

Abscesos esplénicos múltiples

Ramón Baños Madrid, Francisco Gallardo Sánchez, Aquilino Albaladejo Meroño, Ángel Vargas Acosta, Fernando Carballo Álvarez

Acta Gastroenterol Latinoam 2006;36:202-204

Resumen

Los abscesos esplénicos son una entidad clínica infrecuente en la práctica clínica, encontrándose mayormente en pacientes inmunocomprometidos. Presentamos el caso de un hombre de 81 años que ingresó en el hospital por fiebre, dolor abdominal e ictericia. La ecografía abdominal y la tomografía computerizada demostraron abscesos esplénicos múltiples. La esplenectomía y los antibióticos fueron un tratamiento efectivo. El drenaje percutáneo como alternativa podría ser apropiado solamente en pacientes seleccionados, con el objeto de preservar la función esplénica.

Summary

Multiple splenic abscesses

Multiple splenic abscesses is a rare condition in the clinical practice encountered mostly in immunocompromised patients. We report the case of a 81 year old male admitted to the hospital for fever, abdominal pain and jaundice. An abdominal ultrasound and computed tomography demonstrated multiple splenic abscesses. The splenectomy and antibiotics were a very effective therapy. The percutaneous drainage as an alternative may be appropriate only in selected patients, in order to preserve splenic function.

Index (palabras claves): *multiple splenic abscesses, immunity.*

Los abscesos esplénicos múltiples son infrecuentes (0,2-0,7% de los abscesos abdominales) y suelen estar en relación con alteraciones del sistema inmune. En los últimos años su incidencia ha disminuido de-

bido al desarrollo de la antibioterapia, identificándose con frecuencia gérmenes anaerobios y hongos. Los abscesos esplénicos generalmente son múltiples, aunque puede encontrarse uno solo.¹

Antes de la era antibiótica el 10% de todos los casos de abscesos esplénicos eran secundarios a una endocarditis bacteriana, y aunque sigue siendo una causa importante, actualmente la mayoría de los pacientes tienen condiciones asociadas a una respuesta inmune alterada, como son el uso de drogas intravenosas, SIDA o extensión de un proceso piógeno desde un órgano intraabdominal adyacente. El 80% de los abscesos diagnosticados se presentó junto con infecciones sistémicas.^{1,2}

Caso clínico

Varón de 81 años con antecedentes de linfoma esplénico de células vellosas y hepatopatía crónica alcohólica, que ingresó por fiebre de 39°C, dolor abdominal e ictericia. En la exploración se aprecia esplenomegalia e hipersensibilidad en hipocondrio izquierdo. En el hemograma se destacaba la presencia de 14.300 leucocitos con un 69% de linfocitos y 53.000 plaquetas, tenía una bilirrubina total de 4,3 mg/dl, una GGT de 160 UI y una fosfatasa alcalina de 147 UI, mientras que la actividad de protrombina era del 53%. Se realizó una ecografía abdominal donde se apreciaron signos de hepatopatía crónica, ascitis moderada de disposición típica y una esplenomegalia de 17 cm con imágenes compatibles con múltiples infartos esplénicos.

En el estudio posterior de la TAC abdominal se ven múltiples imágenes hipodensas con nivel hidroaéreo, compatibles con infartos con signos radiológicos de proceso abscesificado. (figura 1)

Se inicia tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro (Piperacilina Tazobactam 4gr / 6 horas iv, Metronidazol 500 mg / 6 horas iv y Anfotericina B 0,6 mg/kg/día), desestimándose el drenaje percutáneo debido a las múltiples colecciones y a la presencia de ascitis. Posteriormente se realiza esplenec-

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Correspondencia: Dr Ramón Baños Madrid
Alameda de San Antón, nº 38- 1º B.
CP- 30205 Cartagena, Murcia, España.
E-mail: rbmadrid71@yahoo.es

tomía (figura 2), evolucionando el paciente de forma favorable.

Figura 1. TAC abdominal. En el bazo se aprecian imágenes hipodensas con niveles hidroaéreos.

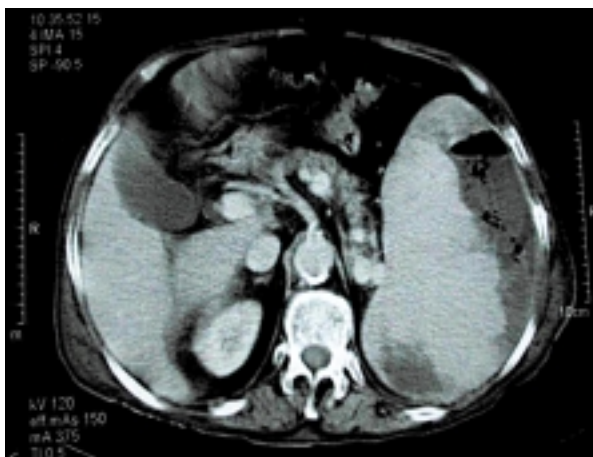
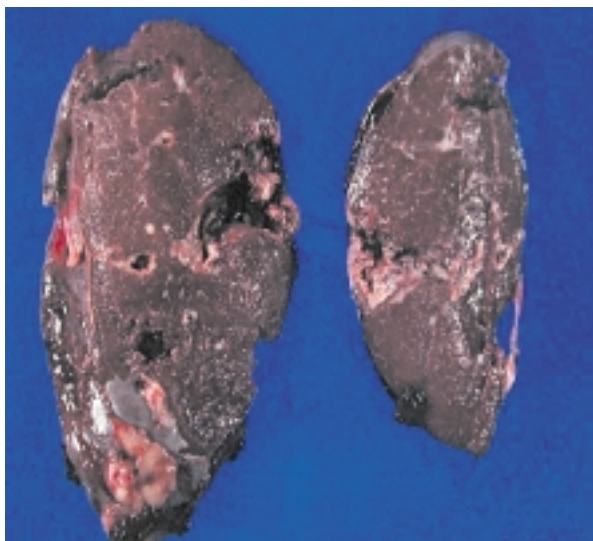


Figura 2. Pieza quirúrgica. Bazo linfomatoso con múltiples abscesos esplénicos.



Discusión

Los abscesos esplénicos múltiples son una patología más prevalente entre los hombres (relación 2:1), con una edad promedio de aparición de 41 años (rango 6-92 años). La mayoría de los pacientes se presentan con síntomas sutiles como fiebre alta (mayor de 39°C), escalofríos, dolor en hipocondrio izquierdo o en epigastrio y signo de Kehr (dolor en hombro izquierdo brusco). Ocasionalmente se manifiesta como *shock* séptico, sobre todo en las edades

extremas. A la palpación abdominal puede encontrarse sensibilidad esplénica, masa palpable y, en caso de su ruptura, abdomen agudo.^{2,3}

Se debe tener un alto índice de sospecha en pacientes con factores predisponentes, como son infecciones sistémicas, enfermedades hemolíticas, síndrome febril; en los casos de traumatismo esplénico se aprecia una tendencia en aumento debido a las recomendaciones de manejo conservador en ruptura esplénica. Es interesante resaltar que existen referencias recientes de aparición de abscesos esplénicos después de escleroterapia por várices esofágicas y colangiopancreatografía endoscópica retrógrada.^{3,4}

Además, en los últimos años se ha visto un cambio en los gérmenes, identificando con creciente frecuencia los hongos, especialmente *Cándida spp* y anaerobios, aunque *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp* y *Salmonella spp* se siguen encontrando en aproximadamente la mitad de los cultivos (25% son polimicrobianos), y no se deben olvidar los Gram negativos, como *E coli*. Particularmente los pacientes con SIDA tienen abscesos causados por *Mycobacterium tuberculosis* o *avium-intracellulare*, *Pneumocystis carinii* o *Toxoplasma*, entre otros.^{1,3}

Los estudios de laboratorio muestran leucocitosis con neutrofilia y desviación a la izquierda con cayados. La radiografía de tórax es anormal en un 50-80% de los casos, al mostrar signos indirectos, como son el desplazamiento de la burbuja gástrica, gas extraluminal o nivel hidroaéreo en el hipocondrio izquierdo, elevación del hemidiafragma, atelectasia del lóbulo inferior o derrame pleural izquierdo.

La ecografía abdominal tiene una alta sensibilidad y especificidad (80-100%) en el diagnóstico de los abscesos esplénicos, y es útil para guiar el drenaje percutáneo en el caso de abscesos accesibles o para punción y estudio microbiológico en caso de abscesos múltiples.¹ La tomografía computerizada de abdomen da una imagen precisa y tiene la ventaja de localizar lesiones de menor tamaño. La resonancia magnética tiene gran importancia en el diagnóstico de casos difíciles.^{2,4,5}

La principal y más grave complicación es la ruptura a la cavidad peritoneal, pero también puede romperse a órganos vecinos, desarrollando fístulas al estómago o al colon, otras complicaciones incluyen fístula al tórax y empiema torácico.³

En los pacientes críticamente enfermos el drenaje percutáneo permite una rápida mejoría del cuadro clínico para ser llevados a cirugía en mejores condiciones y simplificar los procedimientos quirúrgicos.

El drenaje percutáneo permite el drenaje de abscesos esplénicos accesibles, evita la cirugía y la esplenectomía.⁵

Los abscesos esplénicos en pacientes inmunocomprometidos, por ser múltiples y diseminados, no son candidatos al drenaje percutáneo pero se puede realizar aspiración diagnóstica que permite el diagnóstico rápido de una gran variedad de gérmenes oportunistas, principalmente los hongos, siendo en este caso el tratamiento de elección la esplenectomía y la utilización de antibióticos de amplio espectro.^{4,5,6}

Referencias

1. De Bree E, Tsiftsis D, Christodoulakis M, Harocopos G, Schoretsanitis G, Melissas J. Splenic abscess: a diagnostic and therapeutic challenge. *Acta Chir Belg* 1998;98:199-202.
2. Murray AW, Mc Gregor AB. A case of multiple splenic abscesses managed non-operatively. *Coll Surg Edinb* 2000; 45:189-191.
3. Ng KK, Lee TY, Wan YL, Tan CF, Lui KW, Cheung YC, Cheng YF. Splenic abscess: diagnosis and management. *Hepatogastroenterology* 2002;49:567-571.
4. Loussaief C, Toumi A, Ben Romdhane F, Chakroun M, Bouzouaia N. Pyogenic splenic abscesses. A review of 8 cases. *Rev Med Interne* 2005;26:541-544.
5. Chou YH, Tiu CM, Chiou HJ, Hsu CC, Chiang JH, Yu C. Ultrasound-guided interventional procedures in splenic abscesses. *Eur J Radiol* 1998;28:167-170.
6. Jang TN, Fung CP. Treatment of pyogenic splenic abscess: nonsurgical procedures. *J Formos Med Assoc* 1995;94: 309-312.