

# Absceso esplénico, una condición poco frecuente

## Splenic abscess, a rare condition

Jorge Guardado<sup>(1)</sup>, Leonel Perez<sup>(1)</sup>, Johanna Samayoa<sup>(1)</sup>.

1. Departamento de Medicina Interna. Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala.

**Autor correspondiente:** Dr. Jorge Guardado, [jrg0016@gmail.com](mailto:jrg0016@gmail.com)

**DOI:** <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i1.420>

**Recibido:** 22 de Agosto 2021

**Aceptado:** 13 de Diciembre 2021

### Resumen

Se presenta caso clínico de paciente femenina de 53 años de edad con absceso esplénico, una patología en ocasiones difícil de diagnosticar por su baja incidencia, pero con una alta mortalidad cuando no se recibe tratamiento adecuado. En muchas ocasiones el paciente refiere un signo clínico no muy conocido, llamado signo de Kerh. A continuación, presentamos un caso clínico interesante de dicha patología.

**Palabras clave:** Absceso esplénico, signo de Kerh, *klebsiella pneumoniae*

### Abstract

We present a clinical case of a 53-year-old female patient with splenic abscess, a pathology sometimes difficult to diagnose due to its low incidence, but with high mortality if adequate treatment is not given. On many occasions, the patient reports a not very well known clinical sign, called Kerh's sign. Here we present an interesting clinical case of this pathology.

**Keywords:** Splenic abscess, Kerh's sign, *klebsiella pneumoniae*.

### Introducción

El absceso esplénico es una rara condición patológica, con facilidad puede ser omitida por parte del clínico, teniendo una incidencia de 0.05 a 0.7%; con mortalidad casi del 100% en aquellos pacientes que no reciben tratamiento antibiótico. Por lo cual es importante conocer de esta condición poco frecuente y con un reto en su diagnóstico.

## Presentación de caso

Femenina de 53 años de edad, ama de casa, con antecedente personal de diabetes mellitus tipo 2 no controlada, ingresó por presentar dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, que se irradiaba a hombro izquierdo, de 4 días de evolución, acompañado de múltiple evacuaciones diarreicas y fiebre no cuantificada. Al examen físico presenta dolor a la palpación profunda en cuadrante superior izquierdo, el cual se irradiaba a hombro izquierdo (signo de Kerh). Se trató con ciprofloxacina por probable foco gastrointestinal, sin respuesta al mismo. La hematología reportó leucocitosis de 38,680 K/ul con predominio de neutrófilos, creatinina sérica 1.43 mg/dl, electrolitos y pruebas de función hepática dentro de los límites normales, serología para VIH, Hepatitis B y C negativos, Dos hemocultivos reportaron *Klebsiella pneumoniae* BLEE negativo, Coprocultivo y urocultivo negativos. Radiografía de tórax de características radiológicas normales, ultrasonido abdominal reportó bazo aumentado de tamaño 15.3x8.1cm, con imagen hipoeoica que mide 6.1x5.2 cm, resto del estudio normal. Ecocardiograma trans torácico reportó características sonograficas normales sin presencia de vegetaciones. La TAC con medio de contraste mostró imágenes compatibles con absceso esplénico (fig. 1), por lo que se realizó esplenectomía. El gram de secreción reportó bacilos gram negativos. Se inició antibiòticoterapia de amplio espectro con Meropenem 1 gr IV cada 8 horas durante 10 días con respuesta exitosa.



**Fig 1: Absceso esplénico.** TAC abdomen que muestra imagen hipodensa sugestiva de una colección esplénica, de 8.9 x 8.3 x 8.1 cm.

## Discusión

El absceso esplénico con frecuencia proviene vía hematogena de focos infecciosos de otros sitios anatómicos. Se presenta en 10 a 20% en pacientes con endocarditis infecciosa, también pueden existir otras fuentes como tifoidea, paratifoidea, malaria, infecciones del trato urinario, etc. Otro factor importante es el trauma esplénico. En pacientes con enfermedades con riesgo de infarto esplénico como las hemoglobinopatías, leucemia, policitemia o vasculitis, también pueden formar abscesos esplénicos [1]. Dentro de los agentes infecciosos más frecuentes se encuentran estreptococo, estafilococo, salmonella y Escherichia coli [2].

La **Klebsiella pneumoniae** se puede manifestar en distintos síndromes infecciosos como neumonía, infecciones urinarias, de dispositivos endovasculares y de tejidos blandos. [3].

El cuadro clínico que manifiesta el paciente es dolor abdominal, al inicio en cuadrante superior izquierdo que puede irradiarse a hombro izquierdo debido a la esplenitis que involucra la pleura diafragmática (signo de Kehr). [4]. La fiebre se manifiesta en el 95% de los casos. La leucocitosis mayor a 20,000 es común. El estudio radiológico de elección es la tomografía axial computarizada abdominal con una sensibilidad mayor del 90% [1]. La esplenectomía o drenaje percutáneo, así como la terapia antibiótica de amplio espectro se debe iniciar de manera inmediata si se sospecha absceso esplénico.

## Referencias bibliográficas / References

1. Murtaza Mustafa, J. Menon, Rk Muniandy, Splenic Abscess: Etiology, clinical spectrum and Therapy. IOSR Journal Of Pharmacy 2015; 5: 37-41.
2. I. Brook, E. H. Fraizer, Microbiology of Liver and Spleen Abscesses. Journal of Medical Microbiology 1998; 47 (12): 1075-1080.
3. K. Chang, S. Chuah, C. Changchein, Clinical Characteristics and Prognostic factors of Splenic Abscess: A Review of 67 Cases in a Single Medical Center of Taiwan 2006; 12 (3): 460-464.
4. J. Barron, Rotura esplénica secundario a absceso, causa poco común de neumoperitoneo. Reporte de un caso. Cirugia y Cirujanos 2017; 85 (1): 62-67.