

REPORTE DE CASO

ABSCESO ESPLÉNICO, RARA PRESENTACIÓN DE *SALMONELLA TYPHI*;

Dra. Claudia Mazariegos; Dra. Vilma Portillo; Dr. Carlos Mejía; Dra. Iris Cazali.
Hospital Roosevelt, Guatemala

Absceso esplénico es una rara complicación de fiebre tifoidea. La incidencia es de 0.2 a 0.7 por ciento en estudios basados en autopsias. Existen menos de 500 casos reportados en la literatura mundial. La presentación clínica es inespecífica y es potencialmente un problema quirúrgico asociado a alta mortalidad. El tratamiento se basa en una combinación de esplenectomía total o drenaje percutáneo mas una terapia antibiótica adecuada (1,2) El absceso esplénico puede ocurrir secundario a infección del tracto urinario, apendicitis, trauma, endocarditis, neoplasia, fiebre tifoidea, embolias sépticas. Entre los microorganismos causantes más frecuentes encontramos *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Enterobacterias*. Nosotros reportamos un caso de absceso esplénico con documentación microbiológica de *Salmonella typhi* como agente causal.

Descripción del caso:

Paciente femenina de 35 años de edad, con historia de presentar palidez de 15 días de evolución, acompañada de astenia, adinamia, e hiporexia asociado dolor abdominal de aparición súbita, localizado en hipocondrio izquierdo, continuo, sordo, que no se alivia ni exacerba con la ingesta de los alimentos, sin irradiación. Niega fiebre, escalofríos, pérdida de peso o sudoraciones nocturnas. Refiere comer alimentos preparados por ella misma, cuenta con agua potable. No refiere ingesta de ningún medicamento previo a consultar.

Al examen físico con signos vitales: P/A: 100/70 mmHg FC: 75x' FR: 16x' T: 37º C, con palidez mucocutánea, exoftalmos, tinte ictérico en escleras, soplo sistólico multifocal de predominio mitral, grado III, no S3, No frote

pericárdico, Pulmones con buena entrada de aire bilateral. Abdomen con esplenomegalia grado II dolorosa a la palpación, no hepatomegalia ni signos de irritación peritoneal.

Sus laboratorios al ingreso mostraban Glóbulos Blancos 5,450 mm³, segmentados 77.40% hemoglobina: 4.40 g/dl, hematocrito: 18.0 %, pruebas hepáticas dentro de límites normales; LDH: 716 U/L.

En su estancia hospitalaria inicia con fiebre de 38-39 ºC precedida de escalofríos y persistía dolor abdominal en hipocondrio izquierdo sin otros síntomas asociados, se realiza hemocultivo. Se realiza Ultrasonido abdominal el cual reporta esplenomegalia e imágenes anecógenicas a nivel esplénico, pero no hepático.

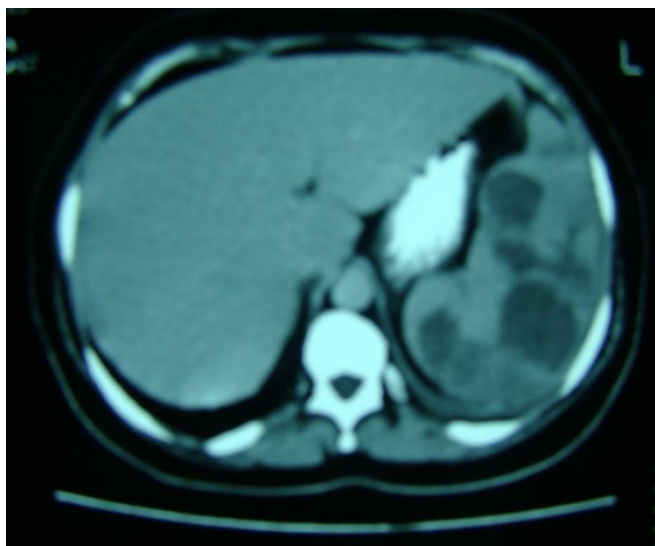


Imagen No. 1 Tomografía Abdominal

Luego se realiza TAC abdominal la cual con imágenes sugestivas de abscesos vrs infartos esplénicos (Ver imagen No. 1).

Se obtiene hemocultivo (48 horas después de tomarse) positivo para *Salmonella typhi*, se inicia tratamiento con ciprofloxacina intravenosa. Se presenta el caso a Cirugía y es llevada a Sala de Operaciones encontrando: Bazo

aumentado de tamaño de más o menos 30 x 15 cm. con absceso localizado en polo superior, parénquima esplénico friable y múltiples adherencias a diafragma, pared costal y omento a bazo.

Se realiza esplenectomía y continua tratamiento con ciprofloxacina, y 72 horas después obtuvimos resultado cultivo de absceso esplénico donde aislamos *Salmonella typhi*.

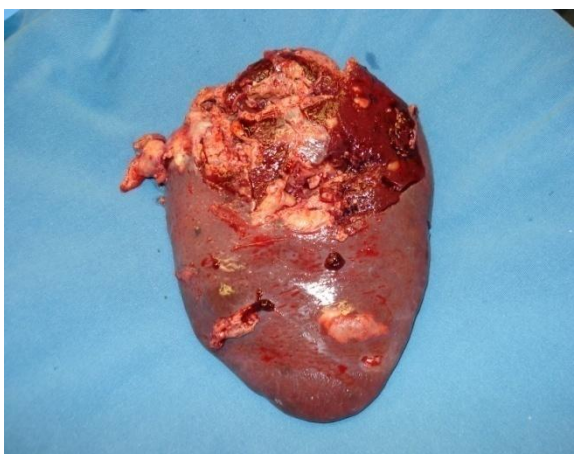


Imagen No. 2 Bazo y absceso drenado

Discusión:

Estudios de autopsia sugieren una incidencia de 0.14 a 0.7% de absceso esplénico. Los Datos del Registro Nacional danés de Pacientes, con una tasa de autopsia del 32.5% recolectaron una incidencia de 0.00049% de muertes hospitalarias. En la práctica clínica la incidencia se estima de 0.012% por 1000 admisiones hospitalarias por año o 0.056% por 1000 egreso por año. (3) Lee et al reportó en el 2004 en base a un análisis retrospectivo de 10 años 49 casos de absceso esplénico de los cuales el 11% era causado por *Salmonella sp.* en el sur de Taiwán (4) Similar a otras series como *Chunt* et al 1900-1977 con 10.9% de 173 casos; *Nelken* et al 1977-1986 con 10.7% de 159 casos; y *Ooi y Leong* 1987-1995 con 16.1% de 255 casos. (3-4)

Existe un ligero predominio del sexo masculino 67% con una relación hombre: mujer 2:1; con edad media 41 años, predomina en raza blanca (67%). La mortalidad puede variar desde 0 a 23% según las series reportadas y va a depender del manejo que recibe el paciente: terapia antimicrobiana, esplenectomía, drenaje percutaneo, aspiración con aguja fina ya sea una acción o combinación de las mismas (4)

Desde el punto de vista etiológico y enfermedades predisponentes, se han propuesto 5 categorías (2,3):

1. Infecciones metastásicas (Bacteremias, Endocarditis, sepsis abdominal, infecciones pulmonares, osteomielitis, infección endovascular,

lesiones en la piel, extracción de dientes);

2. Infección Contigua (Secundario a Abscesos perinefrítico, carcinoma de colon, linfoma esplénico, escleroterapia);

3. Infartos esplénicos (Embolización en arritmias cardiacas o endocarditis bacteriana, Embolización arteria esplénica, Pancreatitis);

4. Trauma esplénico (Procedimientos, iatrogenia, conservación del bazo)

5. Inmunodeficiencia (LES, leucemia células falciformes, mieloma múltiple, SIDA, Neutropenia (2, 3)

Absceso esplénico es una de las complicaciones abdominales de la fiebre tifoidea sin tratamiento, que cuando se presenta y diagnostica, se desarrolla en la tercera o cuarta semana de infección.

Antes de la era antibiótica los abscesos esplénicos por *Salmonella typhi* ocurrían cerca del 2% de los pacientes durante la era antibiótica ha disminuido a menos del 1%.

Los hallazgos más comunes reportados en otros reportes incluyen: Fiebre (90%), anorexia, dolor abdominal (49%) en cuadrante superior izquierdo que aumenta al caminar o con la respiración, al examen físico frecuentemente esplenomegalia (30%) y dolor a la palpación de cuadrante superior izquierdo,(2, 3, 6) de los cuales nuestra paciente presentaba: dolor abdominal ,anorexia, esplenomegalia, dolor a la palpación de cuadrante superior izquierdo, esplenomegalia e intra-hospitalariamente inicia con fiebre.

Leucocitosis ha sido reportada en cerca del 75% de los pacientes, hallazgos anormales en Radiografías de tórax son reportados de 50-80% (derrame pleural, elevación de diafragma, o infiltrados basales) en Radiografías de abdomen hallazgos 25% (desplazamiento de la burbuja gástrica, presencia de gas en flexura esplénica o sub-diafragmático, de estos nuestra paciente no presentaba ningún hallazgo.

El ultrasonido abdominal tiene una sensibilidad de 76%. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdominal es el Gold Standard para el diagnóstico con una sensibilidad 96% y especificidad de 90-95%. (2, 6)

Los hemocultivos han mostrado crecimiento del germen, en el 70% abscesos múltiples y 14% abscesos solitarios. Y solo el 23% coincide el germen similar entre hemocultivo y organismo aislado de material drenado (6).

El tratamiento recomendado es drenaje quirúrgico del absceso esplénico en combinación con esplenectomía total más terapia antibiótica adecuada. Actualmente existen estudios utilizando drenaje percutáneo guiado por TAC (2)

Sin tratamiento el absceso esplénico puede presentar complicaciones como: ruptura a cavidad peritoneal (siendo esta la más frecuente), colecciones subfrénicas, ruptura a órganos contiguos, fístulas (trans -diafragmáticas, esplenobronquial), empiema torácico (2,6)

Entre los estudios relacionados Lee y colaboradores en el suroeste de Taiwán 1981-2001 reportó 49 casos de abscesos esplénicos donde las características de presentación fue fiebre (95%), dolor abdominal (67%), derrame pleural (55%), esplenomegalia (55%). Los Cultivos fueron positivos (65%) siendo aislada *Salmonella sp.* en un 11% (4). Y otros gérmenes como *K. pneumoniae* 14%, *E. coli* 11%, *anaerobios* 14%, *Staphylococcus* 5%, *M. tuberculosis* 3.7%

En América Latina Torres y colaboradores en 1994 documentaron 10 casos de abscesos esplénicos por *Salmonella* con una edad media de 32 años, el diagnóstico se realizó por estudios de imagen, un paciente falleció por ruptura esplénica, *S. typhi* aislada en 6 de los 10 casos (5)

El reporte del presente caso en donde se pudo obtener documentación tomográfica, quirúrgica y microbiológica. Es importante y nos debe hacer sospechar la presencia de Absceso esplénico en pacientes con procesos febriles y dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, realizando estudios de imágenes para documentar esta posibilidad diagnóstica que requiere de tratamiento quirúrgico, además de una terapia antimicrobiana adecuada, particularmente si tomamos en cuenta que otros gérmenes como *K. pneumoniae*, *E.coli*, *anaerobios*, *Staphylococcus spp*, *M. tuberculosis*, *Enterococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Hongos*, pueden provocar un cuadro similar.

Referencias:

1. Thapa, Rajoo et al. Splenic Absceso as a Complication of Enteric Fever. Indian Pediatrics. Volumen 44 June 17, 2007.
2. WgCdr S Piplane, et al. Two Cases of Salmonella Absceso. MJAFI 2006;62:77-78.
3. Lucin L, Ooi PJ. Splenic abscesses from 1987to 1995. Am J Surg 1997;174:87-93
4. Lee et al. J.Microbiol Inmunol Infect. Splenic abscess in southern Taiwan 2004;37:39-44
5. Torres et al. Clin Infect Dis. 1994 Salmonella splenicabscess in the antibiotciera : Latin American perspective Nov;19(5):821-5
6. Huang, David; DuPont, Herbert. Problem Pathogens: extra-intestinal complications of *Salmonella enterica*serotype typhi infection. LancetInfectDis 2005;53:41-48.
7. Lombardo, G et al. Splenectomy for splenic absceso caused by Salmonella typhi. Minerva Chi. 1993 Oct 15;48(19):1125-7.
8. Sinha, S, et al. Splenic absceso-case reporta n review of literature. Trop Gastroenterol. 1997 Jul-Sep;18(3):134-5.
9. Chen, S; et al. Salmonella Splenic Absceso as an Unusual Complication of Acute Gastroenteritis. ChirGastroenterol 2006;22:201-203.
10. Ooi, L; et al. Splenic Absceso. Aust N Z J Surg. 1992 Oct;62(10):780-4.
11. Torres, JR; et al. Multifocal Salmonella Splenic absceso in a HIV-infected patient. Trop Geogr. Med.1992 Jan;44(1-2):66-8.
12. Ng KK, Lee TY, Wan YL, et al. Splenic absceso: Diagnosis and management. Hepatogastroenterology 2002; 49:567-571.
13. Allal R, et al. Splenic abscesses in typhoid fever: US and TC studies. J. Cmpmut Assist Tomogr 1993 Jan-Feb; 17(1):90-3.
14. Kizilcan F, et al. Cmplications of typhoid fever requiring laparotomy during childhood. J PediatrSurg 1993 Nov;28 (11):1490-3.
15. Westh H. Splenic absceso: a review of 20 cases. Sand J InfectDis. 1990;22:569-53.