



www.elsevier.es/cirugia

P-406 - ABSCESO ESPLÉNICO COMO INUSUAL MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS

Allegue Alonso, Ana; Argote Camacho, Ángela; Mirón Pozo, Benito; Romera López, Ana Lucía; Parra Rosado, Pilar; Gallo Padilla, Laura; Aranaz Ostáriz, Verónica; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: Las causas de esplenomegalia son múltiples y dispares, siendo la etiología tuberculosa un hecho casi excepcional y más frecuente en pacientes inmunocomprometidos. La fiebre de origen desconocido puede ser una forma de presentación de la tuberculosis, especialmente si es de origen extrapulmonar. Los abscesos esplénicos son una patología poco frecuente con apenas 700 casos descritos en la literatura. La causa más frecuente es la diseminación hematogena (53% de los casos), aunque se han descrito por sobreinfección de un hematoma (10-17%), en pacientes inmunosuprimidos y tras un infarto esplénico. El tratamiento clásico ha consistido en antibioterapia y esplenectomía. En la actualidad, la mejora en las pruebas de imagen y la experiencia de los radiólogos ha propiciado la resolución de estas entidades mediante drenaje percutáneo. Presentamos el caso de una lesión esplénica calcificada complicada con un absceso esplénico, de etiología desconocida, no resuelto mediante antibioterapia y drenaje, que resultó ser un absceso tuberculoso.

Caso clínico: Varón de 66 años, colecistectomizado, ingresado en Medicina Interna por síndrome febril y pérdida de peso de meses de evolución, sin dolor abdominal ni otra clínica asociada. Niega traumatismo previo, viajes al extranjero o contacto con animales. Se realiza ecografía y TAC abdominal, hallándose una lesión calcificada esplénica de $5,6 \times 6 \times 7$ cm, ya presente en radiografía del 2012, sugerente de quiste hidatídico calcificado o absceso crónico calcificado con una colección periesplénica de $2 \times 4 \times 6$ cm. Se realiza ecocardiografía transesofágica, que descarta endocarditis aguda, así como serología para VIH, sífilis y hepatitis, siendo todas negativas. Se realiza punción y drenaje radioguiado, aislándose *Streptococcus constellatus*. Tras fracaso del tratamiento antibiótico dirigido y del drenaje percutáneo, se programa para intervención quirúrgica. Se practica esplenectomía abierta, hallando una esplenomegalia con calcificación de la cara posterior, firmes adherencias a diafragma y cola del páncreas, con absceso esplénico encapsulado en polo superior. Se envía muestra de absceso a Microbiología y pieza a Anatomía Patológica. El diagnóstico anatomo-patológico concluyó que se trataba de una granulomatosis tuberculoide con necrosis caseosa y tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes negativa. El cultivo aisló *S. constellatus*. El postoperatorio fue favorable, siendo dado de alta al 8º día postoperatorio asintomático.

Discusión: La afectación esplénica en la tuberculosis supone un reto para el clínico por lo inespecífico de la clínica y lo infrecuente de la afectación extrapulmonar. La mayoría de las veces, las pruebas de detección son repetidamente negativas, por lo que el diagnóstico en muchas ocasiones es postoperatorio. La forma aislada de tuberculosis esplénica puede presentarse como fiebre de origen desconocido, asociada a esplenomegalia dolorosa, siendo más habitual en inmunocomprometidos. Los absceso esplénicos son muy infrecuentes y tienen una alta mortalidad que varía según autores entre el 22% al 43%. La incidencia de tuberculosis está

creciendo en la población general y en la literatura se han descrito algunos casos de tuberculosis diseminada con afectación esplénica en pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis. Es importante iniciar un tratamiento empírico precoz para mejorar la mortalidad. En los casos en que fallan el tratamiento antibiótico y el drenaje es necesario plantear una esplenectomía.