

# Absceso Esplénico

## Presentación de un Caso y Revisión de la Literatura

Dra. Hildamari Atienza (\*)

Dra. Erminia Orlando (\*)

Dra. Bhillia Torres (\*\*)

Dra. Betsy Inojosa (\*)

Dra. Dianora Barrios (\*)

Atienza H., Orlando E., Torres B., Inojosa B., Barrios D. Absceso Esplénico. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Centro Médico, 1991; 37:1-2.

### Resumen

El caso se trata de una paciente de 10 años de edad portadora de Anemia de Células Falciformes (hemoglobina SS con hemoglobina F elevada), quien presenta absceso esplénico y es tratada en el Servicio de Pediatría del Hospital Miguel Pérez Carreño, IVSS, Caracas.

En vista de la baja frecuencia de esta entidad nosológica (0,26-0,67% de las autopsias) y a su alta mortalidad (10-20%), reviste un especial interés, debido a su imprecisa presentación clínica y sus interesantes hallazgos imagenológicos.

Se hace una revisión de la literatura médica referente a esta patología y se destaca la importancia de la Imagenología en el diagnóstico precoz.

### Abstract

The case is a ten years old girl with splenic abscess, who undergo Sickle Cell Anemia (hemoglobine SS with elevated hemoglobine F) and have been treated in the Pediatric Department of the Miguel Pérez Carreño Hospital, Caracas, Venezuela.

In view of the low frequency of this entity (0.26-0.67% of the autopsies) and the high mortality (10-20%) is very interesting; due to the vague clinical presentation and the radiologic findings.

We make a review of the medical literature referring to this pathology and the importance of the Imaging in the early diagnosis.

### Palabras claves

Absceso Esplénico, Anemia, Células falsiformes, Imagenología.

### MATERIALES Y METODOS

Escolar femenina de 10 años de edad quien es ingresada en el Servicio de Pediatría por presentar masa abdominal dolorosa en hipocondrio izquierdo fiebre y dificultad para respirar, ingresándose con el diagnóstico de Neumonía basal izquierda y masa abdominal de etiología a precisar. Sus antecedentes revelan: Bronconeumonía a los 9 meses; Varicela a los 4 años; Infecciones urinarias a repetición; Otitis a repetición; Intervenido a Luxación Congénita de Cadera a los 4 años.

El examen físico inicial reportó: Temperatura: 40°; Pulmonar: crepitantes en base pulmonar izquierda; Abdomen: tumoración en hipocondrio izquierdo. Resto del examen sin alteraciones.

Se efectuaron los siguientes exámenes paraclínicos:

1. Electroforesis de Hemoglobina: Hemoglobina SS con Hemoglobina F elevada.
2. Rx Toraco-abdominal que mostró: opacidad en base pulmonar izquierda e imagen con efecto de masa en hipocondrio y flanco izquierdo.
3. Urografía de Eliminación: Masa sólida retroperitoneal izquierda, con desplazamiento de sistema pielocalicial de carácter extrarrenal.
4. Ecosonograma Abdominal: Imagen de ecogenicidad mixta en el seno del bazo de 106 x 96 mm, con predominio del área anecoica con reforzamiento posterior. Se concluye Hematoma vs Absceso Esplénico.
5. Tomografía Axial Computarizada: Esplenomegalia con hipodensidad central e hiperdensidad periférica, compatible con absceso esplénico. Derrame pericárdico y proceso pulmonar parenquimatoso.

En base a estos hallazgos se decide operar a la paciente, realizándose laparotomía exploradora. Se evidencia gran plastrón de la celda esplénica y resto del tejido esplénico necrosado, extrayéndose 1000 cc de secreción muco-

(\*) Residentes de II Año del HMPC.

(\*\*) Médico Radiólogo egresada del HMPC.

purulenta de cavidad peritoneal. Se cultiva dicha secreción y se detecta la presencia de *Citrobacter*.

La paciente evoluciona satisfactoriamente, encontrándose en buenas condiciones generales y en tratamiento por la Consulta para pacientes con Drepanocitosis.

## DISCUSION

Los abscesos esplénicos se han encontrado con una baja incidencia tanto en niños como en adultos,<sup>2,3,4,5,9</sup> habiendo autores que los reportan con una incidencia de 0,36-0,67% de las autopsias.<sup>3</sup> Como patogenia de Absceso Esplénico se han reportado: infección por diseminación hematogena, trauma esplénico, inmunodeficiencias, hemoglobinopatías e infección por contigüidad.<sup>1,4,5,9</sup> En niños, la Bibliografía mundial reporta, que esta entidad casi siempre está asociada a una patología de base. Los abscesos esplénicos han sido asociados con varias hemoglobinopatías, especialmente la Hemoglobina S (heterocigotos).<sup>3,4,6,7,8,9,10</sup>

La tasa de mortalidad asociada a esta patología en las pasadas décadas fue hasta del 40%.<sup>8</sup> En estos años recientes Chulay y col. encontraron que varió entre 10 y 20%.<sup>3</sup>

La sintomatología es imprecisa,<sup>2,4,7</sup> incluyéndose el dolor en cuadrante superior izquierdo, esplenomegalia, fiebre y leucocitosis.<sup>3,5,9</sup>

Los gérmenes causales dependen de si el absceso es único o múltiple. Si es único los más comunes son estafilococo y estreptococo. En sujetos con hemoglobinopatías el germen más frecuente es la *Salmonella* y en pacientes con leucemia es la *Candida albicans*.<sup>5,11,12</sup>

El gran avance en el diagnóstico de esta entidad nosológica, se debe en gran medida a la Imagenología.<sup>4,1,3</sup> Lesiones grandes son fácilmente demostrables con Ultrasonido<sup>9</sup> y estudios con Radioisótopos.<sup>2,3</sup> En las series estudiadas se ha visto mejor resolución con Tomografía Axial Computarizada,<sup>1,2,5,6</sup> aún más en lesiones de pequeño tamaño, al igual que con Resonancia Magnética.<sup>5</sup>

## CONCLUSION

El absceso esplénico es una causa infrecuente de Sépsis Abdominal, cuyas manifestaciones clínicas y de laboratorio son imprecisas. Debe pensarse en esta patología en aquellos pacientes con clínica de Sépsis Abdominal y alguna enfermedad de base (inmunodeficiencias). El Ultrasonido junto con la Tomografía Axial Computarizada son hoy por hoy los métodos de elección para su diagnóstico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Balthaza, E y col. CT of splenic and perisplenic abnormalities in septic patients. *American Journal of Radiology* 144: 53-56, January 1985.
2. Baruch, Y y col. Splenic abscess diagnosed with the aid of abdominal Computerized Tomography: Report of two cases. *Br. J. Surg.* 68: 137-138, 1981.
3. Chulay, J y col. Splenic abscess. Report of 10 cases and review of the literature. *The American Journal of Medicine* 61: 513-521, 1976.
4. Gadacz, T y col. Changing clinical spectrum of splenic abscess. *The American Journal of Surgery* 128: 182-187, 1974.
5. Kield, C.M y col. Splenic abscess in Childhood. *Pediatric Infect Disease.* 8: 368-373, 1989.
6. Magid, D y col. Computed Tomography of the Spleen and Liver in Sickle Cell Disease. *American Journal of Radiology.* 143: 245-249, August 1984.
7. Pickleman, J. R y col. The surgical significance of splenic abscess. *Surgery* 68: 287, 1970.
8. Rice, L. J y col. Splenic abscess: Review of the Literature and report of cases; *J. Ky. Med. Assoc.* 75: 375-378, 1977.
9. Sebag, G y col. Absceses spléniques. Nouvelle approche diagnostique et thérapeutique A propos de 7 observations. *Journal de Radiologie* 68: 563-568, 1987.
10. Simson, J. Solitary abscess of the Spleen. *Br. J. Surg.* 88: 912-917, 1980.
11. Vásquez, T y col. Fungal Splenic abscess in the immunosuppressed patients *Clin. Nucl. Med.* 12: 36-38, 1987.
12. Wald, B y col. Candidal splenic abscess complicating leukemia of childhood treated by splenectomy. *Pediatrics* 67: 296-299, 1981.