

Caso Clínico

Abscesos esplénicos

Dra. Beatriz Pi

Dra. Mariana Guirado

Abril 2013



Historia Clínica

- Sexo Femenino.
- 68 años.
- Empleada doméstica.
- Antecedentes personales:
 - Diabetes mellitus 2 insulino requiriente. Mal control metabólico.
 - Enfermedad renal crónica leve. Nunca hemodiálisis.
 - Cardiopatía isquémico-hipertensiva.
 - Stroke isquémico año 2006. Sin secuelas motoras.
 - Colectectomizada.



Historia Clínica

- Consulta en Hospital del interior del país el 8 de enero de 2013 por cuadro de 2 días de evolución de disuria, dolor en fosa lumbar derecha y fiebre de 39 C axilar.
- Del examen físico se destaca: vigil. Bien orientada. Bien hidratada y perfundida. Obesa. Temperatura axilar 38,7 C. Normocoloreada. Cardiovascular: RR 98 cpm, no soplos. Pleuropulmonar: eupneica, sin estertores. Abdomen: globuloso, blando, depresible, dolor discreto a la palpación de hipogastrio, sin irritación peritoneal. Fosas lumbares: puntos renales positivos a derecha. Resto del examen sin alteraciones.



Historia Clínica

- De la paraclínica se destaca: función renal sin alteraciones, ionograma normal, controle de glicemia persistentemente > 2.0 g/dl.
- Urocultivo informa Bacilo Gram Negativo (BGN) no tipificado sensible a: ampicilina-sulbactam, cefalosporinas de 2 y 3 generación, ciprofloxacina y TMP SMX
- Con planteo de pielonefritis aguda en paciente diabética con descontrol metabólico no cetósico se inicia tratamiento antibiótico (ATB) en base a ciprofloxacina 400 mg iv cada 12 horas.



Historia Clínica

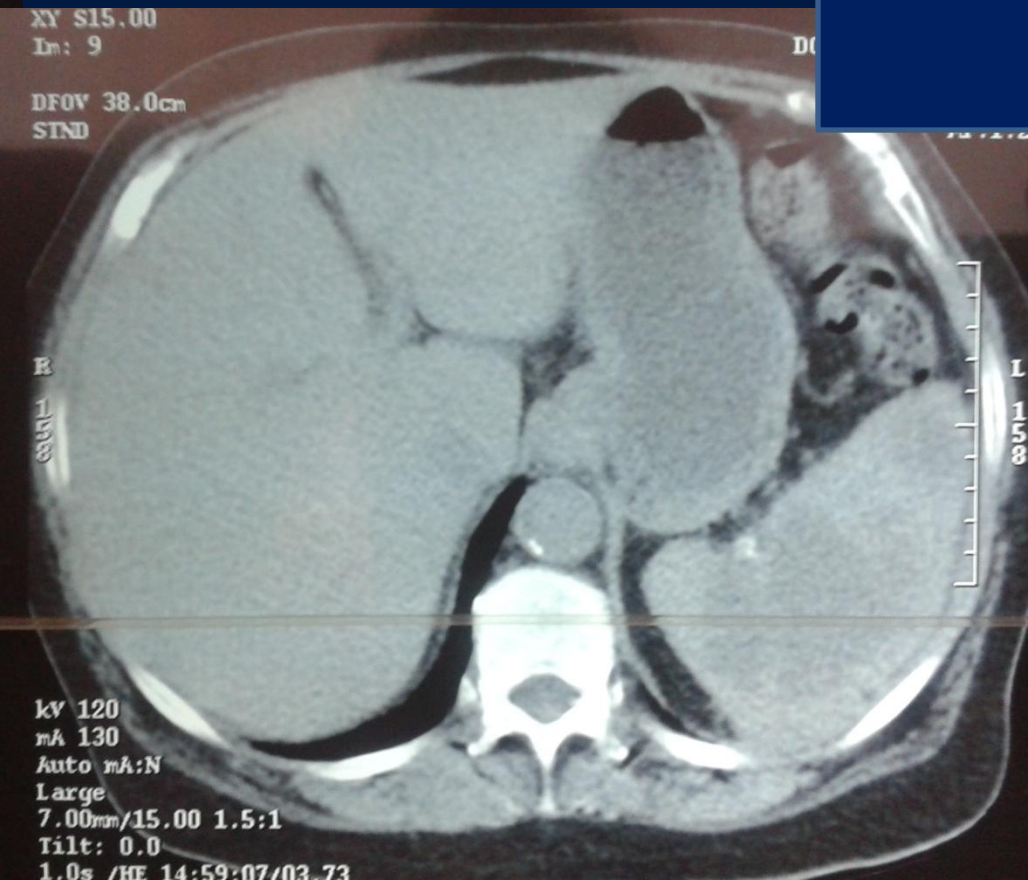
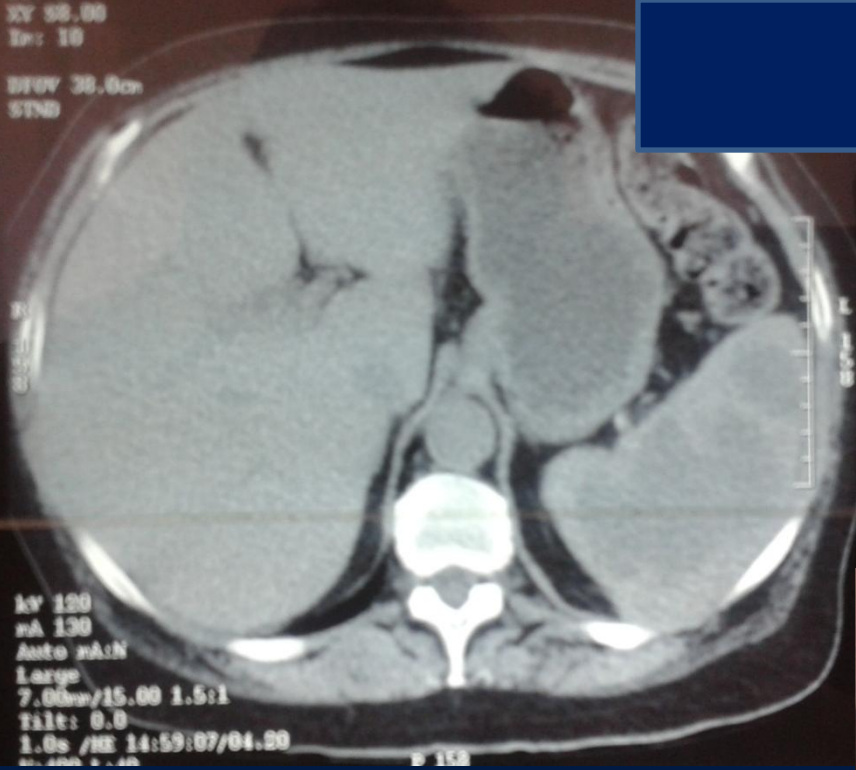
En la evolución persiste con registros febriles;

- Ecografía aparato urinario 10/1/2013: sin alteraciones.
- Se rota de plan ATB: Ceftazidime 1 g iv cada 8 horas que recibe durante 7 días.

Permanece con fiebre de hasta 38,5 C a predominio nocturno, diario. Flebitis miembro superior derecho a nivel de acceso venoso periférico.

- Hemocultivos (5 muestras obtenidas bajo tratamiento ATB): sin desarrollo.
- Urocultivo: sin desarrollo.
- Se rota ATB: Ceftriaxona 2 g iv día + Ciprofloxacina 400 mg iv cada 12 horas.
- Se solicita TC abdómino pélvica que muestra múltiples imágenes esplénicas compatibles con abscesos.





FIEBRE VESPERTINA DIARIA

APIREXIA

CIPROFLOXACINA i
10 días

CEFTAZIDIME
7 días

CEFTRIAXONA
CIPROFLOXACINA
7 días

UC BGN
multisensible

HC
UC
sin
desarrollo

TC
Abdómino
- pélvica



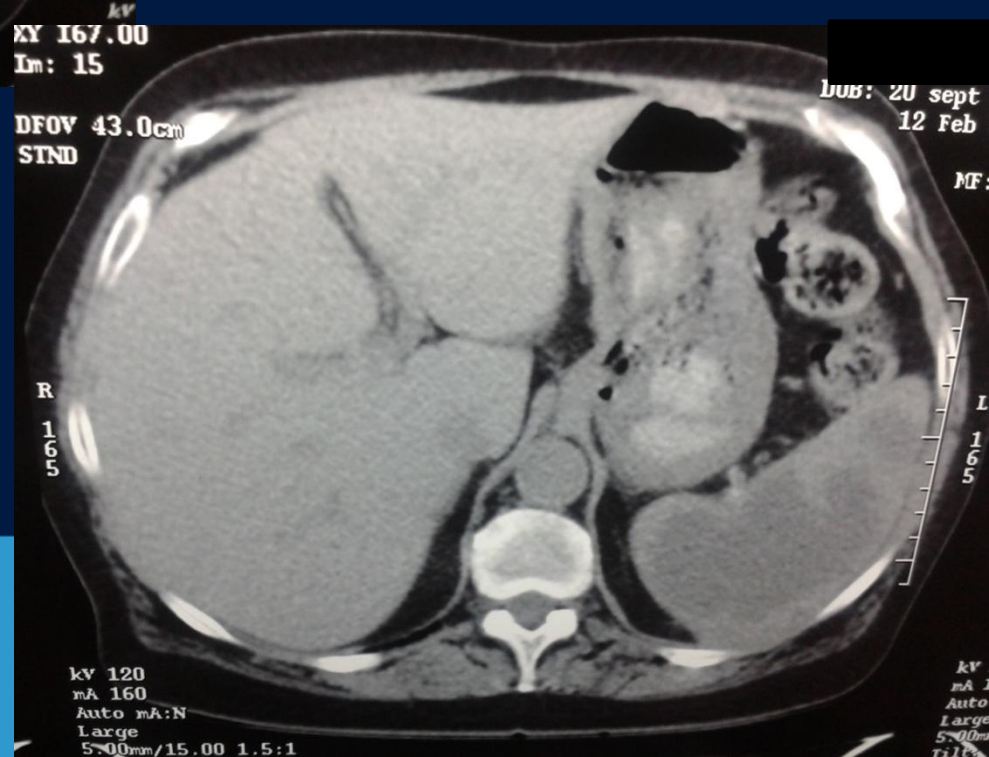
Evolución

- 25 días desde el ingreso. En apirexia.
- Parámetros de actividad infecciosa negativos.
- Dificultades en lograr control metabólico
- TC Abdómino-pélvica de control: persisten imágenes hipodensas a nivel de bazo. Sin cambios.
- Se decide:
 - Ecocardiograma Transesofágico: sin evidencia de vegetaciones.
 - Hemocultivos: sin desarrollo.
 - Conducta expectante en cuanto al tratamiento ATB.
 - Traslado a Hospital de Clínicas.





TC control (12 días luego de la primer TC)



Ingreso a Hospital de Clínicas

- Persiste descontrol metabólico.
- Parámetros de actividad infecciosa negativos.
- Sin tratamiento ATB.
- Sin registros febriles.
- Del examen físico se destaca: Buen estado general, eupneica, apirética, normocoloreada, bien hidratada y perfundida. Cardiovascular: RR 88 cpm No soplos. Pleuropulmonar: eupneica, no estertores. Abdomen: polo de bazo indoloro. Fosas lumbares: libres e indoloras. No otras alteraciones.



Paraclínica

- Leucocitosis 12 000/ mm³ (64% Neutrófilos)
- Hiperplaquetosis 601 000/mm³
- Hb 10.5 g/dl
- Azoemia 11.3 mg/dl, Creatininemia 1.95 mg/dl
- Hemocultivos: Negativos.
- Urocultivo: sin desarrollo.



En suma:

- Sexo femenino 68 años.
 - Diabetes mellitus 2
 - Pielonefritis aguda derecha a BGN no tipificado
 - Más de 20 días de fiebre diaria.
 - 3 planes de tratamiento antibiótico. Total: 24 días.
 - Sin fiebre desde la finalización del último plan.
 - Múltiples imágenes hipodensas a nivel esplénico.
- PLANTEOS:
 - ¿Abscesos esplénicos?
 - ¿Secundarios a pielonefritis aguda?
 - ¿Secundarios a flebitis?
 - ¿Linfopatía tumoral?



Conducta

- Nueva ronda bacteriológica. Hemocultivos, urocultivo.
- Parámetros de actividad infecciosa. VES, PCR, PCT.
- Nueva TC abdomino-pélvica.
- Consulta con imagenólogos para valorar la realización de punción esplénica o esplenectomía.
- Vacunación: antineumocócica, antimeningocócica, anti*Haemophilus influenzae* dada la posibilidad de esplenectomía.



Evolución

- Hemocultivos sin desarrollo.
- Urocultivo sin desarrollo.
- Parámetros de actividad infecciosa: Negativos.
- No se realiza nueva TC por deterioro de función renal.
- Se realiza vacunación antineumocócica, anti*Haemophilus influenzae* tipo b, antimeningococo.
- No fue posible coordinar punción bajo tomografía y en valoración con cirujanos se decidió esplenectomía.



Evolución

- **Esplenectomía**: Descripción operatoria: obtención de material purulento (dificultad en el envío de muestra a laboratorio de microbiología). Se envía pieza a Anatomía Patológica: hallazgo histopatológico concordante con absceso esplénico.
- Se inicia ATB Ampicilina-Sulbactam 1.5 g iv cada 6 horas + Vancomicina 1 g iv cada 12 horas dado los planteos etiológicos:
 - BGN no tipificado del urocultivo inicial.
 - posibilidad de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente hospitalario (flebitis durante internación).



Evolución

- Buena evolución post esplenectomía.
- Completó 10 días de tratamiento ATB.
- No actividad infecciosa.
- Adecuado control metabólico.



En suma:

Vimos una paciente de 68 años, portadora de diabetes mellitus 2, que presentó una pielonefritis aguda a BGN no tipificado, recibió varios planes de tratamiento ATB, agregando en la evolución como complicación múltiples abscesos esplénicos.

La paciente evolucionó favorablemente con tratamiento empírico ya que no se rescató microorganismo, de importancia para realizar tratamiento dirigido.



Aprendizaje

- **Abscesos esplénicos**
- Entidad poco frecuente.
- Asociado a pacientes con elementos de inmunodepresión, traumatismos o neoplasias.
- Sintomatología inespecífica.
- Fundamental alta sospecha clínica.
- Tríada: fiebre, dolor hemiabdomen superior y masa palpable, no siempre presente.

Villamil Cajoto I et al. Abscesos esplénicos presentación de nueve casos. *Rev Chil Infect* 2006;23(2):150-154.

Won-Suk Lee et al. Splenic Abscess: A Single Institution Study and Review of the Literature. *YMJ* 2011;52(2):288-292..

Aprendizaje

- Paraclínica
- Imagenología: Ecografía abdomen : alta sensibilidad y especificidad, útil para guiar el drenaje percutáneo. Tomografía mayor precisión y detecta abscesos de menor tamaño.
- Microbiología
- Importancia aislamiento del microorganismo (MO), sea por punción percutánea (para preservar función esplénica) o mediante esplenectomía.
- Etiología: MO aerobios > 50% mayoría cocos Gram (+) y en menor frecuencia BGN, *Candida sp*, etc.

Aprendizaje

- Entidad de alta mortalidad si no se realiza tratamiento.
- No existe un gold standard en cuanto al tratamiento.
- Importante antibioticoterapia adecuada, con o sin esplenectomía.
- Punción percutánea esplénica excelente alternativa, preservando el bazo.

Won-Suk Lee et al. Splenic Abscess: A Single Institution Study and Review of the Literature. *YMJ* 2011;52(2):288-292.

Baño R et al. Abscesos esplénicos múltiples. *Actas Gastroenterol Latinoamerican* 2006; 36: 202-204.