

NOTAS CLÍNICAS

Manejo conservador de un absceso esplénico por émbolos sépticos tras extracciones dentarias

Carlos García Vázquez¹, Camilo Castellón Pavón¹, Santos Jiménez de los Galanes¹, Juan Gómez Patiño² y Belén Brea de Diego²

Servicios de ¹Cirugía General y Aparato Digestivo, y ²Radiología e Intervencionismo Vascular. Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro, Madrid

RESUMEN

Los abscesos esplénicos son poco frecuentes pero pueden asociar una mortalidad elevada. Generalmente suceden en pacientes con una infección sistémica relacionada con algún estado de compromiso inmunitario. La clínica es inespecífica y el diagnóstico suele ser tardío, aunque el desarrollo de técnicas de imagen más avanzadas ha permitido un mejor diagnóstico de los abscesos esplénicos y disponer del drenaje percutáneo como una opción terapéutica complementaria válida y segura. Presentamos un caso de un paciente con un absceso esplénico por émbolos sépticos tras extracciones dentarias, manejado conservadoramente con antibioterapia y drenaje percutáneo.

Palabras clave: Absceso esplénico. Inmunosupresión. Preservación esplénica. Drenaje percutáneo.

INTRODUCCIÓN

El absceso esplénico es una entidad poco frecuente con una prevalencia entre 0,14 y 0,7% en estudios realizados sobre cadáver (1,2). Habitualmente no se tiene en cuenta en el diagnóstico inicial de pacientes con síntomas abdominales y su historia natural está asociada a una elevada mortalidad (1-3). Generalmente se acompaña de otras patologías que conducen a un estado de inmunocompromiso (1-3), lo que junto a sus manifestaciones vagas hace que se demoren el diagnóstico y el tratamiento. Durante los últimos años, la evolución de las técnicas de imagen ha permitido mejorar el diagnóstico precoz y desarrollar el manejo no quirúrgico de estos pacientes (1). Presentamos el caso de un paciente de 81 años con un absceso esplénico tratado de forma conservadora.

CASO CLÍNICO

Varón de 81 años de edad, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial

e insuficiencia renal crónica, que es derivado desde su residencia geriátrica por dolor abdominal y cuadro febril de 24 horas de evolución. No presenta claro antecedente traumático aunque refiere múltiples extracciones dentarias, las dos últimas llevadas a cabo una semana y 24 horas antes del inicio del cuadro clínico. A su llegada al servicio de Urgencias se encuentra afebril, con tos y expectoración. En la exploración física presenta una boca séptica, roncus bilaterales y dolor abdominal difuso sin signos de irritación peritoneal. En la analítica inicial no existe leucocitosis ni desviación izquierda, con hemoglobina de 11 g/dl y hematocrito de 36,5%. En la radiografía simple de tórax se aprecia un mínimo derrame pleural bilateral sin infiltrados pulmonares. En 24 horas el paciente experimenta un deterioro generalizado con mayor dolor abdominal, acompañado de defensa voluntaria en el hemiabdomen izquierdo, leucocitosis (11.600 con 91,1% neutrófilos) y anemia (hemoglobina 8,9 g/dl). Se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominal sin contraste por el deterioro de la función renal (creatinina 2,1 mg/dl), apreciándose un bazo de tamaño normal, con densidad heterogénea, con un reborde periférico subcapsular de menor densidad y áreas de menor densidad en el interior del parénquima esplénico, sugestivo de un infarto esplénico, siendo el resto de la exploración abdominal normal. Ante estos hallazgos y previa recuperación de la función renal con sueroterapia intensiva, se repite la TC con contraste, que confirma la presencia de áreas esplénicas irregulares sin realce de contraste compatibles con zonas de infarto o laceración esplénica (Fig. 1), sin extravasación del contraste. Se instaura tratamiento conservador con antibióticos y analgesia, con mejoría del cuadro respiratorio pero persistencia del dolor abdominal y la leucocitosis con reactantes de fase aguda elevados. En TC de control se aprecia colección subcapsular esplénica en polo superior de 9 x 11 x 9,5 cm con unos valores de atenuación sugestivos de hematoma (Fig. 2), por lo que se decide realizar un drenaje percutáneo de la colección esplénica obteniéndose abundante material

Recibido: 24-07-2015
Aceptado: 31-07-2015

Correspondencia: Carlos García Vázquez. Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Infanta Elena. Av. Reyes Católicos, 21. 28342 Valdemoro, Madrid
e-mail: cgvl@hotmail.com, cgarciaiva@idcsalud.es

García Vázquez C, Castellón Pavón C, Jiménez de los Galanes S, Gómez Patiño J, Brea de Diego B. Manejo conservador de un absceso esplénico por émbolos sépticos tras extracciones dentarias. Rev Esp Enferm Dig 2016;108(10):664-666.

DOI: 10.17235/reed.2016.3939/2015

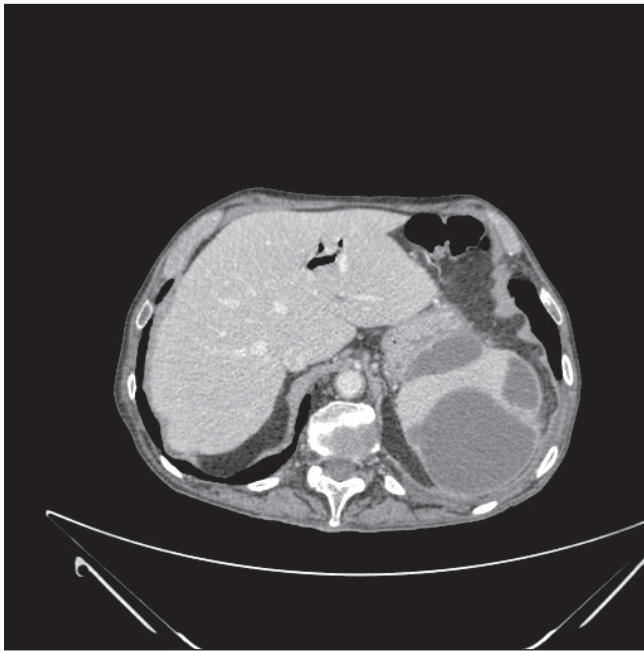


Fig. 1. Colección esplénica previa al drenaje percutáneo.

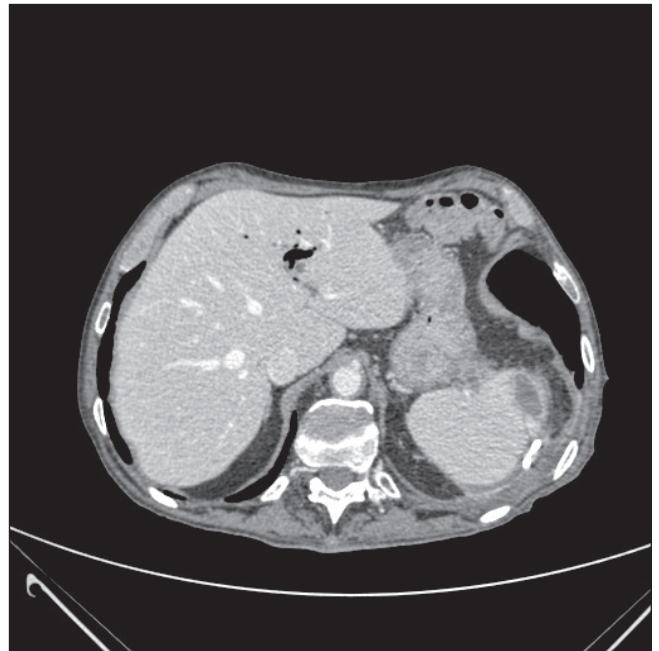


Fig. 2. TC de colección esplénica prácticamente resuelta donde se aprecia en lateral la presencia del drenaje "pigtail".

purulento. En dicho material crece en los cultivos una *E. coli* multiresistente, solo sensible a carbapenems, por lo que se inicia ciclo de imipenem y se mantiene el drenaje percutáneo con mejoría progresiva del estado general del paciente y de los parámetros analíticos. A los 10 días del drenaje, y ante la ausencia de débito, se realiza nuevo control de imagen con una ecografía abdominal, comprobándose la desaparición de la colección, por lo que se retira el catéter y el paciente es dado de alta. Después de 7 meses de seguimiento, el paciente permanece asintomático, y en TC de control el bazo presenta características normales y sin colecciones intraabdominales.

DISCUSIÓN

El absceso esplénico es una infección muy poco frecuente, con una prevalencia de 0,14-0,7% en estudios realizados sobre cadáver (1,2), pero con una mortalidad elevada (13-25%) (1-3). El factor predisponente más importante es la infección sistémica, generalmente por diseminación hematológica de émbolos sépticos a partir de una endocarditis bacteriana (68-73%) o desde otro foco infeccioso a distancia (3), aunque también se han descrito por extensión por contigüidad, hemoglobinopatías o después de un traumatismo esplénico (3,4). Habitualmente los pacientes con un absceso esplénico son varones adultos que presentan algún factor de riesgo asociado: estados de compromiso inmunitario, diabetes mellitus o abuso de drogas por vía parenteral (1,4). El incremento de pacientes inmunodeprimidos junto al desarrollo de técnicas diagnósticas de

imagen ha conllevado una mayor incidencia de abscesos esplénicos en las últimas décadas (1-3,5).

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. Es frecuente la leucocitosis (78%) y en la radiografía de tórax puede existir un derrame pleural izquierdo (32-39%) (1,4). La prueba de imagen de elección es la TC abdominal, que muestra áreas hipodensas con un refuerzo periférico tras la administración de contraste. En ocasiones puede ser difícil diferenciar de un infarto o hematoma esplénico, como sucedió inicialmente en nuestro caso. En la ecografía los abscesos esplénicos se manifiestan como lesiones irregulares hipoeoicas o anecoicas (3,4). Los abscesos múltiples son menos frecuentes (31-38%) y menos sintomáticos, pero tienen peor pronóstico por el mayor riesgo de sepsis (3).

Los patógenos más frecuentemente aislados son microorganismos aerobios gram-positivos (estreptococos y estafilococos) y gram-negativos (*Klebsiella*, *E. coli* y *pseudomona*) (3-5). Son menos frecuentes los gérmenes anaerobios y hongos.

Clásicamente el tratamiento del absceso esplénico ha sido la terapia antimicrobiana y esplenectomía (1). 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 guiado por estudio de imagen en pacientes más jóvenes, hemodinámicamente estables, con abscesos únicos, sin tabiques y alejados del hilio esplénico y en pacientes con eleva-

do riesgo quirúrgico por importante comorbilidad asociada o grave deterioro del estado general por sepsis (1,3-5). El drenaje percutáneo permite la elección del antibiótico más apropiado, evita el riesgo de una diseminación peritoneal purulenta y las complicaciones potenciales de la esplenectomía, reduce la estancia hospitalaria, es mejor tolerado por el paciente y el coste es menor (4,5). Sin embargo, el drenaje percutáneo no está exento de complicaciones y el porcentaje de fracasos es elevado en distintas series (14,3-75%) (4,5). La esplenectomía abierta o laparoscópica debe reservarse para aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico o intervencionista inicial o cuando hay abscesos múltiples, multiloculados o recurrentes (1,2,4). En una serie de 18 pacientes con absceso esplénico, Lee y cols. relacionaron el pronóstico con la situación general subyacente del paciente sin apreciar diferencias significativas en términos de mortalidad entre los pacientes tratados de forma conservadora y los pacientes intervenidos quirúrgicamente (2).

En nuestro caso existían los antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad renal crónica, con un foco séptico conocido (boca) como excepcional y potencial origen de émbolos sépticos. El tratamiento de los abscesos esplénicos es controvertido y debe ser indivi-

dualizado. Aunque algunos autores recomiendan el drenaje percutáneo en abscesos menores de 3 cm (6), la respuesta favorable en nuestro caso apoya la validez y seguridad de esta alternativa terapéutica incluso en abscesos de mayor tamaño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liu YH, Liu CP, Lee CM. Splenic abscesses at a tertiary medical center in northern Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2014;47:104-8. DOI: 10.1016/j.jmii.2012.08.027
2. Lee WS, Choi ST, Kim KK. Splenic abscess: A single institution study and review of the literature. *Yonsei Med J* 2011;52:288-92 DOI: 10.3349/ymj.2011.52.2.288
3. Iñiguez A, Butte JM, Zuñiga JM, et al. Abscesos esplénicos. Comunicación de siete casos y revisión de la literatura. *Rev Med Chile* 2008;136:38-43. DOI: 10.4067/S0034-98872008000100005
4. Sreekar H, Saraf V, Pangi AC, et al. A retrospective study of 75 cases of splenic abscess. *Indian J Surg* 2011;73:398-402. DOI: 10.1007/s12262-011-0370-y
5. Ferraioli G, Brunetti E, Gulizia R, et al. Management of splenic abscess: Report on 16 cases from a single center. *Int J Infect Dis* 2009;13:524-30. DOI: 10.1016/j.ijid.2008.08.024
6. Jaiswal CSS, Talreja LCM, Chawla SLB, et al. Organ preservation in splenic abscess. *Med J Armed Forces India* 2014;70:195-7. DOI: 10.1016/j.mjafi.2012.06.008