

# Quiste esplénico sobreinfectado en paciente inmunocompetente

Andrés Navarrete<sup>a</sup>, Franco Orellana<sup>a</sup>, Marcelo Castro<sup>b</sup>, Luis Manríquez<sup>a</sup> y Horacio Ríos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía. Hospital Militar de Santiago. Santiago. Chile.

<sup>b</sup>Servicio de Imagenología. Hospital Militar de Santiago. Santiago. Chile.

El absceso esplénico es una condición poco frecuente por lo que su diagnóstico es difícil y muchas veces tiende a diagnosticarse en forma tardía; si se deja sin tratamiento, es fatal<sup>1</sup>. A continuación se presenta un caso de una paciente que desarrolló un absceso esplénico en una lesión quística preexistente.

Mujer de 16 años, sin antecedentes mórbidos de importancia, que consulta en el servicio de urgencia de nuestro hospital en abril de 2007, con cuadro de 4 días de evolución caracterizado por fiebre de hasta 39 °C, deterioro del estado general, mialgias y un episodio de vómito alimentario. Sin hallazgos al examen físico. En los exámenes iniciales, el recuento leucocitario y la proteína C reactiva (PCR) son normales al igual que el hematocrito, por lo que se indica tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos. La paciente consulta nuevamente a las 48 h por persistencia del cuadro con fiebre de hasta 40 °C; en el examen físico se evidencia esplenomegalia. Se solicitan nuevos exámenes, en que destaca un patrón infeccioso con PCR de 32 mg/l y velocidad de sedimentación globular de 42 mm/h sin leucocitosis, por lo que se decide hospitalizarla en unidad de tratamientos intermedios para completar estudio. Los hemocultivos obtenidos al ingreso fueron positivos para *Salmonella* tipo B, por lo que se inicia tratamiento

antibiótico con ceftriaxona + ciprofloxacino. Se realiza tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis, que muestra gran colección esplénica de 30 cm de diámetro, multitabicado, con calcificaciones laminares en una de sus paredes, compatible con lesión quística preexistente sobreinfectada (fig. 1). A las 48 horas del ingreso la paciente presenta una descarga séptica con

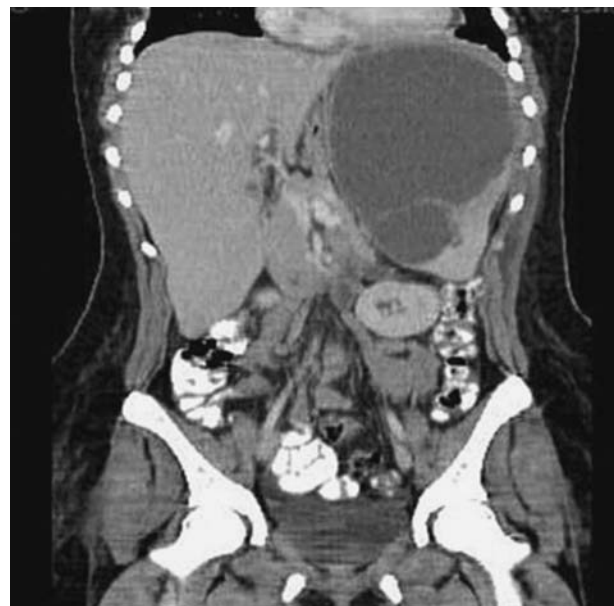


Fig. 1. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis que muestra el gran absceso esplénico.

Correspondencia: Dr. A. Navarrete Molina.  
Los Trapenses 4949 C-8. Lo Barnechea.  
Santiago. Chile.

Correo electrónico: andres\_navarr38@hotmail.com

Manuscrito recibido el 31-8-2007 y aceptado el 19-11-2007.



Fig. 2. Se observa la totalidad del bazo con gran absceso del quiste esplénico roto.

deterioro hemodinámico. Destacan los exámenes con patrón colestásico con bilirrubina total de 9, 23 mg/dl con predominio directo (7,15), fosfatasas alcalinas de 282 U/l y GGT de 205 U/l. Se realiza ecografía de urgencia, que mostró signos compatibles con rotura del absceso esplénico, por lo que se interviene quirúrgicamente; se realiza una laparotomía exploradora media supraumbilical e infraumbilical con el hallazgo de un gran absceso esplénico de 20 cm de diámetro (fig. 2), con una perforación cubierta con omento mayor en su cara anterior, que drena gran cantidad de pus de mal olor que se cultivó. Se decide realizar esplenectomía sin incidentes y drenaje a la cavidad. La pieza quirúrgica es enviada a anatomía patológica, que informa de un quiste epitelial primario del bazo con signos de esplenitis séptica. La paciente evoluciona favorablemente tras 5 días de antibióticos intravenosos, por lo que es dada de alta sin complicaciones.

Los quistes esplénicos son raros y se puede dividirlos en dos grandes grupos: quistes primarios que tienen una línea celular que puede ser de origen congénito o parasitario y los quistes secundarios (seudoquistes), que pueden ser de origen postraumático, seroso, inflamatorio (absceso) o degenerativo<sup>2</sup>. En general, los quistes esplénicos se presentan con manifestaciones vagas e incluso pueden permanecer asintomático por mucho tiempo<sup>3,4</sup>.

La formación de un absceso sobre una lesión quística preexistente es una entidad rara, tiene una incidencia del 0,2-0,7%<sup>2</sup>. En algunos estudios se ha planteado una relación entre lesiones esplénicas previas de diversa naturaleza y bacteriemias posteriores con formación de uno o varios abscesos. Como en nuestro caso, en que se identificó en la anatomía patológica un quiste epitelial primario del bazo.

La formación de abscesos por infecciones por *Salmonella* sp., si bien se ha descrito, es poco frecuente; la gran mayoría de las comunicaciones son de pacientes con inmunosupresión de base y es rara en pacientes inmunocompetentes como en nuestro caso<sup>5</sup>.

Entre las manifestaciones clínicas descritas en los estudios de series e informes de casos destacan: fiebre (92%), escalofríos (83%), dolor en el cuadrante superior izquierdo (35-50%) y esplenomegalia (31-58%)<sup>2</sup>. La duración promedio de la sintomatología es de 16 días, la mayoría de las veces de carácter inespecífica. Nuestra paciente presentó un cuadro muy inespecífico de alrededor de 7 días de evolución, con fiebre y dolor en el flanco izquierdo, lo que puede llevar a un diagnóstico más tardío.

Para el diagnóstico de abscesos esplénicos la ecografía suele ser de gran utilidad, ya que tiene una sensibilidad del 75-93%, pero en ciertos casos, como el descrito, puede no lograr diagnosticarlo con claridad. La TC abdominal tiene un mayor rendimiento con una sensibilidad muy cercana al 100% y puede revelar en forma típica la lesión y sus posibles complicaciones<sup>6</sup>.

El tratamiento de los pacientes puede ser conservador, con antibióticos se logra controlar el cuadro de forma eficaz en la mayoría de los casos. También se han descrito las punciones bajo ecografía y/o TC abdominal con buenos resultados. A pesar de todo esto, muchas veces la única forma de controlar y solucionar este cuadro es el manejo agresivo mediante la esplenectomía, más en casos de complicaciones de los abscesos esplénicos como lo que sucedió en nuestro caso. En la literatura se ha descrito que si bien este cuadro es poco frecuente, su morbimortalidad es importante, lo que ha llevado a demostrar que en muchos casos la esplenectomía parece asociarse a una mayor supervivencia que con un tratamiento conservador<sup>2,3,6-8</sup>.

## Bibliografía

1. Tung CC, Chen FC, Lo CJ. Splenic abscess: an easily overlooked disease? *Am Surg*. 2006;72:322-5.
2. Villamil-Cajoto I, Lado FL, Van den Eynde-Collado A, Díaz-Peromingo JA. Abscesos esplénicos. Presentación de nueve casos. *Rev chil Infec* 2006;23:140-9.
3. Billings A. Abscess of the spleen. *Ann Surg*. 1928;88:416-28.
4. Urrutia M, Mergo PJ, Ros LH, Torres GM, Ros PR. Cystic masses of the spleen: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1996;16:107-29.
5. Castro V, Valenzuela J, Márquez JC, Arrastoa JA. Absceso esplénico por *Salmonella paratyphi* B. *Pediatría*. 1988;31:178-9.
6. Chang KC, Chuah SK, Changchien CS, et al. Clinical characteristics and prognostic factors of splenic abscess: A review of 67 cases in a single medical center of Taiwan. *World J Gastroenterol*. 2006;12:460-4.
7. Westh H, Reines E, Skibsted L. Splenic abscesses: a review of 20 cases. *Scan J Infect Dis*. 1990;22:569-73.
8. Gatica MA, Morales H, Harz C, Espinoza A. Abscesos esplénicos múltiples, presentación de 2 casos. *Rev Med Chile*. 1993;121:553-6.