

Síndrome general y fiebre

C.A. Díaz Vázquez, I. Riaño Galán, A. Cobo Ruisánchez, J.M. Fernández Hidalgo^a,
E. Ponomar Súlepov^a y D. Peláez Mata^b

^aServicios de Pediatría y de Radiología. Hospital Narcea. Cangas del Narcea. Asturias.

^bServicio de Cirugía Infantil. Hospital Central de Asturias.

(An Esp Pediatr 2000; 53: 159-160)

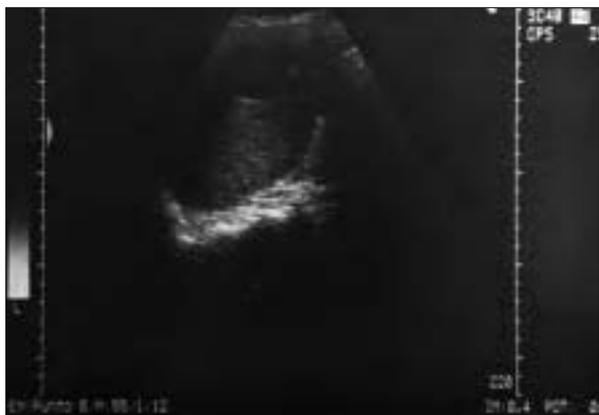


Figura 1. Ecografía abdominal que revela una imagen hipocogénica de aspecto quístico en el interior del bazo.

CASO CLÍNICO

Varón de 12 años, remitido por su médico al hospital por presentar astenia, anorexia y adelgazamiento de 13 kg (de 71 a 58 kg), de 2 meses de evolución. El cuadro se acompaña de fiebre moderada (38,5-39 °C) diaria, sin predominio horario.

La historia familiar y personal sólo revelaba un episodio de gastroenteritis aguda los días previos al inicio de los otros síntomas, que se resolvió en pocos días y que cursó con fiebre elevada y hemograma infeccioso con desviación izquierda. En la actualidad las deposiciones son normales y sólo vómita ocasionalmente.

El examen físico al ingreso mostraba fiebre de 38° C, mal aspecto general, palidez y abdomen discretamente doloroso de forma generalizada, sin adenopatías, nivel de conciencia y resto de exploración normales.

En la analítica realizada al ingreso destacaba: hemograma con 15.500 leucocitos (61% segmentados y 8% cayados). Hemoglobina 9,2 g/dl y hematocrito del 29,7%. VSG 105 mm a la primera hora y proteína C reactiva 174 mg/dl. El Coombs directo fue negativo. No presentaba reticulocitosis. El protei-

Figura 2. TC abdominal con contraste yodado: imagen bipodensa en la periferia del bazo.

nograma era compatible con proceso subagudo. El tiempo de coagulación demostró una discreta disminución de la tasa de protrombina (67%) y el C3 y C4 ligeramente elevados. La analítica sistemática y el sedimento de orina, las hormonas tiroideas, el cortisol y los cultivos de heces, orina y sangre resultaron normales. Los anticuerpos antivirales, marcadores de hepatitis B y C y de VIH fueron negativos.

La radiología simple de tórax evidenció atelectasias laminares en hemitórax izquierdo con elevación de ambos hemidiafragmas.

A las 24 h del ingreso se realizó una ecografía abdominal que puso de manifiesto un aumento del bazo con una imagen hipocogénica, en su interior, de contorno irregular pero bien definida (fig. 1).

La TC con contraste yodado confirmó la presencia de una imagen de baja densidad, sin captación de contraste en el bazo, siendo el resto de estructuras abdominales normales (fig. 2).

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia: Dr. C.A. Díaz Vázquez. Servicio de Pediatría. Hospital Narcea. Sierra, 11. Cangas del Narcea 33800. Asturias.
Correo electrónico: iriano@hcsa.insalud.es

Recibido en julio de 1999.

Aceptado para su publicación en octubre de 1999.

ABSCESO ESPLÉNICO

La radiología reveló la presencia de un absceso esplénico. El niño fue enviado al servicio de cirugía infantil del hospital de referencia, donde se le practicó una punción evacuadora dirigida por ecografía, extrayéndose un total de 700 cm³ de contenido purulento. En el cultivo se aislaron *Bacteroides tetraiotamicrom* y *Streptococcus sanguis*. La fiebre y el síndrome general desaparecieron, produciéndose una recuperación física completa en el niño. Los controles ecográficos posteriores fueron normales.

El absceso esplénico es una entidad clínica muy poco frecuente. En la literatura médica de este siglo aparecen referenciadas tres grandes series, ninguna específicamente de niños, que reúnen menos de 600 casos¹⁻³. La mayor parte de estos abscesos son solitarios (únicos, multiloculados) y aunque pueden presentarse a cualquier edad, su distribución es bimodal, con dos picos a los 40 y 70 años. En la infancia son raros aunque hay casos descritos desde los 6 meses.

Los mecanismos implicados en su producción son cinco: *a*) secundario a una infección en cualquier parte del organismo vía hematogena, es la forma más frecuente; *b*) infección por contigüidad, como en el absceso perifrénico; *c*) sobreinfección de un infarto esplénico, típico de la pericarditis y hemoglobinopatías; *d*) secundario a traumatismo de bazo (accidental o quirúrgico), y *e*) en inmunodeficiencias y enfermedades sistémicas (sida, lupus, mononucleosis).

Nuestro caso posiblemente responda al primer mecanismo: la gastroenteritis produjo una bacteriemia que posteriormente se focalizó en el bazo.

La clínica del absceso esplénico se caracteriza por la tríada de fiebre (presente en el 91% de los casos), el dolor abdominal y la leucocitosis. La esplenomegalia solo está presente en un tercio de los casos.

Nuestro paciente presentaba además un síndrome general, debido probablemente al largo tiempo de evolución, y que evocaba un cuadro patológico más grave (oncológico).

El diagnóstico se basa en los estudios de imagen^{1,4,5}. Entre el 50 y el 80% de los pacientes tienen alteraciones

en la radiografía de tórax (atelectasias, elevación de diafragma, derrame pleural). La radiología simple de abdomen presenta datos inespecíficos, siendo la ecografía la técnica de aproximación diagnóstica de elección. La TC se reserva para la delimitación exacta del absceso.

Los gérmenes habitualmente implicados son aerobios (60%), en especial *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Salmonella* y *E. coli*. En inmunodeprimidos, suele aparecer *Candida*. Hasta un 25% de los cultivos son estériles. En nuestro caso se ha aislado un *Streptococcus* del grupo *viridans* y además un anaerobio (*Bacteroides tetraiotamicrom*)

La mortalidad de este proceso, una vez diagnosticado, es de un 15-20% en series amplias, siendo la causa más frecuente la rotura, la peritonitis y el shock séptico subsiguiente. Sin diagnóstico la mortalidad es del 100%^{1,4}.

El tratamiento de elección en la edad pediátrica es el drenaje percutáneo con cobertura antibiótica de amplio espectro, con el fin de conservar el bazo. En la edad adulta la norma es la esplenectomía, salvo en casos de alto riesgo^{2,3}.

El absceso esplénico, aunque poco frecuente, resulta fatal si no se detecta a tiempo, por lo que debe tenerse en consideración como diagnóstico diferencial ante un niño con fiebre inexplicable, dolor abdominal y leucocitosis, siendo la ecografía la herramienta diagnóstica más útil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chun CH, Raff MJ, Contreras L. Splenic abscess. *Medicine* 1980; 59: 50-65.
2. Nelken N, Ignatius J, Skinner M, Christensen N. Changing clinical spectrum of splenic abscess. A multicenter study and review of the literature. *Am J Surg* 1987;154: 27-34.
3. Ooi L, Leong S. Splenic Abscess from 1987 to 1995. *Am J Surg* 1997; 174: 87-93.
4. Barneo L. Abscesos esplénicos. En: Alvarez J, Baldonado R, editores. Actualización quirúrgica en patología esplénica. Avilés: Hospital S Agustín-SESPA-Ayuntamiento de Avilés, 1995; 103-111.
5. García L, Llera JM, Rodríguez J, Martínez E. Opciones terapéuticas en los abscesos esplénicos. *Cir Esp* 1994; 55: 201-203.