

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
GUANTANAMO**

ABSCESO ESPLENICO. REVISION DE LA LITERATURA A PROPOSITO DE UN CASO.

Dr. Ángel Píriz Momblant¹, Dr. Jorge Leguén Cardoso², Dr. José Revé Machado³, Dr. Félix Santell Odio⁴.

RESUMEN

Se informa sobre un paciente de 41 años de edad, chofer, el cual tiene antecedentes de traumatismo abdominal cerrado dos años. A su ingreso, los síntomas fundamentales fueron dolor en flanco e hipocondrio izquierdo y fiebre. Además, presentó leucocitosis, y en el ultrasonido abdominal se diagnostica un absceso esplénico. Se opera y se realiza la esplenectomía. Durante su evolución postoperatoria presentó derrame pleural izquierdo y tromboflebitis de la vena esplénica, las cuales resuelven con antibióticos y esteroides. Se egresa con un estado satisfactorio.

Palabras clave: **ABSCESO /cirugía; ENFERMEDADES DEL BAZO/cirugía; ESPLENECTOMIA.**

INTRODUCCION

El bazo es la mayor entidad funcional del sistema retículo-endotelial por su volumen y por poseer gran cantidad de tejido linfoide. Tiene varias funciones, como son: servir como reservorio, de filtro (hemocatéresis) y como órgano inmunológico. Por estas características el bazo participa en todas las inflamaciones generales, en los trastornos hematopoyéticos generalizados y en algunas alteraciones metabólicas de los lípidos.

¹ *Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente de Cirugía General.*

² *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor de Cirugía General.*

³ *Especialista de I Grado en Cirugía General.*

⁴ *Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente de Cirugía General.*

No es frecuente que en el bazo asienten enfermedades primarias, por lo que, cuando está afectado, hay que investigar algunas afecciones generalizadas o de algún órgano o sistema que lo comprometa.

El bazo puede ser asiento de esplenitis agudas no específicas, como son las bacteriemias de la endocarditis vegetante, la difteria, la disentería bacilar, la neumonía, entre otras, y las toxemias causadas por los estreptococos beta-hemolítico del grupo A de Lanciefield. También, puede verse afectado por la absorción de los productos de las grandes destrucciones tisulares de origen químico o físico. Las esplenitis subagudas y crónicas no específicas pueden ser provocadas por múltiples enfermedades; la más frecuente es la endocarditis bacteriana vegetante. La tuberculosis, la sífilis, la fiebre tifoidea, el paludismo, la mononucleosis infecciosa y la perisplenitis hialina son causas de esplenitis específicas.

Son múltiples las causas que pueden inflamar el bazo y provocar esplenomegalias de diferentes tamaños y, entre ellas, las ocasionadas por los abscesos esplénicos de origen variado.

En la bibliografía nacional revisada, el último caso de absceso esplénico publicado fue en 1985¹, por lo que en los últimos 18 años no se han registrado casos en el país, y en nuestra provincia, nunca, por lo que nos hemos motivado a informar un caso para así aumentar la casuística nacional y, a la vez, realizar la revisión del tema.

INFORME DE UN CASO

Paciente E. C. S., de 41 años de edad, masculino, mestizo, chofer, H C: 40-43-17, con antecedentes de haber recibido un trauma abdominal cerrado dos años atrás por un accidente del tránsito. A su ingreso (29-7-03) presenta dolor en flanco e hipocondrio izquierdo, fiebre hasta de 39° C, náuseas y vómitos.

Al examen físico se encontró de positivo: Temperatura: 38.8° C, pulso 120 x min, lengua saburral y seca. En el aparato respiratorio: FR 20', en el hemitórax izquierdo, hacia su base, las vibraciones vocales, sonoridad pulmonar y el murmullo vesicular están disminuidos.

Al examinar el abdomen, en el hipocondrio izquierdo, se encontró ligera contractura, dolor a la palpación superficial, profunda y a la descompresión; la percusión resulta dolorosa y se encontró matidez esplénica. No se precisa esplenomegalia debido al dolor.

Se realizan los siguientes estudios: orina, la cual es normal, leucograma $13 \times 10^9/l$, Hb 140 g/l, Hto 0.44/l. La radiografía de tórax muestra: elevación del hemidiafragma izquierdo. El ultrasonido informa: Bazo aumentado de tamaño con múltiples imágenes

de baja ecogenicidad, la del polo inferior mide 130 x 55 mm y dos en la parte central que miden cada una 22 x 20 mm. Se concluye como un absceso esplénico o un tumor.

La laparoscopia informa: el bazo no se visualiza por estar cubierto por el epiplón. Se discute en el colectivo de cirugía y es operado de urgencia el día 7-8-03 con el diagnóstico de absceso esplénico, lo cual se corrobora en el acto quirúrgico; se realiza esplenectomía.

Durante su evolución postoperatoria presentó fiebre mantenida con escalofríos; se le realiza radiografía de tórax y se comprueba pequeño derrame pleural izquierdo, el cual no cede con los antibióticos utilizados. Se reevalúa por el colectivo de trabajo y se interpreta como una tromboflebitis de la vena esplénica, se agregan esteroides al tratamiento y ambas complicaciones resuelven.

La biopsia # 03-6239 informa: absceso esplénico.

Se da de alta el día 25-8-03, en estado satisfactorio. Evolutivamente sigue muy bien.

DISCUSION

Los abscesos esplénicos no son frecuentes; nosotros obtuvimos una tasa de 0.15 por cada 100 mil ingresos hospitalarios y 0.20 por cada 10 mil ingresos realizados en el servicio de cirugía general. Al-Hajjar² refiere que se han encontrado entre el 0.14 y el 0.7 de las autopsias realizadas. Westh³ reseña que, en Dinamarca, la incidencia de absceso esplénico es de 0.056 % por cada mil altas hospitalarias por año y de 0.0049 % de las autopsias realizadas por año.

Smyrniotis⁴, en su revisión, informa que la edad media fue de 43 años y un rango de 7-79 años; Phillips⁵ ofrece cifras semejantes: edad media 43 años con rango entre 2 y 83 años. Como se puede observar, el absceso esplénico se puede presentar en cualquier edad.

En las series revisadas, Torres⁶ informa el predominio de personas del sexo masculino con el 70 % y Chiang⁷ el 62 %.

La causa del absceso esplénico en nuestro paciente fue un traumatismo abdominal por un accidente del tránsito que sufrió dos años atrás. Toevs⁸ informa sobre un caso a los 10 años.

Entre las causas de absceso esplénico que mencionan los distintos autores están los émbolos sépticos (75.0 %), principalmente debido a endocarditis bacterianas, por sí mismas, o por prótesis valvulares sépticas^{9,10} y los focos sépticos.^{11,12} Los traumatismos

abdominales ocupan el 15 % y por continuidad el 10 % como puede suceder con el cáncer de las vísceras vecinas.^{13,14}

Existen factores predisponentes, como son los pacientes inmunodeficientes: quimioterapia oncológica, inmunosupresores en los trasplantes y el SIDA. Se mencionan otros factores como la drogadicción, el alcoholismo, la diabetes mellitus, la leucemia y las hemoglobinopatías.

A nuestro paciente no se le pudo realizar el cultivo de gérmenes, pero cualquiera de ellos puede estar presente o en combinaciones, sobre todo en los pacientes inmunodeprimidos; en la literatura revisada los gérmenes más frecuentes son la *Salmonella*, la *Escherichia coli*, el estafilococo y bacterioides. Se han informado casos de abscesos esplénicos por *Mycobacteria tuberculosis* y por *Yersinia*.^{15,16,17}

Hay que tener una alta sospecha para poder diagnosticar el absceso del bazo, ya que su cuadro clínico no es típico; puede ayudar el antecedente de una afección cardíaca o quirúrgica de esta esfera, un trauma abdominal o un paciente con antecedentes de inmunodeficiencia. Ng KK¹⁸, en su serie de 30 pacientes, observó la fiebre en el 92.0 %, el dolor en hipocondrio izquierdo en el 77.0 % y la leucocitosis en el 66.0 %. Phillips⁵, en su informe sobre 39 pacientes, halló que la fiebre se presentó en el 69.0 %, dolor en el hipocondrio izquierdo en el 56.0 %, las náuseas y los vómitos en el 38.0 % y la esplenomegalia en el 31.0 %.

La tomografía computarizada y el ultrasonido abdominal son los dos estudios más eficaces para diagnosticar el absceso del bazo; Ooi¹⁹, en su investigación realizada en 287 pacientes afectados de absceso esplénico, halló que la tomografía computarizada tenía el 92.2 % de sensibilidad y el ultrasonido el 87.2 %. Chiangchien²⁰, en 34 casos de abscesos esplénicos probados, a los cuales realizó ultrasonido, encontró los siguientes patrones sonográficos: 15 pacientes tuvieron el patrón típico de absceso, que incluían a dos con gas y 13 con bridas en la cavidad; cinco mostraron lesión subcapsular con o sin eco de la misma. Dos pacientes con absceso mostraron un engrosamiento de la pared, que simulaba un tumor con necrosis central; dos pacientes mostraron patrón sugestivo de quiste esplénico; diez mostraron patrón sugestivo de tumor; de éstos: 7 abscesos eran multifocales con patrón hipogénico, y 2 abscesos solitarios y uno multifocal presentaron un patrón ecográfico mixto.

Todo lo anterior demuestra la variedad de imágenes ultrasonográficas que se pueden presentar en el estudio, las cuales pueden confundirse con otras entidades del bazo, ya que solamente en el estudio de Chiangchien²⁰ el 44.1 % presentó el típico patrón ultrasonográfico de absceso del bazo.

El tratamiento de elección para el absceso esplénico es la esplenectomía total o la conservadora; esta última está en dependencia del estado local y del bazo, así como de la habilidad del cirujano. También, forman parte del arsenal terapéutico la aspiración

percutánea con aguja y el drenaje percutáneo con sonda, ambas guiadas por la TAC o el ultrasonido. Las tres formas de tratamiento deben ir acompañadas de antibióticos de amplio espectro; Phillips⁵ encontró en su estudio que el 36.0 % de los abscesos son polimicrobianos. Aunque la esplenectomía sigue siendo el tratamiento habitual⁴, el drenaje percutáneo, guiado por la TAC o el ultrasonido, puede ser oportuno en pacientes cuidadosamente seleccionados.

La mortalidad por absceso esplénico sigue siendo alta, entre el 10 % y el 20 %. Esto está en dependencia de si el absceso es único o múltiple, si tiene o no gas en su interior, si el paciente está inmunodeprimido o no. Changchien²⁰ informa en su serie que la mortalidad es más alta en los abscesos múltiples que en los solitarios ($p = 0.32$), y si se acompaña de gas el pronóstico es malo. Alonso Cohen²¹ registra una mortalidad de 28.5 %, Herman²², de 12.5%, Faught²³, de 14.2 %, León²⁴, de 13.0 % y Caslowitz²⁵, de 10.0 %.

CONSIDERACIONES FINALES

La incidencia del absceso esplénico ha aumentado debido a factores como la inmunodeficiencia, las prótesis valvulares cardíacas, el alcoholismo, la drogadicción, la sobrevida en los pacientes con leucemia debido a los tratamientos modernos, entre otras; la mortalidad ha disminuido debido al diagnóstico temprano a través de la tomografía computarizada y el ultrasonido, así como por el tratamiento precoz, ya sea quirúrgico o por drenaje percutáneo guiado por el US o la TAC, ambos acompañado por antibióticos de amplio espectro. A pesar de lo anteriormente referido, hay que tener una alta sospecha de esta entidad para su diagnóstico y tratamiento precoz, ya que su cuadro clínico no es específico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martínez Rojas R, Rodríguez Llanes J. Absceso esplénico. Presentación de un caso. Revisión de la literatura. Rev Cubana Cir 1985; 22 (6): 602-06.
2. Al-Hajjar N, Graur F, Hassan AB, Molnar G. Splenic abscesses. Rom J Gastroenterol. 2002; 11(1): 57-9.
3. Westh H, Reines E, Skibsted L. Splenic abscesses: a review of 20 cases. Scand J Infect Dis 1990; 22(5):569-73.
4. Smyrniotis V, Kehagias D, Voros D, Fotopoulos A, Lambrou A, Kostopanagiotou G, *et al.* Splenic abscess. An old disease with new interest. Dig Surg 2000; 17 (4): 354-7.
5. Phillips GS, Radosevich MD, Lipsett PA. Splenic abscess: another look at an old disease. Arch Surg 1997; 132 (12): 1331-5.

6. Torres JR, Gotuzzo E, Isturiz R, Elster C, Wolff M, Northland R, *et al.* Salmonella splenic abscess in the antibiotic era: a Latin American perspective. *Clin Infect Dis* 1995; 21 (4): 1065.
7. Chiang IS, Lin TJ, Chiang IC, Tsai MS. Splenic abscesses: review of 29 cases. *Kaohsiung J Med Sci* 2003; 19(10): 510-5.
8. Toevs CC, Beilman GJ. Splenic abscess 10 years after splenic trauma: a case report. *Am Surg* 2000; 66 (2): 204-5.
9. Yoshikai M, Kamachi M, Kobayashi K, Murayama J, Kamohara K, Minematsu N. Splenic abscess associated with active infective endocarditis. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2002; 50 (11): 478-80.
10. Saadeh AM, Abu-Farsakh NA, Omari HZ. Infective endocarditis and occult splenic abscess caused by *Brucella melitensis* infection: a case report and review of the literature. *Acta Cardiol* 1996; 51(3): 279-85.
11. Dekkers GH, Dejong CH, Welten RJ. Splenic abscess after appendicitis. *Acta Chir Belg* 2000; 100 (1): 34-6.
12. Fonseca V, Baillod R, Berger L, Fernando O, Moorhead J. Splenic abscess in patients on hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 1990; 15 (3): 273-5.
13. Lastrapes RG, Parker JR, Kida M. Pancreatic adenocarcinoma presenting as a splenic abscess: case report and diagnostic approach. *J Okla State Med Assoc* 1995; 88 (8): 333-6.
14. Kawamoto K, Teramoto T, Watanabe M, Kase S, Shatari T, Hasegawa H, *et al.* Splenic abscess associated with colon cancer: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 1993; 23 (6): 384-8.
15. Sharma S, Dey AB, Agarwal N, Nagarkar KM, Gujral S. Tuberculosis: a rare cause of splenic abscess. *J Assoc Physicians India* 2000; 48 (6): 656.
16. Dubey SG, Shah NM, Dayavathi, Mangat GK, Shetty PG, Joshi VR. Tubercular splenic abscesses in a patient with AIDS. *J Assoc Physicians India* 1996; 44 (8): 575-7.
17. Marasco WJ, Fishman EK, Kuhlman JE, Hruban RH. Splenic abscess as a complication of septic yersinia: CT evaluation. *Clin Imaging* 1993; 17 (1): 33-5.
18. Ng KK, Lee TY, Wan YL, Tan CF, Lui KW, Cheung YC, Cheng YF. Splenic abscess: diagnosis and management. *Hepatogastroenterology* 2000; 49 (44): 567-71.
19. Ooi LL, Leong SS. Splenic abscesses from 1987 to 1995. *Am J Surg* 1997; 174 (1): 87-93.
20. Changchien CS, Tsai TL, Hu TH, Chiou SS, Kuo CH. Sonographic patterns of splenic abscess: an analysis of 34 proven cases. *Abdom Imaging* 2002; 27 (6): 739-45.

21. Alonso Cohen MA, Galera MJ, Ruiz M, Puig la Calle J Jr, Ruis X, Artigas V, *et al.* Splenic abscess. *World J Surg* 1990;14 (4): 513-6.
22. Herman P, Silva A O, Chaib E, D' Albuquerque L, Pugliesa V, Machado M, *et al.* Abscesso esplênico: relato de oito casos e revisão da literatura. *Rev Hosp Clin Fac Univ São Paulo* 1990; 45 (6): 268-71.
23. Faught WE, Gilbertson JJ, Nelson EW. Splenic abscess: presentation, treatment options, and results. *Am J Surg* 1989; 158 (6): 612-4.
24. León C, García H. Infarto esplênico abscedado en pacientes con tara falciforme. *Rev Med Caja Seguro Soc* 1985; 17 (3): 220-3.
25. Caslowitz PL, Labs JD, Fishman EK, Siegelman SS. The changing spectrum of splenic abscess. *Clin Imaging* 1989; 13 (3): 201-7.