

Quiste esplénico abscedado: Reporte de un caso

ROXANA MONTENEGRO¹, MARCIA SALAS^{2,3}, JUAN CELIS S⁴, ANIBAL MUÑOZ⁵,
ELIZABETH CHÉ⁶, JORGE YARINSUECA^{2,3}

¹Sanidad de la Comandancia General de la Marina de Guerra del Perú. ²Servicio de Medicina Interna "Santo Toribio", Hospital Nacional Dos de Mayo. ³Facultad de Medicina Humana - UNMSM.

⁴Centro de Salud ACLAS SARAMIRIZA, Manseriche, Alto Amazonas, Región Loreto.

⁵Centro Medico EsSalud Yurimaguas, Alto Amazonas, Región Loreto.

⁶Sanidad del Cuartel Alfonso Ugarte del Ejército Peruano.

RESUMEN

Los autores reportan un raro caso de un absceso esplénico crónico, en un paciente varón de 52 años de edad; a quien dos años antes de su ingreso al hospital se le diagnosticó en forma casual -diagnóstico por imágenes- un quiste esplénico con paredes calcificadas, estando previamente asintomático. Al momento de su ingreso se presentó con una historia de 12 meses de dolor leve en cuadrante superior izquierdo del abdomen como única manifestación positiva. Luego de una intervención quirúrgica, el diagnóstico correspondió a un absceso esplénico crónico o pseudoquiste esplénico por los hallazgos anatomopatológicos. Se describe las características del caso y se revisa la literatura.

Palabras clave: Absceso abdominal; quistes; abdomen; bazo.

SPLenic CYST ABSCESS: REPORT OF A CASE SUMMARY

The authors report a rare case of a chronic splenic abscess in a 52 years old male patient, who had an incidental diagnosis of an asymptomatic calcified splenic cyst two years before. Admission history was of 12 months left upper quadrant pain as the sole symptom. After surgical intervention, a diagnosis of chronic splenic abscess or splenic pseudocyst was established with anatomopathological confirmation. The case characteristics are described and the literature is reviewed.

Key words: Abdominal abscess; cysts; abdomen; spleen.

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos (QE) representan uno de los diagnósticos elegidos cuando se encuentra una masa en el cuadrante superior izquierdo del abdomen. Los quistes esplénicos son raros y pueden ser divididos en dos clases, quistes primarios o verdaderos que tienen una línea

celular que puede ser de origen congénito o parasitario, y los quistes secundarios (pseudoquistes) que no tienen capa o línea celular y pueden ser de origen hemorrágico (por ej. postraumático), seroso, inflamatorio (absceso) o degenerativo (1,2). Los quistes esplénicos en general poseen una manifestación clínica vaga y no específica; para todos los quistes esplénicos, la intervención quirúrgica es una ventaja, pero con alto riesgo de ruptura e injuria abdominal.

El absceso esplénico (AE), como parte del gran grupo de QE, es una entidad aun más rara; sin embargo, la frecuencia de diagnóstico se

Correspondencia:

Dra. Roxana Jesús Montenegro Gordillo
Av. Canadá 470, Dpto. 304. La Victoria
Lima 13, Perú
E-mail: montenegrito@latinmail.com

incrementa con los estados de inmunosupresión y los avances en el diagnóstico por imágenes. Una clasificación de AE que ha sido muy aceptada los divide por causas predisponentes: 1) infección hematógena metastásica, como la endocarditis; 2) sitio contiguo de infección; 3) hemoglobinopatías; 4) inmunodeficiencia como en el SIDA; y, 5) trauma abdominal⁽³⁾. Dentro de las manifestaciones clínicas descritas en los estudios de series y reportes de casos, destacan la fiebre (92%), escalofríos (83%) y dolor en el cuadrante superior izquierdo (35-50%), esplenomegalia (31-58%). El dolor a menudo depende de la localización del absceso; los abscesos de la parte superior del bazo a menudo causan irritación diafragmática, resultando en dolor pleurítico (16%) y síntomas parecidos a neumonía; los abscesos de la parte inferior del bazo causan frecuente dolor y resistencia abdominal; los ubicados en la parte media del bazo pueden presentar fiebre, malestar y pérdida de peso; a veces los síntomas son mínimos; el dolor es variable en intensidad y tipo⁽³⁻⁶⁾.

Los pacientes con absceso esplénico, 88% de ellos cursan con leucocitosis y trombocitosis (en caso de sepsis)⁽⁵⁾; los hemocultivos son positivos en 60 a 70% y dentro de los gérmenes más frecuentes destacan el estafilococo (16-20%) y estreptococo (6-22%), salmonella (11-16%), E. coli (11-13%)⁽³⁾.

Es importante remarcar el hecho de que la mayoría de los datos arriba anotados derivan de publicaciones de casos AE's que fueron diagnosticados producto de las complicaciones clínicamente importantes del absceso, esto para diferenciarlos de aquellos casos de AE crónico cuyas publicaciones son muy escasas y que son diagnosticados de forma casual o con mínimos síntomas^(7,8), y cuyas características de presentación difieren notablemente de los arriba descritos.

La naturaleza poco específica de los síntomas hace que el estudio por imágenes sea la piedra angular del diagnóstico, siendo la tomografía axial computarizada (TAC) el examen de imágenes que posee la mayor sensibilidad 96%,

permitiendo localizar lesiones pequeñas de varios milímetros con áreas parenquimales de baja intensidad^(3,4,9,10).

El tratamiento médico de esta entidad sólo es apropiada inicialmente para abscesos fúngicos, los abscesos no tratados son universalmente fatales, los abscesos bacterianos pueden ser tratados con drenaje percutáneo (inicialmente si las características son favorables), la esplenectomía puede frecuentemente ser requerida para drenajes percutáneos fallidos y podría ser una terapia inicial para muchos pacientes. El tratamiento óptimo es la esplenectomía más antibioticoterapia y la sobrevivencia es mayor del 85% post esplenectomía.⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 52 años de edad, raza mestiza, ocupación obrero de construcción civil, ingresa al Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima) por consultorio externo con una historia de una semana con sangrado digestivo bajo (HDB), de aproximadamente 100 mL al día. En su detallada historia no se encontró una enfermedad sistémica de fondo, pero, reveló el antecedente de traumatismo toracoabdominal cerrado dos años atrás a raíz del cual se le encontró en forma incidental por una TAC un quiste esplénico de 13x13x11 cm, con paredes calcificadas que en ese entonces fue considerado de probable etiología hidatídica (Figura 1); salió de alta asintomático. El paciente también refirió que desde hace aproximadamente 12 meses presentaba dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo de leve intensidad, no constante, tipo latido, que no le impedía realizar sus actividades habituales.

El examen físico reveló un paciente afebril, con signos vitales normales, leve palidez; al examen de abdomen se palpó masa de 2 cm debajo del reborde costal izquierdo, blanda, móvil, no dolorosa. Finalmente, al tacto rectal se palpó plicomas y pequeños cordones. Resto del examen normal.

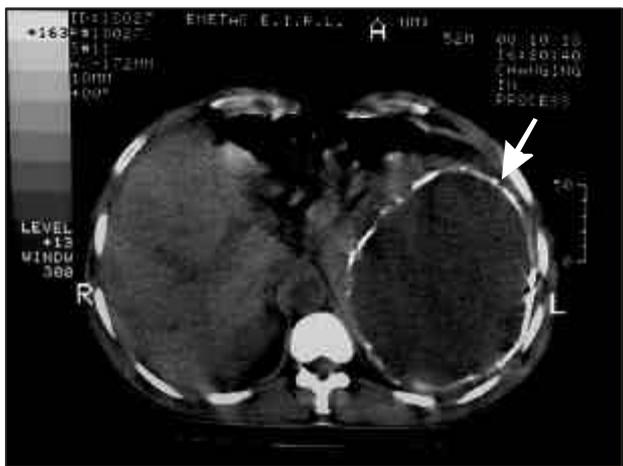


Figura 1.- Bordes calcificados (flecha), que descartan que el origen sea el traumatismo.

Los exámenes de laboratorio fueron: hemoglobina 12,1 g/dL, hematócrito 34,1%, leucocitos normales, velocidad de sedimentación 32 mm/h, examen de parásitos en heces, proteínas en sangre y examen de orina normales.

Ecografía abdominal total: en bazo presencia de formación quística de paredes delgadas, contenido finamente ecogénico, que mide 150x150 mm, con aproximadamente 1500 mL. Conclusión: Quiste esplénico, catalogado como probablemente hidatídico. En la radiografía de tórax se observó la elevación de hemidiafragma izquierdo por presencia de dicho quiste, cuyos contornos se aprecia parcialmente calcificados. Campos pulmonares normales (Figura 2).

Colonoscopia: Hemorroides grado I, a la que se atribuyó la causa de la HDB.

Se decidió someter al paciente a intervención quirúrgica, en la cual se realiza punción y aspiración de tumoración, obteniéndose material purulento 1200 mL. Se dejó dren tubular y dren penrose, además de terapia antibiótica de amplio espectro. Luego de 5 días postoperatorios el paciente presentó fiebre, leucocitosis y dolor en zona operatoria. Una ecografía abdominal reveló

absceso residual pararenal. La TAC posterior: Imagen cavitada de 13x7x9 cm de bordes calcificados, con nivel hidroaéreo, paredes calcificadas a nivel subdiafragmático izquierdo con colecciones tabicadas hacia la pared abdominal, neumoperitoneo, páncreas con edema a nivel del cuerpo (Figura 3). Ante la falta de mejoría del paciente y los hallazgos radiológicos fue sometido a esplenectomía, además de liberación de múltiples adherencias y drenaje de absceso residual.

Los cultivos del material purulento fueron negativos en ambos casos.

El examen anatomopatológico de la pieza operatoria reveló bazo de 570 g y 20x11x6 cm, que presenta un quiste de 20 x 8 cm colapsado, de pared interna parda, irregular, con extensas áreas de calcificación; fue calificado como absceso esplénico en organización con áreas de calcificación.

Luego de veinte días de tratamiento de soporte y antibióticos de amplio espectro, el paciente salió de alta en buen estado.

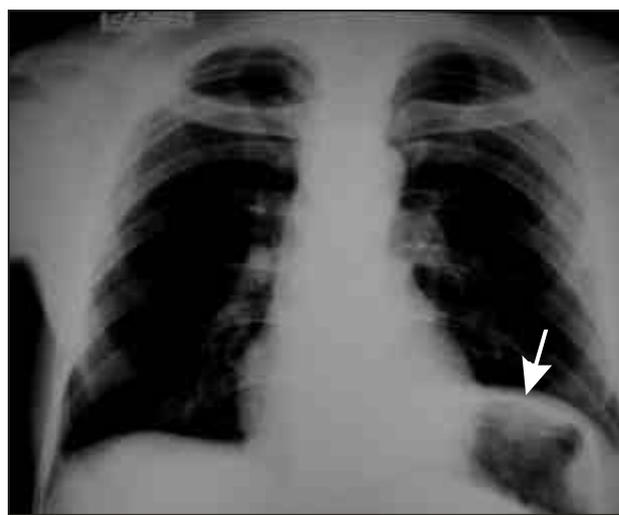


Figura 2.- Elevación del hemidiafragma izquierdo producido por el quiste. Calcificación de las paredes (flecha).



Figura 3.- TAC de abdomen (posterior a la primera intervención quirúrgica). Nivel hidroaéreo (flecha).

DISCUSIÓN

Los quistes esplénicos pueden ser clasificados como quistes verdaderos y falsos quistes (pseudoquiste), por la presencia o no de una capa o línea epitelial. A menudo estos quistes son completamente asintomáticos y descubiertos incidentalmente durante estudios de imágenes o de autopsias. Muchas veces, en el examen patológico no se encuentra esta línea epitelial y se asume que un antiguo traumatismo es la etiología ⁽¹⁾.

El absceso esplénico como parte de los pseudoquistes es una entidad rara, con una

incidencia que va de 0,14 a 0,7 en estudios de autopsias ⁽³⁾. Los casos clínicamente importantes son muy raros; sin embargo, el diagnóstico de AE se está volviendo más frecuente con el advenimiento de modernas técnicas de imágenes, aunque se cree que muchos de estos nunca son diagnosticados, ya que hasta el treinta y siete por ciento de los abscesos esplénicos han sido diagnosticados únicamente en autopsias ⁽⁶⁾.

Las características clínicas de los AE descritas en la literatura de series y reporte de casos pueden ser encuadradas en dos grupos: a) Aquellos AE clínicamente importantes, muy evidentes, cuyas manifestaciones son el motivo de estudio del caso (que representan el mayor volumen en las publicaciones); estas manifestaciones se las resume en la Tabla 1 ^(3,12,13); y, b) Aquellos AE asintomáticos o con síntomas mínimos, cuyo diagnóstico es producto de hallazgos en estudio por imágenes o autopsias, cuyas publicaciones son escasas ^(7,8), en los cuales los factores predisponentes no existen y los signos y síntomas son muy leves e inespecíficos. Es en este grupo que podemos ubicar al caso clínico que aquí reportamos, donde el hallazgo de una imagen quística esplénica se hizo en forma incidental dos años antes debido a un traumatismo toracoabdominal cerrado (Figura 1) de la que salió asintomático; a su ingreso por HDB refirió únicamente leve dolor en CSI del abdomen por 12 meses. La laparotomía realizada encontró material purulento, que hizo el diagnóstico de absceso esplénico. El cultivo de este material resulto

Tabla 1.- Resumen de características clínicas de AE clínicamente importantes en series reportadas.

Edad y sexo	Factores predisponentes	Síntomas	Signos al ingreso
Distribución bimodal, pico de incidencia entre 30 y 40 años, y entre 60 y 70 años. No discriminación de sexo.	Endocarditis Otras inf. metastásicas, inf. contiguas, síndrome séptico, Hemoglobinopatía ITU, neumonía, DM	Fiebre, dolor CSI, síntomas generales, dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos, hombro y flanco izquierdo.	Signos tóxicos, sensibilidad CSI, esplenomegalia, leucocitosis, matidez HTI, Rx tórax anormal, sensibilidad abdominal difusa.

CSI: cuadrante superior izquierdo, HTI: hemitórax izquierdo, DM: diabetes mellitus.

Tabla 2.- Resumen de características clínicas del caso.

Edad y sexo	Factores predisponentes	Síntomas	Signos al ingreso
52 años	Ninguno	Leve dolor	Esplenomegalia
Masculino	Antecedente de traumatismo toracoabdominal 2 años antes	CSI	(2 cm debajo RCI)

CSI: cuadrante superior izquierdo, RCI: reborde costal izquierdo.

negativo para gérmenes. Se ha estimado que 20% de pacientes con absceso esplénico tiene pus “estéril” y que si se cultiva con técnicas mejoradas, algunas de ellas pueden demostrar organismos anaerobios o que son el producto de uso previo de antibióticos (12). Las características clínicas del paciente se resume en la Tabla 2.

Los estudios por imágenes (radiografía, ecografía, tomografía) no han mostrado patrones típicos en los diferentes reportes (3,12,14), pudiendo ser variables en su presentación. La radiografía de tórax nos muestra en este caso la elevación del diafragma izquierdo. La TAC de abdomen muestra una imagen ovalada, unilocular, homogénea, de baja densidad (Figura 1), que es el patrón mas frecuente en algunas revisiones. La TAC, con una sensibilidad de 96% y especificidad de 90% a 95%, actualmente es la mejor prueba diagnóstica para AE.

Se ha reportado que la mayoría de AE silentes suelen ser multiloculares y pequeños y los casos clínicamente importantes, solitarios; esto se contrarresta con este caso, que aunque tiene gran tamaño y es unilocular su manifestación clínica fue mínima (12,14).

Una historia de traumatismo es una causa remota de AE, teniendo aproximadamente dos semanas como período de latencia entre el traumatismo y el desarrollo del absceso, según los reportes. Pero, esto es así para los abscesos clínicamente floridos; con respecto a los abscesos silentes, un autor lo ha denominado crónico (8) por presentarse con una evolución

de 20 meses; sin embargo, no existe una diferenciación clara entre agudo y crónico o mejor aun no se ha intentado dicha clasificación, debido a la poca cantidad de los casos «crónicos». El caso que reportamos tiene una duración de aproximadamente 12 meses desde el inicio de los síntomas (leve dolor en CSI) hasta el diagnóstico. Tenemos el antecedente de un traumatismo 2 años antes sobre lo que podría ser un quiste previo que se descubrió incidentalmente, lo que podría sugerir al traumatismo como factor causal más importante en este caso, sobre un quiste preexistente, del cual desconocemos su naturaleza (se le consideró inicialmente como hidatídico: Wester Blot negativo).

Durante la laparotomía, se encontró que la tumoración contenía material purulento, realizándose aspiración de éste dejándose un dren; cinco días después de la operación presentó una complicación, con formación de absceso residual, fiebre y leucocitosis, que motivó una esplenectomía de rescate, luego del cual el paciente evolucionó favorablemente.

Está bien descrito en los casos de AE que el tratamiento de elección es la esplenectomía mas antibioticoterapia. Aunque recientes publicaciones consideran el drenaje percutáneo para casos bien seleccionados (3).

BILIOGRAFÍA

1. **Labruzzo C, Haritopoulos KN, El Tayar AR, Hakim NS.** Posttraumatic cyst of the spleen: a case report and review of the literature. *Int Surg* 2002; 87(3): 152-6.

2. **Urrutia M, Mergo PJ, Ros LH, Torres GM, Ros PR.** Cystic masses of the spleen: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 1996; 16(1): 107-29.
3. **Bryant T Green.** Splenic abscess: Report of six cases and review of the literature. *Am Surg* 2001; 67(1): 80-5.
4. **Ng KK, Lee TY, Wan YL, Tan CF, Lui KW, Cheung YC, et al.** Splenic abscess: diagnosis and management. *Hepatogastroenterol* 2002; 49(44): 567-71.
5. **Ho HS, Wisner DH.** Splenic abscess in the intensive care unit. *Arch Surg* 1993;128: 842-6.
6. **Zaleznik DF, Kasper DL.** Intraabdominal infections and abscesses. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14th Ed., International Edition. New York: McGraw-Hill, 1998; 795.
7. **Toevs CC, Beilman GJ.** Splenic abscess 10 years after splenic trauma: a case report. *Am Surg* 2000; 66: 204-5.
8. **Tredoux JG, Hough FS, Adams G, Beyers JA, Klopper JF.** Chronic splenic abscess: a case report. *S Afr Med J* 1984; 66: 68-71.
9. **Caslowitz PL, Labs JD, Fishman EK, Siegelman SS.** The changing spectrum of splenic abscess. *Clin Imaging* 1989; 13: 201-7.
10. **Souza S.** Splenic cysts: a report of six cases and a brief review. *Postgrad Med J* 1978; 54: 265-9.
11. **Faer MJ, Lynch RD, Lichtenstein JE, Madewell JE, Feigin DS.** Traumatic splenic cyst: radiologic-pathologic correlation from the Armed Forces Institute of Pathology. *Radiol* 1980; 134: 371-6.
12. **Liang JT, Lee PH, Wang SM, Chang KJ.** Splenic abscess: a diagnostic pitfall in the ED. *Am J Emerg Med* 1995; 13: 337-43.
13. **Chulay JD, Lankerani MR.** Splenic abscess. Report of 10 cases and review of the literature. *Am J Med* 1976; 61: 513-22.
14. **Changchien CS, Tsai TL, Hu TH, Chiou SS, Kuo CH.** Sonographic patterns of splenic abscess: an analysis of 34 proven cases. *Abdom Imaging* 2002; 27: 739-45.