



P-660 - EMBOLISMO SÉPTICO TRAS ENDOCARDITIS COMO CAUSA DE ESPLENECTOMÍA URGENTE

Moreno Bargueiras, Alejandro; Pastor Altaba, Daniel; Bernal Tirapo, Julia; Sánchez García, Carmen; Rahy Martín, Aida; Gutiérrez Andreu, Marta; Yuste García, Pedro; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Los abscesos esplénicos son entidades poco frecuentes, con una clínica insidiosa y difícil de sospechar en primera instancia, lo que implica una mortalidad elevada. El factor predisponente más importante es la infección sistémica, generalmente por diseminación hematogena de émbolos sépticos a partir de una endocarditis bacteriana (68-73% de los casos). Suele tratarse de varones adultos que presentan algún factor de riesgo asociado: compromiso inmunitario, DM o abuso de drogas por vía parenteral.

Caso clínico: Se trata de un varón de 73 años con antecedentes DM2 de mal control, insuficiencia renal crónica y un recambio valvular aórtico con prótesis biológica. Ingresa inicialmente en el hospital por una endocarditis infecciosa por *Staphylococcus epidermidis* sobre la válvula protésica. Se realiza una tomografía (TC) donde asocia un infarto esplénico que afecta al 75% del parénquima sugestivo de etiología infecciosa. Se decide iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro y es sometido a recambio valvular mediante esternotomía por cirugía cardíaca unos días más tarde. Tras una evolución inicial favorable en la unidad de cuidados intensivos cardiológicos, el paciente presenta un episodio brusco de insuficiencia respiratoria con inestabilidad hemodinámica, que requiere reingreso en UCI e intubación orotraqueal. Presenta fiebre y a nivel analítico destaca una elevación muy importante de reactantes de fase aguda. Se solicita entonces una nueva TC que se informa como una progresión de dicho infarto esplénico, asociando ahora una colección densa que ocupa la mayor parte del órgano. Asocia líquido libre e importante derrame pleural por simpatía. Debido a que el paciente se encuentra muy inestable y que no existe la disponibilidad inmediata de drenaje mediante TC se decide intervención quirúrgica urgente. En el quirófano destaca esplenomegalia (12 x 15 x 13 cm) con una intensa reacción adherencial periesplénica, lo que dificulta mucho la disección del órgano. Se lleva a cabo esplenectomía y se deja un drenaje aspirativo en el lecho. El posoperatorio transcurrió de forma favorable y sin complicaciones a nivel abdominal, pero persiste el fracaso respiratorio y renal con necesidad de hemofiltro, circunstancias que condicionan su *exitus* varias semanas más tarde.



Ilustración 1: Infarto esplénico que afecta el 75%

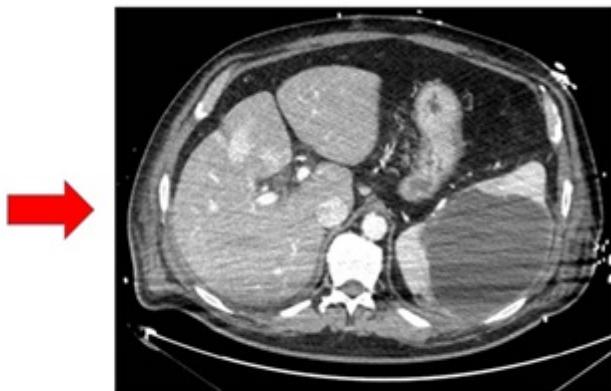


Ilustración 2: desarrollo de esplénico

Discusión: El diagnóstico del absceso esplénico suele retrasarse por la clínica inespecífica, siendo característicos el dolor en hipocondrio izquierdo y fiebre, con o sin esplenomegalia palpable. La prueba de imagen de elección es la TC abdominal. Los patógenos más frecuentemente aislados son microorganismos aerobios gram-positivos (estreptococos y estafilococos) y gram-negativos (*Klebsiella*, *E. coli* y *Pseudomonas*). Clásicamente el tratamiento del absceso esplénico ha sido la terapia antimicrobiana y esplenectomía. Sin embargo, en los últimos años se ha desarrollado con éxito una aproximación más conservadora, intentando preservar el órgano mediante un tratamiento antimicrobiano agresivo y drenaje percutáneo, reservando la cirugía abierta o laparoscópica para aquellos pacientes que no responden al tratamiento o cuando hay abscesos múltiples, multiloculados o recurrentes.