

SALMONELOSIS ESPLÉNICA. CASO CLÍNICO

AMBAR BETANIA MENDOZA MARTÍNEZ¹ 
 CAROL LABBAD LABBAD¹ 
 PEDRO DANIEL LEÓN AMAYA² 
 MARÍA FERNANDA ADJOUNIAN² 
 MANUEL ALEJANDRO HAJALI VARGAS² 

SPLenic SALMONELLOSIS. CASE REPORT

RESUMEN

Introducción: El absceso esplénico es una entidad inusual que se observa en pacientes inmunodeprimidos por enfermedades como diabetes mellitus (DM), enfermedades hematooncológicas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y, en menor medida, en sujetos que presentaron traumatismo o infarto esplénico. El tratamiento ideal es la esplenectomía, aunque se deben considerar las alternativas conservadoras como drenaje percutáneo y resección laparoscópica. Se presenta un caso de un paciente con diagnóstico de absceso esplénico por salmonelosis, siendo este poco frecuente. **Caso clínico:** Paciente masculino de 53 años de edad con DM tipo 2. Refiere dolor abdominal difuso de aparición insidiosa tipo cólico de moderada intensidad, concomitante evacuaciones líquidas y alzas térmicas 40°. Al Examen físico FC: 114 lpm FR: 28 rpm TA: 130/70mmHg. Abdomen: globoso, RsHs presentes, depresible, doloroso a palpación con signos de irritación peritoneal. En radiografía de tórax se evidencia neumoperitoneo. Se realiza laparotomía xifopúbica, encontrando 1500ml de líquido purulento, absceso esplénico roto y hepatomegalia. Se realiza Esplenectomía + lavado y drenaje de cavidad. **Conclusión:** Los abscesos esplénicos son una entidad rara con manifestaciones clínicas no específicas. Métodos diagnósticos, la tomografía es el estudio de elección. El neumoperitoneo puede confundir el diagnóstico realizándose de forma tardía por lo cual debemos tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial. La esplenectomía es el tratamiento definitivo, el drenaje percutáneo se realiza en pacientes seleccionados.

Palabras clave: Absceso esplénico, Salmonella sp., Salmonelosis, Esplenectomía

ABSTRACT

Introduction: The splenic abscess is an unusual entity that is observed in immunosuppressed patients due to diseases such as diabetes mellitus (DM), hemato-oncological diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and, to a lesser extent, in subjects who presented trauma or splenic infarction. The ideal treatment is splenectomy, although conservative alternatives such as percutaneous drainage and laparoscopic resection should be considered. We present a case of a patient with a diagnosis of splenic abscess due to salmonellosis, this being rare. **Clinical case:** A 53-year-old male patient with type 2 DM. Refers to diffuse abdominal pain of insidious onset of moderate intensity, colic type, concomitant liquid stools and temperature rises 40°. On physical examination HR: 114 bpm FR: 28 rpm BP: 130/70mmHg. Abdomen: globular, RsHs present, depressible, painful on palpation with signs of peritoneal irritation. The chest X-ray shows pneumoperitoneum. A xiphopubic laparotomy was performed, finding 1500ml of purulent fluid, a ruptured splenic abscess and hepatomegaly. Splenectomy + lavage and cavity drainage is performed. **Conclusion:** Splenic abscesses are a rare entity with non-specific clinical manifestations. Diagnostic methods, tomography is the study of choice. Pneumoperitoneum can confuse the diagnosis, being carried out late, which is why we must have it as a differential diagnosis. Splenectomy is the definitive treatment; percutaneous drainage is performed in selected patients.

Key words: Splenic abscess, Salmonella sp., Salmonellosis, Splenectomy

1. Cirujano General. Adjunto de servicio Cirugía III Hospital Domingo Luciani. Caracas-Venezuela. Correo-e: ambarmendoza92@hotmail.com
2. Residente de postgrado de 3 año. Servicio de Cirugía III Hospital Domingo Luciani. Caracas- Venezuela

Recepción: 24/08/2022
 Aprobación: 04/12/2022
 DOI: 10.48104/RVC.2022.75.2.6
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

El bazo es un sitio poco común para la formación de abscesos, debido a su actividad inmunológica intrínseca. ^(1,2) El absceso esplénico es una entidad inusual que, con mayor frecuencia, se observa en pacientes inmunodeprimidos. Presenta una incidencia de 0,05 a 0,7 %. Su mortalidad es alta, hasta 47 % y tiene el potencial de alcanzar el 100 % entre los pacientes que no reciben tratamiento. ^(2,4)

Los signos y síntomas pueden ser variables y dependen de la ubicación, el tamaño y la progresión. La tríada clásica de fiebre, dolor en el cuadrante superior y esplenomegalia se observa en un tercio de los pacientes. ^(1,4) Por lo tanto, el absceso esplénico sigue siendo un desafío diagnóstico importante.

La tomografía computarizada es el Gold estándar con una sensibilidad de 96% y una especificidad de 90 a 95%. Se considera la esplenectomía como el tratamiento ideal. Las alternativas conservadoras son: antibioticoterapia, resección laparoscópica, drenaje percutáneo. ^(2,5)

El objetivo de este reporte es brindar información acerca de esta rara complicación infecciosa y su asociación con el hallazgo radiológico de neumoperitoneo, que puede establecer un diagnóstico incorrecto y retrasar así el tratamiento necesario. ⁽³⁾ A continuación, presentamos el caso de paciente con diagnóstico de absceso esplénico causado por *Salmonella* sp.

Presentación del caso

Se trata de paciente masculino de 53 años de edad, con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina, quien consultó por presentar dolor abdominal difuso de 21 días de evolución, aparición insidiosa tipo cólico, moderada intensidad concomitante evacuaciones líquidas y alzas térmicas 40°. Al examen físico presenta FC: 114 lpm FR: 28 rpm TA: 130/70 mmHg. Abdomen: globoso, ruidos hidroaéreos presentes, depresible, doloroso a la palpación con signos de irritación peritoneal.

Laboratorios: leucocitos: 9.950, neutrófilos 79.9%; hemoglobina 10.3 g/dL, hematocrito: 30.6%; plaquetas: 252.000; glicemia: 104 g/dL.

Ante la sospecha de una víscera hueca perforada se solicita radiografía de tórax, la cual mostro neumoperitoneo. (Figura 1).

Tratamiento realizado

Bajo anestesia general inhalatoria, decúbito supino, se realizó laparotomía exploratoria a través de incisión xifopúbica, diéresis por planos, abordaje y revisión reglada de la cavidad encontrándose: 1500cc de líquido purulento libre en cavidad, hepatomegalia, esplenomegalia y abundante fibrina hacia celda esplénica. Se realiza apertura de fascia de told 3, movilizand la flexura esplénica del colon, se realiza sección de los ligamentos esplenocólico, esplenorrenal y esplenofrénico, apertura de la transcavidad de los epiplones, ligando y seccionando el epiplón gastrocólico y sus vasos. Apertura del ligamento gastroesplénico,

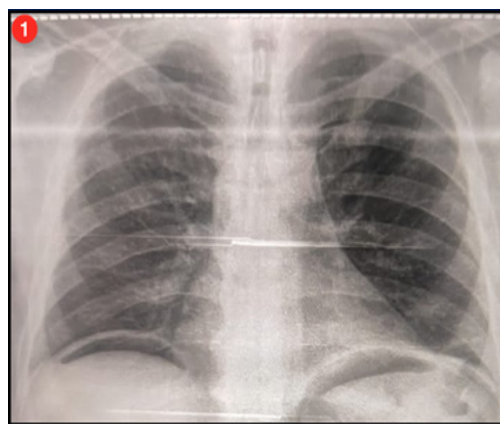


Figura 1. Radiografía de tórax

ligadura y sección de los vasos cortos. Se evidencia absceso esplénico roto que compromete > 50% del órgano (Figura 2-3) y resto de vísceras huecas sin alteraciones. Se expone el hilio esplénico. Se diseca y secciona la arteria y vena esplénica con dos ligaduras proximales y una distal realizando la esplenectomía. Se realizó lavado de cavidad con 5000 cc de solución 0,9% y drenaje hacia: la celda esplénica, subdiafragmatico derecho y rectovesical. Constatación de hemostasia. Cierre por planos y fijación de drenes.

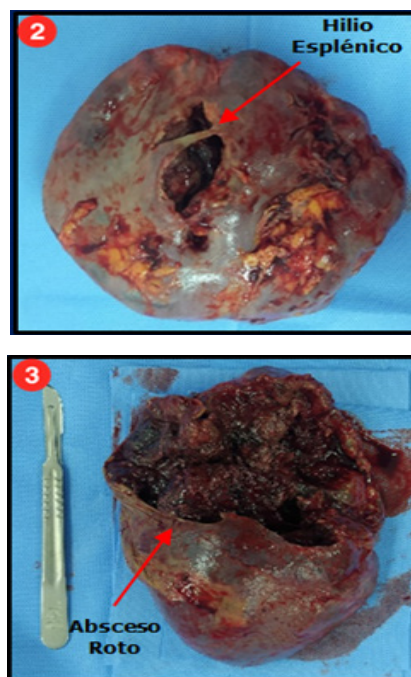


Figura 2-3. Pieza Quirúrgica Bazo

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Paciente se mantiene en unidad de cuidados intermedios durante 7 días recibiendo tratamiento con meropenem (7 días), metronidazol (7 días) y vancomicina (2 días). Se realizó 4 hemodiálisis durante su hospitalización por falla renal

aguda prerrenal. Evolucionó de forma satisfactoria y es dado de alta. El cultivo del líquido reportó: *Salmonella* sp. Estudio anatomopatológico concluye: pulpa roja con congestión sinusoidal, parénquima esplénico con necrosis, hemorragia reciente e infiltrado inflamatorio de tipo agudo, compatible con absceso esplénico.

DISCUSIÓN

El absceso esplénico es una entidad clínica rara con una incidencia entre 0,14% y 0,7% en autopsias. Según Correa *et al.*, son diversos los factores que pueden predisponer a la formación de abscesos esplénicos entre ellos tenemos: infecciones, trauma, enfermedades hematológicas, compromiso contiguo e inmunosupresión. Inmunosupresión es uno de los factores de riesgo más importante para la formación de abscesos tales como VIH, diabetes mellitus, artritis reumatoidea entre otros.⁽⁵⁾ En nuestro caso el único factor de riesgo para la aparición de absceso esplénico fue la presencia de diabetes mellitus tipo 2 en el paciente.

Los gérmenes que se aíslan con mayor frecuencia son *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Salmonella* spp. y *Escherichia coli*.^(1,5) El cultivo de líquido abdominal de nuestro paciente reportó *Salmonella* spp.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la fiebre y el dolor abdominal. La fiebre se presenta en 84 a 92,5 %. El dolor abdominal en un 57,7% es vago y difuso, solo un 38,2 a 49,8% se ubica el dolor en el hipocondrio izquierdo. Esto coincide con las manifestaciones clínicas de nuestro paciente que fueron fiebre y dolor abdominal difuso.⁽⁵⁾

El diagnóstico del absceso esplénico sigue siendo un desafío diagnóstico, ya que los síntomas suelen ser inespecíficos y depende de los estudios de imagen apropiados. Las radiografías simples son sorprendentemente sensibles, con anomalías detectadas en el 50% al 80% de las radiografías de tórax y en el 25% de las radiografías abdominales.⁽¹⁾

Chun *et al.*, señalaron que el signo más común en la radiografía de tórax era una elevación del hemidiafragma izquierdo, que estaba presente en casi 1/3 de los pacientes. Derrame pleural izquierdo (28,4%) e infiltrados pulmonares basales izquierdo (17,9%). Radiografía de abdomen con característica de masa de tejido blando en el cuadrante superior izquierdo (35,6%).⁽⁶⁾ En la radiografía de tórax de nuestro paciente se evidenció neumoperitoneo lo cual nos hizo sospechar de una viscera hueca perforada. El diagnóstico de absceso esplénico fue intraoperatorio.

La tomografía computarizada tiene una sensibilidad superior al 90% para la detección de abscesos esplénicos. Se observa como un área de líquido de baja densidad o tejido necrótico dentro del bazo relativamente homogéneo.^(1,4) El tratamiento médico tiene un porcentaje de éxito de 59,2 % y la mortalidad observada es de 24,5 %. La atención temprana de apoyo y los antibióticos parenterales de amplio espectro son de suma importancia.^(4,5)

El drenaje percutáneo está indicado en pacientes críticos con alto riesgo de ser sometidos a anestesia general. Es una alternativa cuando el absceso es unilocular, sin tabiques, se localiza en el centro del órgano o en el polo inferior.⁽⁵⁾ El tratamiento es quirúrgico cuando hay fracaso del tratamiento médico con o sin drenaje de él. La cirugía se reserva para pacientes que están estables y no son susceptibles de drenaje percutáneo. Dependiendo de la experiencia disponible, se pueden considerar procedimientos laparoscópicos o abiertos.^(1,4)

La esplenectomía se ha considerado durante mucho tiempo el tratamiento estándar del absceso esplénico. Según la población de pacientes, la esplenectomía abierta tiene una mortalidad de 0 a 17 % y una morbilidad de 28 a 43 %.⁽⁴⁾ La esplenectomía laparoscópica es segura y efectiva en pacientes seleccionados, y tienen menor estancia hospitalaria.⁽⁴⁾

Creemos, sin embargo, que, en casos con rotura capsular y peritonitis establecida, un abordaje quirúrgico abierto permite una mejor visualización y vaciado de la cavidad.⁽³⁾ Siempre que se considere la esplenectomía, los pacientes deben vacunarse contra *Streptococcus pneumoniae*, *Meningococcus* y *Haemophilus influenzae* tipo b.⁽⁴⁾

Los abscesos esplénicos son una entidad rara con manifestaciones clínicas no específicas. El estudio de elección es la tomografía. El neumoperitoneo puede confundir el diagnóstico realizándose de forma tardía por lo cual debemos tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial. La esplenectomía es el tratamiento definitivo y el drenaje percutáneo en pacientes seleccionados.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Mustafa M, Menon J, Muniandy RK, Rahman MSD, Tan TS. Splenic Abscess: Etiology, clinical spectrum and therapy. IOSR Journal Of Pharmacy. 2015; 5: 37-41. Disponible en: <https://www.ums.edu.my/fpsyk/files/11.-Dr-Rajesh-Kumar-Muniandy-IOSR-Journal-of-Pharmacy.pdf>
2. López JC, Gómez M, Castillo A, Pérez JE. Absceso esplénico como complicación en un paciente con leucemia linfoblástica aguda. Cir Gen. 2014; 3(1):58-62. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992014000100058
3. Peña-Ros E, Méndez-Martínez M, Vicente-Ruiz M, Sánchez-Cifuentes Á, Martínez-Sanz N, Marín-Blázquez AA. Neumoperitoneo por absceso esplénico: un reto diagnóstico. Reporte de un caso. Cir Cir. 2015; 83:433-437. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66242707013>
4. Losanoff JE, Basson MD, Talavera F, Morris DL, Kaplan LJ, Geibel J. Splenic Abscess. Medscape. 2022. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/194655-overview>
5. Correa JC, Morales CH, Sanabria ÁE. Absceso esplénico: ¿drenaje percutáneo o esplenectomía? Rev Colomb Cir. 2016; 31:50-56. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/206>

6. Nieciecki M, Kozuch M, Czarniecki M, Mlosek RK, Michno A, Olszewski W et al. How to diagnose splenic abscesses? I. Acta Gastro-Enterologica Belgica, Vol. LXXXII, July-September 2019. Disponible en; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31566331/>