta con más frecuencia en pacientes adultos varones.<sup>2-5</sup>

La literatura sobre este tema no es muy abundante y la encontrada no aborda sobre epidemiología de la enfermedad, pues en la mayoría solo se limita a discutir los casos presentados. Tampoco se encontraron datos sobre esta patología en el país.

La mayoría de los AE son sépticos, los hemocultivos y los cultivos de fluidos frecuentemente revelan el patógeno causante. Entre los más frecuentes se encuentran *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Salmonella spp*, *Enterococcus* o *Pseudomonas*. Son menos frecuentes los gérmenes anaerobios y hongos. También se han reportado AE asépticos, los cuales son raros, siendo la mayoría de los casos reportados desde los países europeos.<sup>1,2,4-6</sup>

Aunque los hongos no son tan frecuentes, con el creciente número de pacientes inmunocomprometidos se agregaron patógenos como: *Cándida*, *Aspergillus* y *Mucormycosis*. En pacientes con VIH también se ha reportado *Leishmania* y *Pneumocystis jirovecii* en menor cantidad.<sup>6-8</sup>

Se registran numerosas causas del AE como infecciones intraabdominales, endocarditis infecciosas, diabetes mellitus, malignidad, inmunosupresión o inmunodeficiencias, como en el caso de enfermedades hematológicas (leucemias y linfomas), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), pacientes portadores de trasplante y uso de medicamentos inmunosupresores, además de pacientes que abusan de drogas parenterales. Otra causa muy reconocida son los traumatismos esplénicos que generan hematomas, con tejido contuso o pequeñas zonas de microinfartos los cuales pueden infectarse y manifestarse como un absceso dentro de 2 a 4 semanas aproximadamente.<sup>1,2,4,5</sup>

Se reconocen otros factores de riesgo de esta entidad como el alcoholismo, la artritis reumatoidea, la amiloidosis, el síndrome de Felty, el lupus eritematoso sistémico, sarcoidosis, las extracciones dentales y la ictericia hemolítica familiar, entre otros. Se plantea que los pacientes inmunocomprometidos tienen un riesgo de un 25-28 % de sufrir de AE. <sup>6-8</sup>

Los AE asépticos se han asociado con una serie de enfermedades, principalmente enfermedad inflamatoria intestinal como la enfermedad de Crohn, configurándose en una manifestación extraintestinal y para muchos autores, como un nuevo síndrome. Las leucemias, los linfomas y las metástasis de tumores sólidos, se relacionan también con la forma aséptica. <sup>2,6</sup>

En la actualidad se plantean cinco mecanismos etiopatogénicos mediante los cuales se puede formar un AE. Estos son la presencia de una infección preexistente con diseminación hematogena como en la endocarditis, la tuberculosis <sup>9</sup> o en personas que usan drogas intravenosas. Camilo Correa J, et al., <sup>8</sup> también plantea las infecciones urinarias como causa de diseminación hematogena. Otro mecanismo es por contigüidad como en el caso de abscesos subfrénicos, perforaciones gástricas y colónicas, y pancreatitis infectada; hemoglobinopatías como la anemia de células falciformes que dan lugar a embolismo celular; quimioterapia sobre todo los esquemas empleados en la leucemia, y los traumatismos esplénicos, muchas veces mal tratados con métodos como la angioembolia. <sup>1,5,7,10</sup>

El diagnóstico de esta entidad se hace bastante trabajoso por lo inespecífico de su cuadro. Se plantea una tríada descrita por Sarr y Zuidema de fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y masa palpable a ese nivel. Algunos incluyen la leucocitosis.

Otros síntomas que se pueden presentar son náuseas, vómitos, pérdida de peso, disminución de ruidos respiratorios en el lado izquierdo, derrame pleural, soplo sistólico y esplenomegalia. <sup>1,4,7</sup> Con el desarrollo de las imágenes en la medicina la cantidad de pacientes diagnosticados con AE ha aumentado respecto a años anteriores.

**Problema científico:** ¿Cuáles son las características del absceso esplénico que ayudan a un correcto diagnóstico?

**Justificación del problema:** el AE es una entidad de presentación poco común, de la cual no se habla mucho en la literatura, pues debido a lo inespecífico del cuadro clínico, su diagnóstico a veces pasa por alto o se realiza con gran dificultad por no pensar en el mismo. Por esta razón, se requiere de una correcta utilización del método clínico para el diagnóstico de esta enfermedad, sin olvidar el uso de las imágenes, que en este caso son de gran valor.

Por lo novedoso del tema los autores decidieron realizar la siguiente presentación que tiene el *objetivo* de caracterizar un caso de absceso esplénico en un paciente adulto masculino.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente RGD de 60 años de edad, blanco, masculino, de procedencia urbana que acude el día 30 de agosto de 2022 al Cuerpo de Guardia de Medicina Interna del Hospital General Universitario ``Dr. Gustavo Aldereguía Lima`` por presentar fiebre de 38 °C y diarreas. El paciente tiene antecedentes patológicos personales de ser bebedor habitual y padecer hipertensión arterial para lo cual lleva tratamiento regular con Enalapril (20 mg) 1 tableta en la mañana y otra en la noche. Además padece de gota para lo cual lleva tratamiento con Alopurinol (100 mg) y Colchicina (0,50 mg) durante las crisis. El paciente también refiere antecedentes patológicos familiares de una abuela con diabetes mellitus tipo 2.

Ahora acude porque comenzó con fiebre de 38,5 ° C acompañada de escalofríos la cual cedió con el uso de antipiréticos, además de cinco deposiciones diarreicas de pequeña cuantía, acuosas, amarillas, sin flemas ni sangre; presentaba también dolor en fosa lumbar izquierda y decaimiento. Al interrogatorio se recogió la historia de un ingreso previo el día 18 del mismo mes por haber presentado un cuadro similar que requirió ingreso en una Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) debido a un fallo renal agudo por deshidratación. Al examen físico solo tenía las mucosas hipocoloreadas. FR: 16 respiraciones por minuto, FC: 82 latidos por minuto y TA: 100/60 mmHg. Por todo lo anterior se decide ingreso en sala abierta de medicina con una impresión diagnóstica de una Enfermedad diarreica aguda (EDA) acompañada de un síndrome de deshidratación.

Se indica hidratación parenteral con solución salina al 0,9 %, antibioticoterapia con Ceftriaxona y la realización de exámenes complementarios de sangre.

El paciente es evolucionado al día siguiente y continuaba con diarreas además de oliguria. Es examinado y se encontró FC: 96 latidos por minuto y TA: 80/60 mmHg, indicándose complementarios de urgencia. Estos mostraron los siguientes resultados:

<b>31 de agosto</b>	Gasometría arterial		
Hb: 105 g/L	Na:128,7 mmol/L	pH: 7,46	cHCO <sub>3</sub> :15,5mmol/L
Hto: 0,34	K: 3,10 mmol/L	pO <sub>2</sub> : 46,2 mmHg	BE: -6,4 mmol/L
Creatinina:253µmol/L	Cl:97,6 mmol/L	pCO <sub>2</sub> : 22,2 mmHg	AG: 18,7 mmol/L

Ultrasonido (UTS) abdominal: no se visualiza páncreas por gases, vesícula biliar tampoco se visualiza. Hepatoesplenomegalia ligera. Se observa en el bazo una imagen compleja hacia polo inferior que mide 89x71 mm con ecos en su interior con otra encima de esta de similares características de 28x32 mm. Riñón derecho con presencia de dos litiasis de 7 mm la mayor hacia grupo calicial del medio. Riñón izquierdo con varias litiasis, la mayor de 15 mm hacia grupo calicial superior. No hidronefrosis, parénquima conservado con buena relación seno parénquima. No líquido libre en cavidad.

Al analizar los mismos se constató la elevación de las cifras de creatinina y un desequilibrio hidroelectrolítico dado por hiponatremia e hipopotasemia además de anemia ligera por lo que se pide interconsulta con especialistas en Nefrología y Terapia Intensiva. Ambos coinciden en que el paciente presenta un cuadro de deshidratación isotónica ligera secundaria a EDA con fallo renal agudo prerrenal por lo que se decide su traslado hacia la UCI Clínica, para tratamiento, indicándose hidratación parenteral, suspensión de medicación antihipertensiva debido a la hipopotasemia, monitorización cardiovascular, antibioticoterapia con Metronidazol y Ciprofloxacina por vía parenteral, además de protección gástrica, anticoagulación, antianémicos, modificaciones dietéticas y la medición y cuantificación de la diuresis, entre otras acciones propias de los cuidados intermedios.

El paciente continúa con deposiciones diarreicas que al paso de los días se vuelven pastosas y evoluciona de forma satisfactoria evidenciándose por mantenerse estable clínicamente y mostrar un descenso en las cifras de creatinina sérica que se realizaron en los complementarios diarios:

Complementarios	1 de septiembre	2 de septiembre	3 de septiembre	4 de septiembre
Hb (g/L)	94	100	97	94
Hto	0,3	0,32	0,31	0,3
Creatinina (µmol/L)	205	180	159	116

Se indica repetir UTS abdominal el día 2 de septiembre que evidenció como datos positivos la presencia de esplenomegalia ligera y de tres imágenes de aspecto T ubicadas en polo superior de 6,3x2 cm, todas mostrando el mismo patrón mixto, además de las litiasis renales anteriormente descritas. No se visualizaron adenopatías intraabdominales.

Debido a su evolución favorable el paciente se traslada a sala abierta de Medicina Interna el día 5 de septiembre, en donde se realiza interrogatorio más amplio que revela el antecedente de cuadros de diarrea con flema y sangre a repetición hace 3 años, acompañado de fiebre vespertina y escalofríos, que hace 2 años comenzó seguimiento por Coloproctología que realizó rectoscopia en ese tiempo observándose mucosas hiperémicas con abundantes flemas, no sangre, progresando hasta 25 cm tomando parte del sigmoides y del recto. Además se observó fisura anal por lo que se sugirió realizar colonoscopia que nunca se hizo. Por toda la historia, se indica estudio de vías digestivas indicándose tomografía axial computarizada (TAC) simple de abdomen por no haber disponibilidad de contraste. Se mantiene tratamiento antibiótico con Ciprofloxacina por vía oral.

Se realiza TAC el día 7 de septiembre que informó: derrame pleural bilateral con lesiones inflamatorias en base pulmonar derecha (BPD), hepatomegalia de 2 cm. No se visualizó la vesícula biliar. Vías biliares y páncreas normales. Se observan dos litiasis en riñón izquierdo, la mayor de 13 mm en cáliz medio y otra menor en cáliz inferior. No hidronefrosis. Esplenomegalia con varias imágenes hipodensas en su interior, la mayor de 8,7x5,5 cm que pudiera estar en relación con absceso. Vejiga insuficiente, no líquido libre en cavidad, no adenopatías. En cresta ilíaca izquierda se observa imagen transparente que no rompe la cortical.

Una vez recibido el informe de la TAC se interpretan los hallazgos y se diagnostica un AE por lo que se pide interconsulta con especialista en Cirugía, el cual examina al paciente y solo encontró dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo sin reacción peritoneal, con cierto empastamiento y maniobra de Shuster negativa, por lo que se decide que no tributa de tratamiento quirúrgico de urgencia por el momento y se discute por colectivo de cirujanos para cirugía electiva y posterior estudio histológico.

El día 8 de septiembre se realiza ecocardiograma que resulta normal. (Aparato valvular normal, sin vegetaciones, cavidades normales, diástole prolongada, no masa intracardíaca y no derrama pericárdico). Se cambia tratamiento antibiótico con Ceftazidima y Clindamicina parenteral.

En horas de la madrugada del 9 de septiembre el paciente comienza con temblores generalizados, fiebre de 39 °C que no cedió interpretándose como un cuadro de bacteriemia. Además se encontraba inapetente y con decaimiento marcado. Presentó una deposición líquida en horario de la mañana encontrándose oligúrico. Al examen físico mucosas secas, estertores crepitantes a la auscultación en BPD, abdomen doloroso en hipocondrio izquierdo el cual estaba abombado. FR: 24 respiraciones por minuto, FC: 114 latidos por minuto, TA: 90/60 mmHg, Sat O<sub>2</sub>: 90 %. Se indican complementarios urgentes que muestran persistencia de la anemia, elevación ligera de cifras de creatinina y la gasometría demuestra la existencia de un desequilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia) y ácido básico (alcalosis respiratoria):

#### 9 de septiembre

#### Ionograma y Gasometría arterial

Hb: 94 g/L	Ltos: 10,04 x 10 <sup>9</sup> /L	Na: pendiente	pH: 7,57	cHCO <sub>3</sub> : 19,7 mmol/L
Hto: 0,30	Stab: 0,00	K: 2,69 mmol/L	pO <sub>2</sub> : 115,1 mmHg	BE: -0,9 mmol/L
Creatinina: 120 µmol/L	Seg: 0,75	Cl: 96,9 mmol/L	pCO <sub>2</sub> : 21,6 mmHg	AG: faltan datos
TS: 2 min	Linf: 0,25			
TC: 7 min	Mon y Eos: 0,00			

Ese mismo día se recibe resultado de lámina periférica que muestra normocitosis, hipocromía x, propia de los procesos crónicos, leucocitosis ligera, neutrofilia, sin alteraciones cualitativas de linfocitos. Plaquetas adecuadas en número y agregadas.

Rápidamente se interconsulta con Cirugía que decide realizar tratamiento quirúrgico de urgencia. Se corrige trastorno hidroelectrolítico del paciente y es llevado al salón a las

3:30pm del mismo día 9 de septiembre. Se realiza laparotomía exploradora, accediéndose a cavidad abdominal a través de una incisión media indiferente. Una vez en cavidad se halla esplenomegalia de +/- 25x15 cm (Figura 1) con presencia de líquido turbio en celda esplénica, con absceso en polo superior de 10 cm en cara visceral intraparenquimatosa de contenido purulento y fétido (Figura 2). Resto de la cavidad normal. Se procede a realizar esplenectomía, toilette de la cavidad con 12L de solución salina tibia y se colocan dos drenajes, uno en celda esplénica y otro en fondo de saco de Douglas. Se cierra abdomen por planos dejándose puntos subtotales. Se envía pieza a Anatomía Patológica para estudio histológico.



**Figura 1.** Se observa esplenomegalia de 25x15

cm. *Fuente:* Foto tomada por los autores.



**Figura 2.** Se observan cavidades en el bazo

producidas por los abscesos. *Fuente:* Foto tomada por los autores.

En el postoperatorio el paciente sufre un cuadro de edema agudo del pulmón para lo cual se administró 80 mg de Furosemida y 10 mg de Morfina, mostrando mejoría del cuadro. Luego se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente necesitando de apoyo vasoactivo con Norepinefrina a razón de 0,3 µg/kg/min por presencia de cuadro de shock multifactorial (séptico e hipovolémico) y antibioticoterapia con Vancomicina, Clindamicina y Meropenem. El paciente muestra evolución favorable trasladándose el día 11 de septiembre hacia UCI Quirúrgica donde sigue evolucionando favorablemente hasta pasar a sala abierta de Cirugía el día 14 de septiembre y posteriormente ser dado de alta.

Se le da seguimiento en consulta a la semana del alta donde se recibe resultado de biopsia de la pieza quirúrgica que informó la presencia de absceso esplénico, hematoma subcapsular y hemorragia intraparenquimatosas, sin otras alteraciones. El paciente hasta esa fecha mostró evolución favorable.

## DISCUSIÓN

El AE es una enfermedad infrecuente y de difícil diagnóstico como se mencionó anteriormente. En el caso presentado se puede observar que su diagnóstico fue realizado en un segundo ingreso tras presentar un cuadro similar en fechas anteriores que también requirió hospitalización. Un caso similar plantea Gamboa JG, et al.,<sup>2</sup> en una paciente a la que le fue diagnosticado un AE en un segundo episodio de ingreso, pero cuya causa era producto de una enfermedad de Crohn por lo cual requirió posteriores hospitalizaciones por persistencia de la sintomatología.

La literatura describe varias causas y factores asociados al AE como las infecciones, los traumatismos, los estados de inmunosupresión, las enfermedades inflamatorias intestinales, la diabetes mellitus así como alcoholismo y otras enfermedades del tejido conectivo.<sup>1,2,7,8</sup> En este paciente no se encontró ninguna causa específica, pero se recoge el antecedente de ser bebedor habitual. Se descartó el trauma abdominal como etiología por no presentar historia previa del mismo.

Sin embargo, el mismo refirió una historia de 3 años con cuadros diarreicos asociado a fiebre, episodio que se repitió en esta ocasión y que ha requerido seguimiento por coloproctología, que luego de realizar rectoscopia y encontrar presencia de fisura anal y cambios en la mucosa rectal, sugiere realizar una colonoscopia la cual hubiera permitido realizar diagnóstico de alguna enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que se ha reportado asociada a cuadros de AE (la mayoría registrados en Europa) como primer síntoma o como un nuevo síndrome,<sup>2,4,6,11</sup> pero como este paciente no tiene diagnóstico definitivo de esta patología por no realizarse el estudio endoscópico, se descarta por el momento una EII como causa. No obstante de continuar el cuadro diarreico se sugiere el seguimiento y completamiento del estudio de vías digestivas, incluyendo la realización de biopsia intestinal.

Se describen como síntomas del AE la fiebre en el 84 a 92,5 % de los pacientes, dolor en hipocondrio izquierdo (38,2-49,8 %), pérdida de peso, diarrea (20%), que se puede acompañar o no de esplenomegalia palpable. También se ha documentado derrame pleural y estertores pulmonares. En los exámenes complementarios se destaca la anemia, la velocidad de sedimentación globular aumentada así como leucocitosis, que

no es un hallazgo generalizado, además de alteración de la función hepática en un 38 % de los casos. <sup>2,5,7,8</sup>

En el caso de este paciente, clínicamente no se constató esplenomegalia palpable por medio de maniobra de Shuster pero sí se puso en evidencia a través del ultrasonido abdominal. Respecto a los exámenes de laboratorio sí se coincide en la presencia de anemia aunque no en la de leucocitosis que no constituye hallazgo generalizado según Camilo Correa J, et al. <sup>8</sup>

En el caso del derrame pleural y la presencia de estertores pulmonares, ambos se evidenciaron al examen físico y en los exámenes radiológicos.

Los estudios imagenológicos propuestos para el diagnóstico del AE son la TAC de abdomen con una sensibilidad de 92,2 % o 96 % según otros autores <sup>8</sup>, el UTS abdominal, con un 87,2-90 % de sensibilidad y la resonancia magnética nuclear (RMN).

1,7

La TAC constituye el método de elección. Se observa una lesión focal de baja atenuación (hipodensa) con realce periférico o sin él después de la inyección de contraste intravenoso. Los bordes son irregulares y el centro necrótico. También se pueden observar áreas radiolúcidas dentro del bazo con niveles líquidos o de diferente densidad y formación de gas intraesplénico. Este gas puede estar disperso difusamente en el absceso o formar burbujas coalescentes en una o varias colecciones. <sup>3,5,7-9</sup>

En el estudio ultrasonográfico se evidencian lesiones irregulares hipoecoicas o anecoicas e incluso un patrón mixto. Si hay presencia de gas, focos hiperecogénicos con sombra posterior. El UTS es considerado el estudio inicial en el abordaje ya que puede mostrar datos de esplenomegalia o las colecciones <sup>5,12</sup> como en el caso presentado.

La literatura reporta que se pueden observar abscesos múltiples hasta en un 62% de los casos, focos difusos múltiples en un 25% y absceso solitario hasta en un 6%. <sup>9</sup> Sin embargo otros autores ponen de manifiesto cifras totalmente diferentes, siendo los abscesos solitarios entre un 61-72 % y los múltiples menos frecuentes entre un 26,838,9

% De estos últimos se dice que son menos sintomáticos, pero tienen peor pronóstico por el mayor riesgo de sepsis. <sup>1,5,8</sup>

En este paciente se evidenció la presencia de abscesos múltiples tanto por TAC como por UTS y su evolución no fue nada satisfactoria, llegando a la sepsis y al shock, por lo que necesitó de tratamiento quirúrgico urgente y apoyo con drogas vasoactivas.

La RMN evidencia lesiones con intensidad de líquido, hipointensa en T1 e hiperintensa en las secuencias T2. Cuando se desarrolla una cápsula, se observa un realce periférico. <sup>8</sup> En este caso no fue necesario realizar este estudio, que se emplea poco en el diagnóstico de AE, pero que es muy sensible.

El diagnóstico diferencial por imágenes debe hacerse con el infarto esplénico, el hematoma, la neoplasia, los quistes complicados, los abscesos subfrénicos y el empiema pleural. <sup>1,7,8</sup>

Según Bavaro DF, et al., <sup>6</sup> los pacientes afectados por AE requieren de una hospitalización prolongada, una anamnesis profunda y una batería de complementarios extensa para investigar las causas del proceso. En este caso, el paciente estuvo ingresado por más de 15 días y ya había requerido hasta la fecha más de una hospitalización por el cuadro. Sin embargo, en el estudio existió una limitación que radicó en la realización de pocos exámenes complementarios, en especial de laboratorio, y la no realización de una TAC de abdomen contrastada por no disponer de recursos.

El tratamiento del AE engloba la antibioticoterapia, el drenaje percutáneo y la esplenectomía. El tratamiento antibiótico como única modalidad terapéutica, es universalmente infructuoso, con un porcentaje de éxito de 59,2 % y la mortalidad observada es de 24,5 %. <sup>1,3</sup> Por tanto debe combinarse con otra de las modalidades propuestas a continuación. Al iniciar el tratamiento antibiótico empírico, deben tenerse en cuenta antibióticos con actividad contra *Staphylococos*, *Streptococos* y anaerobios Gramnegativos como la vancomicina, cefalosporinas de de 3<sup>a</sup> o 4<sup>a</sup> generación, fluoroquinolonas o carbapenémicos <sup>7</sup> tal como se empleó en este caso.

El drenaje percutáneo guiado por imágenes puede ser inicialmente efectivo en el 75 % de los pacientes con AE, pero no es definitivo. Es una excelente alternativa en pacientes más jóvenes, hemodinámicamente estables, cuando el absceso esplénico es unilocular o bilocular sin tabiques, cuando se localiza en el centro del órgano o en el polo inferior, cuando su contenido está lo suficientemente líquido para poder evacuarlo satisfactoriamente, en pacientes con elevado riesgo quirúrgico por importante comorbilidad asociada o grave deterioro del estado general por sepsis. Además, el drenaje percutáneo es ineficaz para el tratamiento de abscesos multifocales y es peligroso para los abscesos ubicados cerca del hilio. <sup>1,3,5,7</sup>

El drenaje percutáneo permite la elección del antibiótico más apropiado, evita el riesgo de una diseminación peritoneal purulenta y las complicaciones potenciales de la esplenectomía, reduce la estancia hospitalaria, es mejor tolerado por el paciente y el coste es menor. Sin embargo, el drenaje percutáneo no está exento de complicaciones y el porcentaje de fracasos es elevado en distintas series (14,3-75%). <sup>5</sup>

La esplenectomía está indicada tan pronto como se confirme el diagnóstico de AE. En algunas series se recomienda la intervención quirúrgica para bazos con más de dos abscesos, estos son recurrentes o en pacientes que no responden al tratamiento médico o intervencionista inicial. La esplenectomía laparoscópica (EL) es un enfoque atractivo. Proporciona una recuperación más rápida y una morbilidad significativamente menor en comparación con la esplenectomía abierta. Resulta una opción en abscesos bien delimitados que no involucren el hilio esplénico, en caso contrario se sugiere la esplenectomía convencional para evitar el desarrollo de peritonitis séptica. La vacunación contra neumococos, meningococos y *Haemophilus influenzae* tipo B está indicada en el postoperatorio para reducir el riesgo de una sepsis postesplenectomía.

<sup>1,3,5,7,13</sup>

La revisión de la literatura recomienda la EL sobre la esplenectomía abierta, independientemente de la indicación de la esplenectomía y la condición física del paciente. Aunque con tiempos quirúrgicos más prolongados, la EL se asocia con una reducción significativa de la morbilidad postquirúrgica. A pesar de que los resultados iniciales son promisorios, la experiencia actual es limitada para justificar su lugar en el

tratamiento del AE. Por lo tanto, esta práctica se limita a centros que cuentan con cirujanos con entrenamiento específico y solamente para un grupo seleccionado de pacientes.<sup>8</sup> No obstante a la hora de decidir el tratamiento quirúrgico debe tenerse en cuenta las particularidades de cada paciente.

Las complicaciones más frecuentes de los AE son empiema, ruptura dentro del peritoneo, fístulas al tracto gastrointestinal, fístulas al espacio pleural o pulmón, hemorragia y neumoperitoneo secundario a la producción de gas por gérmenes.<sup>7,8</sup> Estas complicaciones pueden dar lugar a una emergencia abdominal, como en este paciente que presentó un cuadro de abdomen agudo quirúrgico por la ruptura del absceso hacia el peritoneo, produciendo un estado de shock, por lo que requirió tratamiento quirúrgico de urgencia y con apoyo vasoactivo.

## **CONCLUSIONES**

El AE es una entidad infrecuente que muchas veces es de difícil diagnóstico. Este puede obedecer a varias causas como infecciones, traumatismos, quimioterapia, hemoglobinopatías y procesos infecciosos contiguos. Se caracteriza por la triada de fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y esplenomegalia, aunque el cuadro puede ser inespecífico. La TAC constituye el medio de elección para el diagnóstico del mismo. Su tratamiento incluye el uso de antibióticos junto con la esplenectomía o el drenaje percutáneo según indicaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta Brunaga LD, Escandriolo V, Ramírez M. Absceso esplénico post traumático. Rev Nac (Itauguá) [Internet]. 2019 [citado 20 Sep 2022]; 11(1):80-8. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S207281742019000100080&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207281742019000100080&lng=en)
2. Gamboa JG, Benavides R, Perilla O, Velez D, Castaño P, Pemberthy C. Abscesos esplénicos asépticos asociados a enfermedad de Crohn. Act Méd Colomb [Internet]. 2018 Ene-Mar [citado 20 Sep 2022]; 43(1):26-9. Disponible en: <http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1356/298>
3. Almada M, Bonilla F, Martínez J, Pouy A, Misa R. Esplenectomía laparoscópica por absceso esplénico secundario a endocarditis infecciosa. Cir Urug [Internet]. 2020 Jul-Dic [citado 20 Sep 2022]; 4(2):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.31837/cir.urug/4.2.3>
4. Brooks J, Ghaffari G. Aseptic Splenic Abscess as Precursory Extraintestinal Manifestation of Inflammatory Bowel Disease. Case Rep Med [Internet]. 2014 [citado 20 Sep 2022]; (3):684231. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170703/>
5. García Vásquez C, Castellón Pavón C, Jiménez de los Galanes S, Gómez Patiño J, Brea de Diego B. Manejo conservador de un absceso esplénico por émbolos sépticos tras extracciones dentarias. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2016 [citado 20 Sep 2022]; 108(10):664-6. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082016001000014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082016001000014&lng=es)
6. Bavaro DF, Ingravallo G, Signorile F, Fortarezza F, Di Gennaro F, Angarano G, et al. Splenic abscesses as a first manifestation of Crohn's disease: a case report. BMC Gastroenterology [Internet]. 2019 [citado 20 Sep 2022]; 19(144):[aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-019-10661#citeas>

7. De la Cruz Temores S, Islas Rodríguez JP, Leonher Ruezga KL, Michel Mercado IE, Gallegos Sierra C. Absceso esplénico postraumático manifestado como síndrome pleuropulmonar. Rev Méd MD [Internet]. 2018 [citado 20 Sep 2022]; 9(2):221-4. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77514>
8. Correa JC, Morales CH, Sanabria ÁE. Absceso esplénico: ¿drenaje percutáneo o esplenectomía?. Rev Colomb Cir [Internet]. 2016 [citado 20 Sep 2022]; 31(1):50-6. Disponible en:  
<https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/206/194>
9. Vázquez Sánchez HA, González Loranca F, Jiménez Villanueva EG, Marroquín García OA, Castro Martínez D. Choque séptico por tuberculosis diseminada con absceso esplénico tuberculoso. Cir Cir [Internet]. 2021 [citado 20 Sep 2022]; 89(S1):33-6. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2444-054X2021000700033&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2021000700033&lng=es)
10. Muedra Jáñez R, Molina Vigara P, Mangónez Varón JS, Barbato Mateos JC, Sanz Díaz J, Barrio Alonso AI. Conociendo el bazo; variantes anatómicas y lesiones esplénicas, hallazgos en las pruebas de imagen. 36 Congreso Nacional SERAM [Internet]. 2022 Mayo [citado 20 Sep 2022]; 1(1):[aprox. 42p.]. Disponible en:  
<https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8625/7091>
11. Pappalardo E, Ricci A, Dray P, Marteau P, Valleur P. Splenic Abscess Secondary to a Colosplenic Fistula in Crohn's Disease. Acta chir belg [Internet]. 2007 [citado 23 Sep 2022]; 107(3):323-4. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1080/00015458.2007.11680066>
12. Alonso Mariño OL, Alonso Mariño AL, García Pérez R. Hemangioma esplénico. Medicent Electrón [Internet]. 2020 Ene-Mar [citado 23 Sep 2022]; 24(1):217-24. Disponible en:  
<http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2899/2528>
13. Soca G, Lorente M, Cubas S, Dayan V. Endocarditis infecciosa a Staphylococcus caprae con múltiples embolias preoperatorias graves y vegetación mitral gigante residual. Rev Urug Cardiol [Internet]. 2019 Ago [citado 23 Sep 2022]; 34(2):208-

12. Disponible en:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202019000200189&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202019000200189&lng=es)