



P-443 - ABSCESO Y HEMATOMA ESPLÉNICO COMO COMPLICACIÓN TRAS TORACOCENTESIS DIAGNÓSTICA

Lobo Flores, Nicolak Bernardo; García Duran, María Alejandra; Renau González, Guillermo; Haupt Arabia, Stephanie; Galiana Rubio, Miriam; Menéndez López, Javier; Domenech Calvet, Joan; Sánchez Marín, Antonio

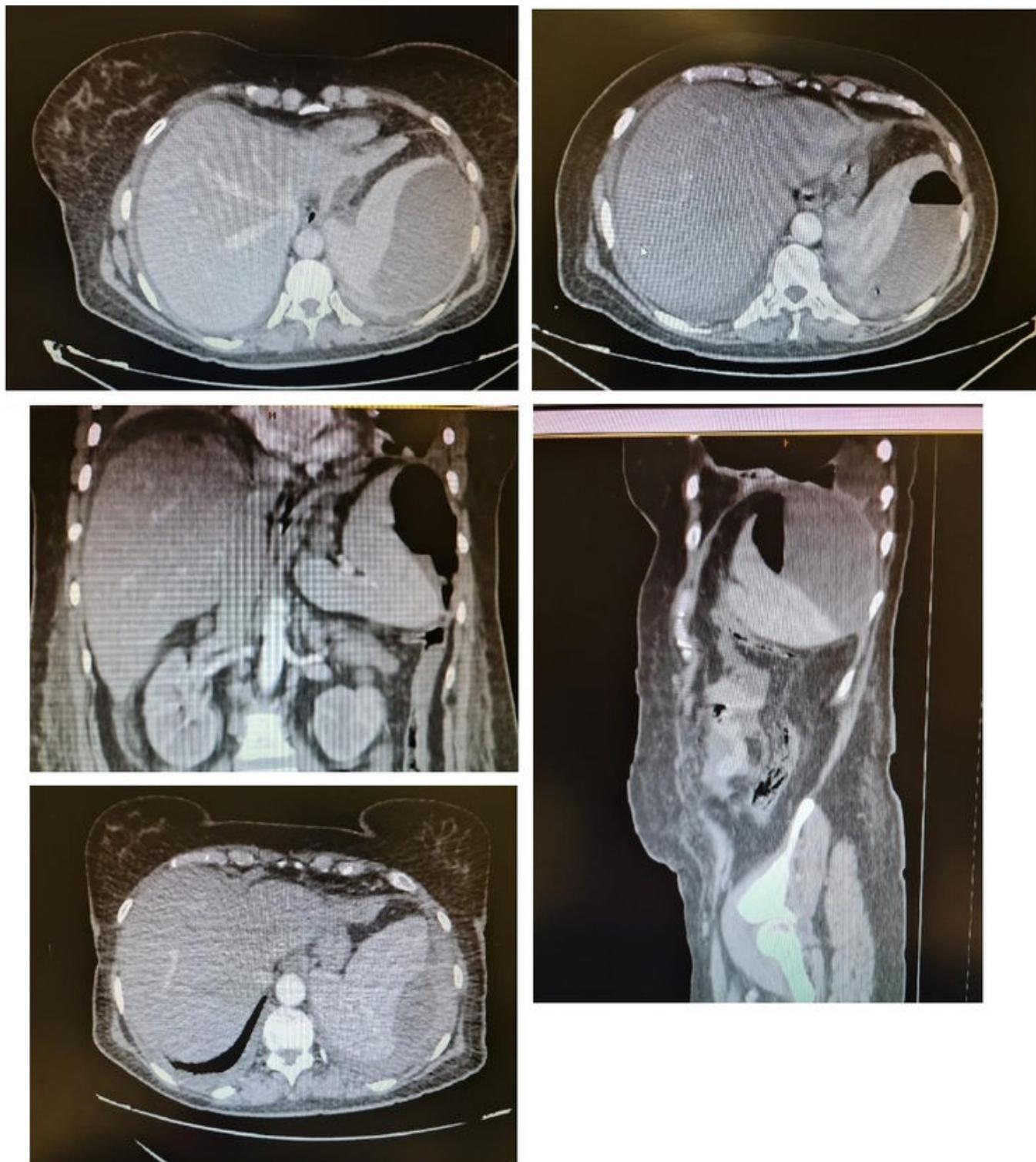
Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Resumen

Introducción: El absceso esplénico es una patología poco frecuente, con una prevalencia entre 0,14-0,7%. Generalmente pueden aparecer en pacientes con neoplasias, inmunodeficiencias, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, traumatismo esplénico, infección intraabdominal, procesos que cursen con embolismos sépticos, enfermedades hematológicas, entre otras.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 51 años con antecedente de obesidad, ingresada por neumonía adquirida en la comunidad, tratada con azitromicina y cefditoren, resistente al tratamiento, con derrame pleural izquierdo, se realizó toracocentesis obteniendo resultado compatible con exudado, se colocó tubo de tórax en hemitórax izquierdo retirándolo a los 2 días. Presenta dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, episodio febril, intolerancia oral, elevación de reactantes de fase aguda se inicia antibioticoterapia con piperacilina/tazobactam y es valorada por Cirugía general. Se realiza ecografía abdominal evidenciando colelitiasis sin signos de colecistitis. En el TC abdominal: Derrame pleural bilateral. Colección subcapsular/periesplénica. Imagen hipodensa en la periferia del bazo, probable laceración. La colección presenta zonas más densas en su interior que hacen pensar en que corresponda a hematoma. Se orienta como hematoma/laceración esplénica grado II probablemente tras toracocentesis y se decide tratamiento conservador. La TC de control muestra colección subcapsular esplénica con nivel hidroaéreo. Se realiza drenaje de la colección por laparoscopia hallando hematoma esplénico sobreinfectado, se realiza drenaje de absceso y lavados y colocación de 2 drenajes uno en celda esplénica y otro en fondo de saco de Douglas. Durante el ingreso presenta buena evolución clínica y analítica. En tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam y linezolid, analítica de control con disminución de los parámetros inflamatorios. Por los drenajes se evidencia débito serohemático con disminución progresiva del mismo siendo retirados. En los hemocultivos se aísla estafilococo *hominis* y *Gemella* sp y estreptococos *constellatus*. Se realiza PET/TAC evidenciando disminución de la lesión esplénica, que podría ser una laceración, y del hematoma. Colecciones intrabdominales pequeñas: subfrénica derecha, hepatorrenal y a la pelvis. Probablemente también hay de perihepáticas izquierdas (muy pequeñas). No hay otros focos inflamatorios relevantes. Derrame pleural bilateral sin cambios inflamatorios asociados. Presenta persistencia e incremento del derrame pleural, de predominio derecho, por lo que se administra diuréticos durante el ingreso, el día 27/03 se realiza toracocentesis en hemitórax derecho, obteniendo 400 cc con características de exudado. Se realiza ecocardiograma descartando endocarditis infecciosa. La paciente es dada de alta hospitalaria con

Augmentine por vía oral según sensibilidad de antibiograma y controles por consultas externas con buena evolución, disminución de hematoma progresivamente.



Discusión: Cuando el antibiótico no es suficiente, es necesario el control del foco infeccioso mediante drenaje percutáneo guiado por TC o esplenectomía. Ambas son eficaces, sin embargo, el drenaje permite preservar el bazo y evitar la disfunción inmunológica posesplenectomía y reducir la morbilidad. La elección de uno u otro dependerá del tamaño y números de absceso esplénicos y del estado del paciente. En líneas generales, el drenaje está indicado en abscesos uniloculares o biloculares de paredes finas, no tabicados y cuando su contenido es líquido.