

iatrogénica y en los pacientes con afección abdominal no isquémica (diverticulitis, úlcera gástrica, enfermedad inflamatoria, obstrucción intestinal), cuando así lo permita la situación clínica del paciente; la laparotomía urgente es necesaria en todos los casos de GVPH de etiología isquémica, en que las cifras de mortalidad siguen siendo altas.

#### B I B L I O G R A F Í A

1. Peloponissios N, Halkic N, Pugnale M, Jordon Ph, Nordback P, Meyer A, et al. Hepatic portal gas in adults. Review of the literature and presentation of consecutive series of 11 cases. *Arch Surg.* 2003;138:1367–70.
2. Liebman PR, Patten MT, Manny J, Benfield JR, Hechtman HB. Hepatic portal venous gas in adults: etiology, pathophysiology and clinical significance. *Ann Surg.* 1978;187:281–7.
3. Mohammed AH, Mohammed AH, Khot UP, Thomas D. Portal venous gas—case report and review of the literature. *Anesthesia.* 2007;62:400–4.
4. Hong JJ, Gadaleta D, Rossi P, Esquivel J, Davis JM. Portal vein gas, a changing clinical entity: report of 7 patients and review of the literature. *Arch Surg.* 1997;132:1071–5.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.10.016

5. Kinoshita H, Shinozaki M, Tanimura H, Umemoto Y, Sakaguchi S, Takifugi K, et al. Clinical features and management of hepatic portal venous gas. Four cases reports and cumulative review of the literature. *Arch Surg.* 2001;136:1410–4.
6. Tsai JA, Calissendorff B, Hanczewski R, Perment J. Hepatic portal venous gas and small bowel obstruction with no signs of intestinal gangrene after appendectomy. *Eur J Surg.* 2000;166:826–7.
7. Monneuse O, Gruner L, Henry L, Barth X, Olagne E, Beatriz O, et al. L'aéroportie. *Ann Chir.* 2000;125:435–8.

Marta De Vega Irañeta\*, Juan Antonio Martínez-Piñeiro Muñoz, Pedro Artuñedo Pe, Alfonso Antequera Pérez y Fernando Pereira Pérez

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdvegaira@yahoo.es (M. De Vega Irañeta)

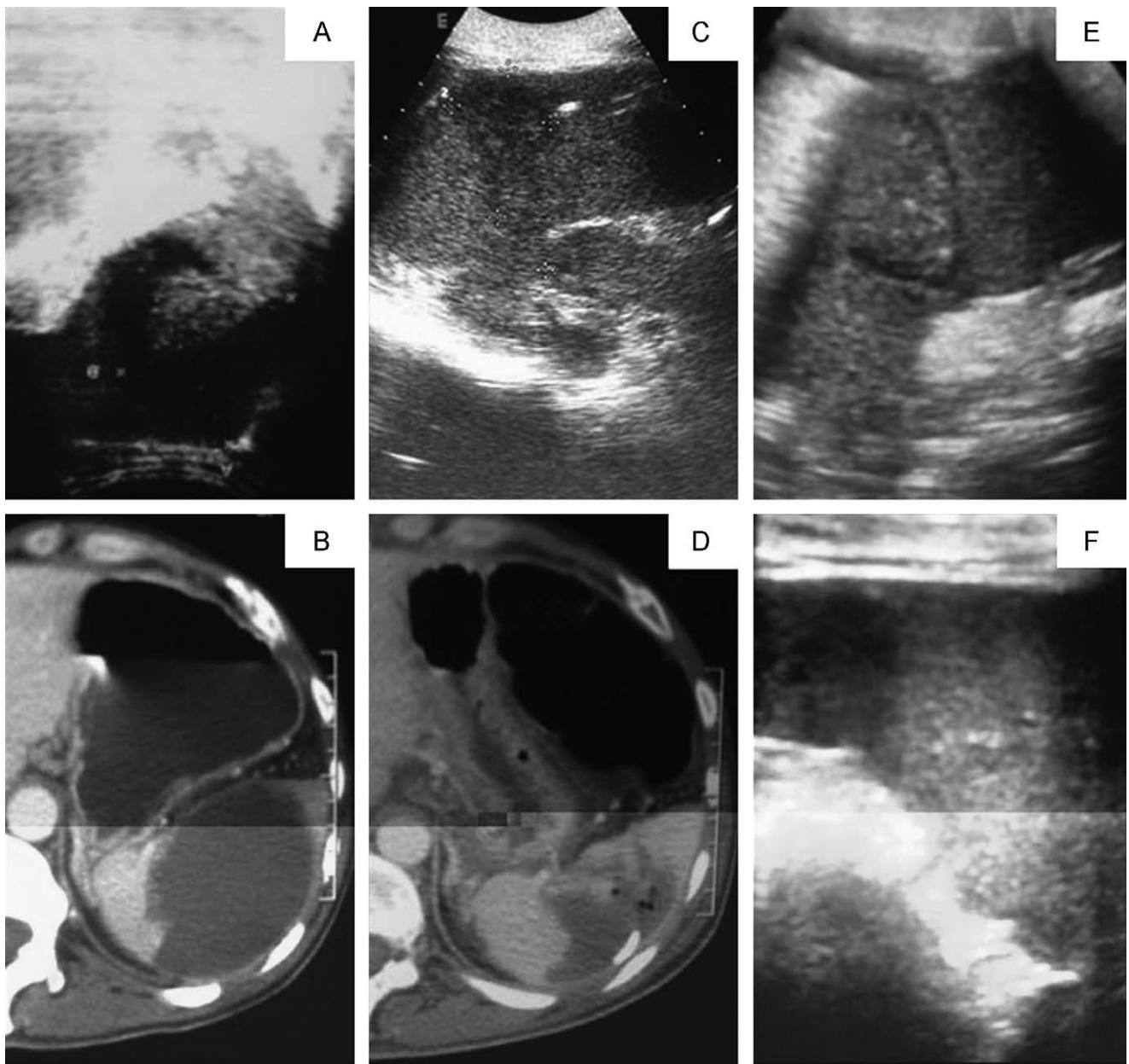
## Absceso esplénico en usuario de drogas por vía parenteral: resolución con drenaje ecoguiado

### Splenic abscess in an intravenous drug user: resolution with ultrasound-guided drainage

El absceso esplénico es una lesión rara en la población general, aunque en series necrópsicas presenta una incidencia del 0,14–0,7%<sup>1,2</sup>. La etiología más frecuente es la secundaria a diseminación hematogena de émbolos sépticos, como ocurre en la endocarditis bacteriana, a la que puede asociarse<sup>1</sup>. Por otro lado, hay numerosos factores predisponentes: desde condiciones que afecten al sistema inmunitario (diabetes mellitus, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas y administración de medicación inmunosupresora) hasta traumatismos<sup>3,4</sup>. Entre los adictos a drogas intravenosas los abscesos esplénicos son relativamente frecuentes<sup>1,2</sup>. Esta enfermedad predomina en varones, en una proporción 2:1, y en la raza blanca (67%); la media de edad de aparición es 41 años<sup>1</sup>. Muestra una mortalidad muy alta (próxima al 100%) en pacientes no tratados; sin embargo, un manejo adecuado precoz diminuye la tasa al 10%<sup>1,5</sup>. Por ello, la necesidad de un diagnóstico temprano, muchas veces dificultado por una clínica inespecífica, pero favorecido por la introducción de las técnicas de diagnóstico por imagen. Presentamos un caso resuelto con drenaje ecoguiado.

Varón de 41 años, adicto a drogas por vía parenteral (ADVP), seropositivo para el virus de la hepatitis B y C, y negativo para el virus de la inmunodeficiencia humana, que acudió al

servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal difuso, de 24 h de evolución y de carácter continuo; con astenia, anorexia, vómitos y diarrea concomitantes. Se acompañaba de febrícula (37,6 °C), limitada al día del ingreso. La exploración física mostraba caquexia y estado general regular, ligera disminución del murmullo vesicular en las bases pulmonares y signos discretos de irritación peritoneal. En la analítica de urgencias se objetivó leucocitosis con desviación a la izquierda y trombocitosis. Una radiografía simple de tórax fue normal. En la ecografía abdominal destacaba un bazo ligeramente agrandado que mostraba una lesión focal de 6 cm de diámetro, con líquido heterogéneo, compatible con un absceso esplénico (fig. 1A); además, hepatomegalia y ascitis moderada. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominopelviana con contraste, para valorar dicha lesión, y se detectó en su interior una pequeña burbuja de gas, lo que confirmó el diagnóstico de absceso (fig. 1B). El hemocultivo fue positivo para cocos grampositivos. La ecocardiografía descartó la presencia de endocarditis infecciosa. Se llevó a cabo un drenaje percutáneo ecoguiado, y se dejó el catéter durante una semana. Tras comprobar que el catéter había cesado de drenar, y sin retirarlo, se realizó nuevamente una eco-TC de abdomen (fig. 1C y D), que



**Figura 1 – Resolución de un absceso esplénico con drenaje ecoguiado.** Al ingreso, la ecografía (A) y la tomografía computarizada (TC) (B) pusieron de manifiesto una lesión focal esplénica (6 cm), compatible con un absceso esplénico. Tras el drenaje, se observó, en la ecografía, una disminución de su tamaño (C), y la mayor parte de la hipodensidad que se apreciaba en la TC (D) correspondía a un infarto y no a la colección. A las 4 semanas, se halló una zona de lesión redondeada ( $4,1 \times 3,6 \times 3,8$  cm), perfectamente definida, homogénea y con densidad ecográfica muy similar al resto del parénquima esplénico (E). Pasados 3 meses, el bazo presentaba un tamaño normal, y se objetivaba una zona central sutilmente heterogénea, de contornos imprecisos, compatible con una lesión cicatricial.

evidenció un infarto isquémico abscesificado con disminución de la colección. El análisis del contenido puso de manifiesto, como agente causal, *Staphylococcus aureus* resistente a penicilina y sensible a cloxacilina. Se instauró la antibioterapia (primero con meropenem y luego con cloxacilina, en combinación con gentamicina, 5 días, durante 6 semanas), junto con el tratamiento psicotrópico y de deshabituación a la heroína, propios del paciente. En la evolución, cabe destacar la ausencia de fiebre. Apareció un moderado ileo paralítico y derrame pleural bilateral que se resolvieron con tratamiento conservador. El seguimiento se llevó a cabo

mediante ultrasonografía (fig. 1). Nuevas ecografías de la lesión, efectuadas entre la cuarta y la sexta semana tras el ingreso, han comprobado la ausencia de líquido intraesplénico; muestran una imagen bien definida, homogénea y con densidad ecográfica muy similar al resto del parénquima esplénico (fig. 1E). A los 3 meses, el control ecográfico objetivó la culminación definitiva, con la observación del proceso cicatricial (fig. 1F).

El absceso esplénico, en pacientes ADVP, se caracteriza por la inespecificidad de sus síntomas; la fiebre y el dolor abdominal son los únicos constantes<sup>7</sup>. En algunos casos la

exploración física obtiene como único dato la esplenomegalia<sup>8</sup>. La misma afirmación podemos hacer para los abscesos esplénicos en la población general; sin embargo, haciendo una comparativa con la clínica descrita por otros autores<sup>1-6</sup>, llama la atención la ausencia de fiebre en nuestro paciente, ya que su presencia es casi invariable (entre el 90 y el 100% en los casos publicados)<sup>1-3,6</sup>. El dolor abdominal no se limitaba al cuadrante superior izquierdo<sup>1-6</sup>, sino que era de carácter difuso. Las pruebas de imagen: ecografía (sensibilidad próxima al 90%)<sup>1-3</sup> y TC con contraste intravenoso (sensibilidad del 95-100%)<sup>1,3</sup>, nos dieron el diagnóstico de certeza. Los hemocultivos son positivos en el 70% de los abscesos esplénicos múltiples y sólo en el 14% de los únicos<sup>6</sup> —como en este caso—. Se pautó tratamiento empírico con meropenem, hasta que el diagnóstico microbiológico puso de manifiesto la presencia de *S. aureus* —uno de los agentes infecciosos más comunes en esta afección<sup>1-6</sup>—, en nuestro caso, sensible a cloxacilina, por lo que se estableció este antibiótico, vía intravenosa<sup>9</sup>, sumando en principio gentamicina hasta descartar la endocarditis. Esto último es importante, pues *Staphylococcus* sp. con frecuencia tiene relación con endocarditis infecciosa<sup>6</sup>, más aún en pacientes con abuso de drogas intravenosas<sup>8,9</sup>. Se realizó un drenaje percutáneo, dada su eficacia en casos de absceso único y seguridad en pacientes con acceso anatómico sencillo y cuyo riesgo quirúrgico es alto<sup>5</sup>, además de permitir conservar el bazo y su función inmunológica. La esplenectomía está indicada en el resto de los casos o en circunstancias de fallo del drenaje<sup>5,10</sup>. El seguimiento se lleva a cabo mediante ecografías de control (fig. 1). En este paciente el resultado del drenaje ha sido exitoso y la evolución, favorable.

## B I B L I O G R A FÍA

1. Lucien L, Ooi PJ. Splenic abscesses from 1987 to 1995. Am J Surg. 1997;174:87-93.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.017

2. Nelken N, Ignatiad J, Skinner M, Christensen N. Changing clinical spectrum of splenic abscess. A multicenter study and review of the literature. Am J Surg. 1987;154:27-34.
3. Chiang IS, Lin TJ, Chiang IC, Tsai MS. Splenic abscesses: review of 29 cases. Kaohsiung J Med Sci. 2003;19:510-5.
4. Fotiadis C, Lavranos G, Patapis P, Karatzas G. Abscesses of the spleen: report of three cases. World J Gastroenterol. 2008; 14:3088-91.
5. García-Rodríguez MP, Bonachía O, Lázaro J, Martín ML, Butrón T, García J, et al. Absceso esplénico: aportación de un nuevo caso. Cir Esp. 2001;69:89-90.
6. Villamil I, Lado FL, Van den Eynde A, Díaz JA. Abscessos esplénicos: presentación de nueve casos. Rev Chil Infect. 2006;23:150-4.
7. Nallathambi MN, Ivatury RR, Lankin DH, Wapnir IL, Stahl WM. Pyogenic splenic abscess in intravenous drug addiction. Am Surg. 1987;53:342-6.
8. Robinson SL, Saxe JM, Lucas CE, Arbulu A, Ledgerwood AM, Lucas WF. Splenic abscess associated with endocarditis. Surgery. 1992;112:781-7.
9. Lassen C. Absceso esplénico. Medwave. Mayo 2003 [citado 28 Jul 2008]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/perspectivas/exequiel/Mayo2003/AbscesoEsplenario.act>.
10. Fernández-Lobato R, Martínez C, Rodríguez JM, Martínez M, Cerquella C, Moreno M. Absceso esplénico gigante secundario a trombosis de la arteria esplénica. Cir Esp. 2001;69:429-30.

Zorionak Meneses-Grasa<sup>a</sup>, Mariano León-Rosique<sup>a</sup>, Antonio Coll-Salinas<sup>b</sup>, Isabel Carpena-Martínez<sup>c</sup> y José Luis Aguayo-Albasini<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva,

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

<sup>c</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas,

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(J.L. Aguayo-Albasini\).](mailto:aguayoalbasini@yahoo.es)

## Esplenectomía laparoscópica como tratamiento del quiste esplénico postraumático

### Laparoscopic splenectomy as treatment of a post-traumatic splenic cyst

Los quistes no parasitarios esplénicos (QNPE) son infrecuentes. Históricamente fueron clasificados en verdaderos y falsos o seudoquistes. Este segundo grupo suele producirse tras una traumatismo abdominal y supone aproximadamente un 70-80% del total de QNPE<sup>1-5</sup>. Esta división de los QNPE se basa únicamente en la presencia o no de epitelio intraquístico, lo que conlleva ciertos problemas de clasificación<sup>2</sup>. Presentamos un paciente con un QNPE falso de gran tamaño,

sin antecedente traumático claro, tratado mediante esplenectomía laparoscópica y debatimos las múltiples opciones terapéuticas.

Varón de 17 años que consulta por dolor abdominal intenso en mesogastrio e hipogastrio. Como único antecedente refiere dolores abdominales ocasionales desde hace 7 años sin traumatismo abdominal grave. A la exploración, presenta dolor abdominal difuso en hipocondrio izquierdo con leve