



www.elsevier.es/cirugia

P-425 - ABSCESOS ESPLÉNICOS PIÓGENOS: QUÉ HACER CUANDO FALLA EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Valdés de Anca, Álvaro; Colmenarejo García, Esther; Gimeno Calvo, Alberto; Marín Campos, Cristina; di Martino, Marcello; Achalandabaso Boira, María del Mar; Martín Pérez, Elena; Díaz Rojas, Fernando

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: Los abscesos esplénicos piógenos son una rara complicación de las bacteriemias. El manejo médico conservador suele ser insatisfactorio, siendo a menudo necesario recurrir a medidas invasivas como el drenaje o la esplenectomía. Presentamos dos casos de abscesos esplénicos piógenos que requirieron para su resolución drenaje transgástrico (caso 1) y esplenectomía (caso 2) tras el fracaso del tratamiento médico conservador.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 76 años en seguimiento por bacteriemia repetida por *Staphylococcus hominis hominis* tras ingreso prolongado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por insuficiencia cardiaca complicada con edema agudo de pulmón, disfunción sistólica grave y estenosis del 100% de la arteria coronaria descendente anterior media, que requirió angioplastia con colocación de stent convencional. Ingresa en el Servicio de Enfermedades Infecciosas por hallazgo de lesión esplénica en ecografía abdominal de control. En la tomografía computarizada (TC) se observa una lesión de 6,6 cm en parénquima esplénico abierto al espacio subcapsular y en íntimo contacto con curvadura mayor gástrica compatible con absceso, así como múltiples imágenes hipodensas compatibles con infartos probablemente secundarios a embolismos sépticos, todas ellas hipercaptantes en la gammagrafía/Galio67. Los ecocardiogramas transtorácico y transesofágico descartaron la presencia de vegetaciones u otras imágenes sugerentes de endocarditis que pudieran justificar una fuente de embolismos sépticos. En la ecoendoscopia se observa un abombamiento de la pared gástrica en la curvadura mayor a nivel de antro-fundus, que se corresponde con una colección heterogénea de contenido líquido en bazo; se realiza punción transgástrica de la misma, saliendo abundante cantidad de material purulento, con crecimiento en el cultivo microbiológico de *Escherichia coli* y *Bacteroides thetaiotamicron*, drenándose por completo el absceso. El paciente fue dado de alta asintomático, con antibioterapia intravenosa prolongada. Caso 2: varón de 69 años ingresado en la UCI tras sustitución valvular aórtica por endocarditis infecciosa (*Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SAMR)) con verruga de 17 mm en válvula aórtica, desarrollada durante el postoperatorio de cierre primario de perforación de úlcera duodenal por AINEs. En la TC se aprecian abscesos esplénicos múltiples, no resueltos a pesar de múltiples líneas de tratamiento antibiótico intravenoso y drenaje percutáneo. Se programa intervención quirúrgica. Se accede a la cavidad abdominal mediante incisión subcostal izquierda, realizándose esplenectomía al apreciarse periesplenitis y dos abscesos de gran tamaño en polo superior y cara posterior del bazo. Se recoge material purulento de los abscesos para cultivo microbiológico, con crecimiento de SAMR. Evolución postoperatoria favorable, con antibioterapia intravenosa hasta cumplir ciclo y vacunación meningocócica, neumocócica y para *Haemophilus influenzae*.

Discusión: El tratamiento inicial de los abscesos esplénicos piógenos secundarios a una bacteriemia debe basarse en el control de la bacteriemia mediante la eliminación del foco embolígeno y la antibioterapia intravenosa prolongada. Cuando el tratamiento médico fracasa, es necesario recurrir al drenaje, siendo la esplenectomía el tratamiento definitivo cuando éste falla o bien cuando los abscesos son múltiples.