

Caso Clínico

Absceso esplénico post traumático

Splenic abscess post-traumatic

Lorenzo Diosnel Acosta Brunaga¹, Víctor Escandriolo, Marcelo Ramírez¹

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional, Hospital Nacional, Departamento de Urgencias Adultos. Itauguá, Paraguay

RESUMEN

Los abscesos esplénicos son afecciones infrecuentes, pero con alta mortalidad atribuida a un diagnóstico tardío debido fundamentalmente a la ausencia de síntomas y signos específicos. Presentamos un paciente con antecedente de trauma 6 meses antes en región toraco abdominal, que ingresó con un síndrome febril prolongado de causa no precisada. Se constató la existencia de dolor a la palpación en región de hipocondrio izquierdo, que por ultrasonido abdominal, informa presencia de una lesión hipo ecogénica en un bazo aumentado de tamaño y en la angio tomografía no se evidencio fuga de contraste Se aplicó antibioticoterapia y drenaje percutáneo bajo tomografía con la cual se logró buena respuesta clínica, con evolución favorable y se evitó su esplenectomía.

Palabras clave: absceso esplénico pos traumático, drenaje percutáneo

ABSTRACT

Splenic abscesses are infrequent conditions, but with high mortality attributed to a late diagnosis, mainly due to the absence of specific symptoms and signs. We present a patient with a history of trauma 6 months earlier in the abdominal thorax region, who was admitted with a prolonged febrile syndrome of unknown origin. The existence of palpation pain in the left hypochondrium region was confirmed by abdominal ultrasound, the presence of a hypo-echogenic lesion in an enlarged spleen and in the angio tomography no evidence of contrast leakage. Antibiotic therapy and percutaneous

drainage were applied under tomography with good clinical response, with favorable evolution and splenectomy was avoided.

Key words: posttraumatic splenic abscess, percutaneous drainage

Actor correspondiente:

Lorenzo Diosnel Acosta Brunaga. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional, Hospital Nacional, Departamento de Urgencias Adultos. Itauguá, Paraguay.

Correo electrónico: dracostadiosnel@yahoo.es

Artículo recibido: 05 febrero 2019

Artículo aprobado: 18 mayo 2019

INTRODUCCIÓN

Definición de absceso esplénico. Presencia de lesión ocupante de espacio en el bazo asociada a infección.

Los abscesos esplénicos son infrecuentes, con una prevalencia de 0.14-0.7% en los estudios de autopsia⁽¹⁾.

En las últimas décadas se ha diagnosticado con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos⁽²⁾.

Los reportes descritos suelen ser, en su mayoría (72%), en pacientes inmunocomprometidos por enfermedades hematooncológicas, diabetes, endocarditis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), pacientes portadores de trasplante y, en menor medida, en sujetos que presentaron traumatismo o infarto esplénico⁽³⁾.

En la actualidad, los abscesos esplénicos según su patogenia pueden clasificarse en cinco grupos: infección preexistente con diseminación hematológica, o por contigüidad, hemoglobinopatías como la anemia de células falciformes, quimioterapia sobre todo los esquemas empleados en la leucemia, y traumatismos⁽⁴⁾.

De ahí al hablar de absceso esplénico las causas las podemos ordenar de la siguiente manera (Tabla1).

Tabla1. Clasificación para abscesos esplénicos, según su causa (5-6)

Infección por diseminación hematológica (ej. endocarditis)
Absceso inducido por quimioterapia (ej. leucemias)
Por embolismo celular (ej. enfermedad de células falciformes)
Diseminación por infección contigua (ej. absceso subfrénico, perforaciones gástricas o colónicas)
Infección secundaria a traumatismo esplénico (ej. infarto postraumático)

*Cuadro confeccionado por el autor.

Los traumas esplénicos generan hematomas, con tejido contuso o pequeñas zonas de micro infartos los cuales pueden infectarse manifestándose como absceso de 2 a 4 semanas posteriores al trauma en promedio⁽⁷⁾.

Las manifestaciones clínicas son generalmente insidiosas e inespecíficas siendo la fiebre el signo más frecuente seguido de molestias abdominales vagas

En un tercio de los casos se manifiesta la tríada descrita por Sarr y Zuidema consistente en fiebre, dolor en el hipocondrio izquierdo y masa palpable a ese nivel.

El diagnóstico se ha vuelto más evidente con el advenimiento de las nuevas técnicas imagenológicas: ultrasonografía abdominal, tomografía axial computarizada. La tomografía computarizada y la ecografía son diagnósticas, con una sensibilidad de 92.2% y 87.2%, respectivamente⁽⁸⁾.

El diagnóstico diferencial del absceso esplénico en las imágenes de tomografía y ecografía, son: el infarto esplénico, el hematoma, la neoplasia, los quistes complicados, los abscesos subfrénicos y el empiema pleural. Se debe tener cuidado con el diagnóstico diferencial de absceso subfrénico, ya que 4 a 5,3 % de ellos pueden tener un absceso esplénico concomitante. De la misma manera, el 4 % de los abscesos esplénicos pueden acompañarse de empiema simultáneo⁽⁹⁾.

Los abscesos esplénicos pueden ser solitarios y uniloculares (64,7. Los casos solitarios y multiloculares son menos frecuentes (8,4%) y los abscesos

múltiples suponen el 26,8%. La mayoría de los abscesos relacionados con endocarditis infecciosa son únicos⁽¹⁰⁾.

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 %⁽¹¹⁾.

Los patógenos más frecuentemente aislados son microorganismos aerobios gram-positivos (estreptococos y estafilococos) y gram-negativos (*Klebsiella sp.*, *E. coli* y *Pseudomona sp.*) Son menos frecuentes los gérmenes anaerobios y hongos. Los aislados por hemocultivos son generalmente monomicrobianos, los cultivos de pus de abscesos esplénicos son polimicrobianos encasi la mitad de los casos. Por lo tanto, las muestras deberían ser obtenido de sangre y absceso⁽¹²⁾.

Esta enfermedad está asociada a una alta mortalidad que varía de 47 % a 100 %, sin tratamiento y 0 % a 14 %, con tratamiento ⁽¹³⁾.

El tratamiento de absceso esplénico puede ser antibiótico, drenaje percutáneo y esplenectomía, el tratamiento antibiótico como única modalidad terapéutica, tiene un porcentaje de éxito es de 59,2 % y la mortalidad observada es de 24,5 %. Si el germen responsable es *M. tuberculosis* o *Candida spp* puede ser suficiente la administración del antibiótico o antifúngico correspondiente como único tratamiento ⁽¹³⁾.

El drenaje percutáneo es una excelente alternativa cuando el absceso esplénico es unilocular o, bilocular sin tabiques, cuando se localiza en el centro del órgano o en el polo inferior y cuando su contenido está lo suficientemente líquido para poder evacuarlo satisfactoriamente, La tasa de éxito del drenaje percutáneo es variable y depende del operador (47-65 %). Esplenectomía: Por años, el tratamiento de elección, el fracaso del tratamiento médico con drenaje o sin él, es indicación de tratamiento quirúrgico. En algunas series se recomienda la intervención quirúrgica para bazos con más de dos abscesos, Por otra parte, a los pacientes con absceso esplénico y anemia falciforme se les debe practicar esplenectomía

La esplenectomía puede ser convencional o laparoscópica (E-L), la mayor cantidad de E.L se han descrito por enfermedades hematológicas y los casos de abscesos esplénicos son pocos⁽¹⁴⁾.

Tres tiramiento y resultados de los mismo⁽¹⁵⁾

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 28 años de edad con cuadro de dolor en hipocondrio izquierdo (H.I) de 8 días de evolución con irradiación hacia el hombro ipsilateral, acompañada de sensación febril, disminución de apetito, al examen físico nivel de abdomen con defensa y dolor en H.I, resto de abdomen sin dato de valor, urocultivo negativo

Laboratorio: con neutrofilia y PCR elevado, hemoglobina de 10 g/dl, Hto de 29 %, hemocultivo negativo.

Ecografía: Bazo aumentado de tamaño que mide 165 x 78 mm en dl, heterogénea expensas de imagen hipo ecoicas en su interior y con parénquima con ecogenicidad disminuida asociado a líquidos con tabiques grueso que mide 146x120x62mm con volumen de 500 cc al momento del examen, evaluar diagnóstico de absceso esplénico (Fig. 1)

Tomografía con contraste: Bazo con aumento de tamaño a expensas de área de colección líquida de forma ovalada que ocupa toda la zona externa del parénquima esplénico, bien delimitada por fina pseudocápsula que capta levemente el contraste, el líquido en su interior no capta el contraste endovenoso, este hallazgo es compatible con colección tipo absceso esplénico. Espacio subfrénico, peri esplénico libre de colecciones líquidas (Fig.2).

Ecocardiograma: negativo para endocarditis.

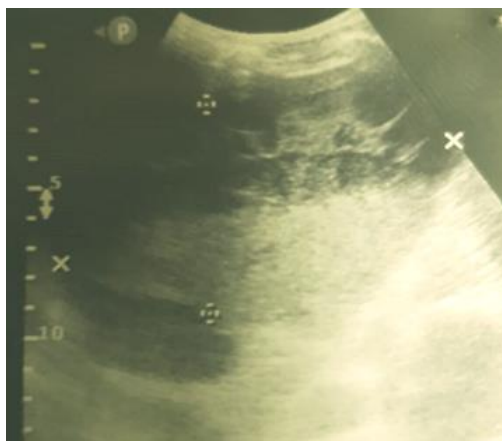


Fig. 1. Ecografía de colección Esplénica



Fig. 2. Colección Esplénica por TAC

Tratamiento: Drenaje Percutáneo (D.P) guiado bajo imagen de tomografía por técnica de Seldinger (Fig. 3-4) constatándose salida de líquido sanguinopurulento en aproximadamente 450 cc, al segundo día posterior al D.P presenta mejoría clínica(mejoría de su dolor y sin fiebre) y laboratorio (disminución de neutrofilia y PCR) y se indica alta al séptimo día post drenaje previo control por imagen(ecografía y Tac) y retiro de su drenaje por presentar por no tener débito ..

Cultivo de secreción dio negativo, se descartó por ecocardiograma presencia de endocarditis



Fig. 3. Drenaje percutáneo de colección



Fig. 4. Catéter multipropósito

CONCLUSION

El absceso esplénico es un cuadro no tan frecuente y debemos pensar en ella para diagnosticarla, son más habitual en paciente inmunocomprometidos y además en pacientes con antecedente de trauma.

El estudio complementario con más rentabilidad para su diagnóstico es la ecografía y tomografía

El drenaje percutáneo es una herramienta válida como primer escalón (Fig.5) en el tratamiento de absceso esplénico con antibiótico en paciente con absceso único, sin tabiques y que no cuenta con un cuadro abdominal concomitante que requiera cirugía.

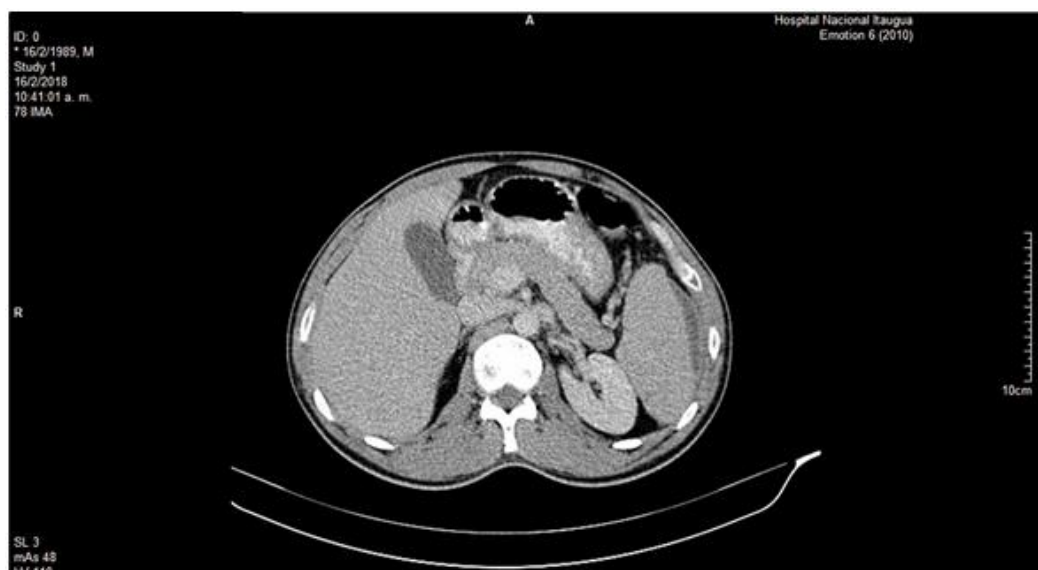


Fig. 5 Control post Retiro de catéter percutáneo

REFERENCIAS

1. Aaron R. Belknap, Joseph Guileyardo. Systemic infection and splenic abscess. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2017; 30(2):173–174.
2. Lee WS, Choi ST, Kim KK. Splenic abscess: a single institution study and review of the literatura yonsei. Yonsei Med J. 2011;52(2):288-292. Disponible en: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3349/ymj.2011.52.2.288>
3. Yi-Hsiu Liu, Chang-Pan Liu, Chun-Ming Lee Splenic abscesses at a tertiary medical. Journal of Microbiology, Immunology and Infection. 2014;47(2):104-108
4. Correa JC, CH, Álvaro E. Sanabria. Absceso esplénico: ¿drenaje percutáneo o esplenectomía? Rev. Colomb. Cir. 2016;31(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822016000100007
5. López Valdés JC, Gómez Urbina M, Castillo Cruz A, Pérez Perales JE. Absceso esplénico como complicación en un paciente con leucemia linfoblástica aguda. Cir Gen. 2014;36(1):58-62
6. Narra RK, Jehendran MV. Ruptured splenic abscess causing pneumoperitoneum: a rare cause revisited. BMJ Case Rep. 2015 Mar 20;2015. pii: bcr2014209055.

7. De la Cruz Temores S, Islas Rodríguez JP, Leonher Ruezga KL, Michel-Mercado IE, Gallegos Sierra C. Absceso esplénico postramático manifestado como síndrome pleuropulmonar. *Revista Médica MD*. 2018;9(2):221-224. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2017/md172t.pdf>
8. Lee WS, Choi ST, Kim KK. Splenic abscess: a single institution study and review of the literature. *Yonsei Med J*. 2011;52(2):288–292.
9. Correa, JC, Morales, CH, Sanabria ÁE. Absceso esplénico: ¿drenaje percutáneo o esplenectomía?. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2016;31(1):50-56. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355545183007>
10. Ooi L L, Leong S S. Splenic abscesses from 1987 to 1995. *Am J Surg* 1997; 174(1):87-93.
11. Morejón García M, Orestes Medero Trujillo O, Hernández FA. Absceso esplénico. Revisión del tema. Morejón García M, Orestes Medero Trujillo O, Hernández FA. *Rev cubana med* 2014;53(1):91-96
12. Ferraiolia G, Brunetti E, Gulizia R, Mariani G, Marone P, Filice C. Management of splenic abscess: report on 16 cases from a single center. *International Journal of Infectious Diseases*. 2009;13(4):524–530.
13. Experience with Splenic Abscess from Southern India; Mallikarjuna Shetty, Swaroopa Deme, KNKJ Mohan, Krishna Prasad Adiraju, Nageswar Rao Modugu, Naval Chandra, AMVR Narendra, Sathyanarayana Raju Yadati ;2016;10(; Internal Medicine Section
14. Correa, JC, Morales, CH, Sanabria, ÁE. Absceso esplénico: ¿drenaje percutáneo o esplenectomía?. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2016;31(1):50-56. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355545183007>
15. Mei-Chun L, Chun-Ming L. Splenic Abscess: an un common entity with potentially life-threatening evolution. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*. 2018;2018(1):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/8610657>