



I-77. - ABSCESO ESPLÉNICO: SERIE DE 3 CASOS

P. Laynez Roldán, E. Almaraz Marroquín, I. Pulido González, A. Merlán Hermida, A. Rodríguez, Pérez, E. Gómez Nebreda, J. Afonso Déniz, S. Suárez Ortega

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Analizar los casos de abscesos esplénicos (AE) observados en un servicio de Medicina Interna desde el año 2001, así como su asociación con otras entidades, los agentes microbiológicos implicados y las posibilidades diagnóstico-terapéuticas.

Métodos: Serie de tres casos de AE por distintos microorganismos, dos de ellos asociados a endocarditis infecciosa (EI). Se analizan los métodos diagnósticos y terapéuticos a partir de esta experiencia y se revisa la literatura.

Resultados: Caso 1: varón de 77 años con diabetes mellitus tipo 2 presentó fiebre elevada acompañada de cuadro constitucional, disnea y molestias torácicas. En los hemocultivos creció *Enterococcus faecalis* y el ecocardiograma reveló una vegetación en válvula mitral. Por presentar molestias abdominales se realizó ecografía abdominal que mostró 2 AE que fueron drenados bajo control ecográfico, demostrándose el mismo germen que en sangre por lo que recibió antibioterapia con ampicilina y tobramicina resolviéndose el cuadro. Caso 2: mujer de 77 años presentó cuadro de 48 horas de evolución de diarrea, vómitos, fiebre y dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. Las pruebas de laboratorio mostraron un patrón de colestasis disociada y elevación de biomarcadores de infección. En la TC de abdomen se apreció una lesión redondeada junto con al menos 3 lesiones adyacentes compatibles con AE. En los hemocultivos creció *Streptococcus constellatus*, por lo que se cambió imipenem por penicilina G benzatina y posteriormente se practicó esplenectomía. Caso 3: Varón de 44 años comenzó con fiebre y lesiones en planta de los pies compatibles con embolismos periféricos, demostrándose bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente, vegetaciones aórticas e infarto esplénico sintomático. Con el diagnóstico de EI se inició tratamiento con vancomicina y gentamicina y se realizó un recambio valvular aórtico metálico. Tras una mejoría inicial comienza nuevamente con fiebre, se objetivó entonces una bacteriemia por *Serratia marcescens*. El TC de abdomen demostró un AE de gran tamaño sobre infarto esplénico causado por el mismo microorganismo. Por ello se amplió antibioterapia y se realizó un drenaje percutáneo guiado por ecografía, consiguiéndose la remisión del cuadro.

Discusión: Los AE plantean problemas diagnósticos por la inespecificidad de sus síntomas, siendo la fiebre y el dolor abdominal las manifestaciones más frecuentes, que fueron una constante en los tres pacientes. La ultrasonografía y el TC abdominal son las pruebas indicadas para establecer el diagnóstico. Es frecuente la asociación con otras patologías que causan la diseminación hematológica del microorganismo, sobre todo la coexistencia de EI, la cual se demostró en dos de los casos. Los

cocos grampositivos y los bacilos gramnegativos son los patógenos más frecuentemente implicados, nuestros tres casos responden a esta tendencia si bien las especies no fueron las más habituales (*E. faecalis*, *S. constellatus* y *S. marcescens*). La coexistencia con otros abscesos extraesplénicos es frecuente pero no se dio en ninguno de los tres pacientes. El manejo terapéutico incluye siempre el empleo de antibioterapia intravenosa, y los hemocultivos nos ayudarán a dirigirla. En dos de los casos fue necesario drenaje percutáneo del AE, sin embargo uno requirió de esplenectomía, la cual está indicada ante una AE tabicado o ante la presencia de lesiones múltiples.

Conclusiones: 1. El AE es una posible causa de síndrome infeccioso de origen abdominal. 2. La ecografía abdominal es una prueba indolente que puede descartar esta posibilidad con alta sensibilidad. 3. Su asociación con endocarditis es frecuente y se debe descartar su presencia ante la existencia de un AE. 4. Debe instaurarse cuanto antes antibioterapia empírica según sospecha y posteriormente dirigida por hemocultivos y cultivo del contenido del absceso. 5. El drenaje percutáneo es una técnica con menor invasividad que la esplenectomía y es preferible a ésta siempre que las lesiones sean únicas y no estén loculadas.