

CASO CLÍNICO

Esplenectomía laparoscópica por absceso esplénico secundario a endocarditis infecciosa

Laparoscopic splenectomy for splenic abscess secondary to infective endocarditis

Mario Almada¹, Fernando Bonilla², José Martínez³, Andrés Pouy⁴, Ricardo Misa⁵

DOI: 10.31837/cir.urug/4.2.3

Recibido: 09 de agosto de 2019

Aceptado: 26 de mayo de 2020

Resumen

El absceso esplénico es una entidad clínica rara que se asocia con mayor frecuencia a endocarditis infecciosa. El reemplazo de la válvula cardíaca en el contexto de un absceso esplénico sin tratar se asocia con una alta incidencia de infección de válvula protésica y muerte. Se describe un paciente con endocarditis infecciosa y absceso esplénico tratado mediante esplenectomía laparoscópica seguida de reemplazo valvular.

Palabras clave: Absceso, laparoscopia, bazo, esplenectomía

Abstract

Splenic abscess is a rare clinical entity that is most often associated with infective endocarditis. Heart valve replacement in the setting of an untreated splenic abscess is associated with a high incidence of prosthetic valve infection and death. A patient with infectious endocarditis and splenic abscess treated by laparoscopic splenectomy followed by valve replacement is described.

Key words: Abscess, laparoscopy, spleen, splenectomy.

^{1,2,3,4,5} Clínica Quirúrgica B. Prof. César Canessa, UDA Hospital Español. Juan J. Crottogini. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. myalmada111@gmail.com

Introducción

Existe controversia con respecto a la selección, momento y orden adecuados de los procedimientos quirúrgicos que se ofrecen al paciente con endocarditis infecciosa y absceso esplénico concomitante. La erradicación de todas las fuentes infecciosas no cardíacas antes del reemplazo de la válvula es de suma importancia. El reemplazo de la válvula patológica en el contexto de un absceso esplénico sin tratamiento se asocia con una alta incidencia de infección de válvula protésica y muerte. La esplenectomía laparoscópica y un procedimiento de válvula cardíaca en etapas pueden ser la estrategia de tratamiento óptima para esta situación clínica. Se describe un paciente con endocarditis infecciosa y absceso esplénico que fue tratado con este enfoque.

Reporte de caso

Hombre de 59 años, EPOC clase funcional I/II secundario a tóxicos, hipertenso, cardiopatía isquémica con antecedentes de endocarditis sobre válvula aórtica, se presenta con síndrome febril prolongado y dolor en flanco e hipocondrio izquierdo. Los parámetros de laboratorio presentaron un perfil mantenido de elementos infecciosos. Un ecocardiograma transesofágico, informa regurgitación aórtica severa y evidencia vegetaciones múltiples en la válvula aórtica. La tomografía computarizada (TC) reveló un absceso esplénico de grandes dimensiones, 17 x 11 x 10 cm [**Figura 1 – 2**]. Hemocultivos + para *Enterococo Faecalis*.

Para controlar la infección, se realizó tratamiento antibiótico intravenoso dirigido, persistiendo los parámetros infecciosos. Se discutió con equipo de cirugía cardíaca la oportunidad de tratamiento de su valvulopatía y del absceso esplénico. Decidiéndose en conjunto el tratamiento inicial del foco infeccioso esplénico, y en un segundo tiempo el tratamiento por cirugía cardíaca. Se realizó la esplenectomía laparoscópica, sin incidentes. Cursando un postoperatorio de 5 días en sala sin complicaciones. Se programó la cirugía cardíaca durante la misma internación a los 10 días del postoperatorio de la esplenectomía.

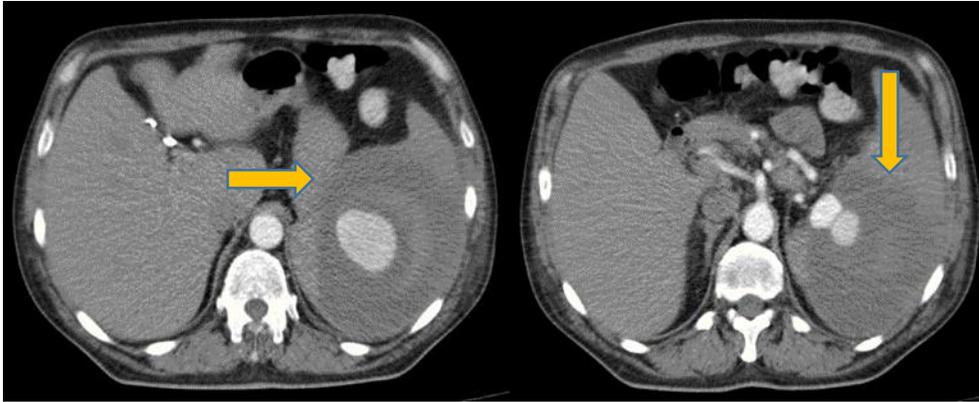


Fig. 1-2. Tomografía computarizada que muestra un absceso esplénico de grandes dimensiones.

La cirugía se realizó bajo anestesia general con el paciente en posición de decúbito lateral derecho. Se realizó neumoperitoneo con técnica cerrada a través de aguja de Veress. El primer trócar de 10 mm se colocó a medio camino entre el margen costal izquierdo y el ombligo. Se colocaron otros puertos de 10 mm y dos de 5 mm alrededor del primer puerto, respetando el principio de triangulación. Se separó el epiplón que rodeaba el polo inferior del bazo. Se ingresó al epiplón menor y se disecó la arteria esplénica y se seccionó luego del clipado. Los vasos gástricos cortos se dividieron usando bisturí harmónico. Se utilizó un disparo de sutura mecánica lineal cortante endoscópica, carga blanca, para realizar el control vascular del hilio esplénico. Luego se liberó el fondo gástrico densamente adherente al bazo. Se usó el bisturí harmónico para la división de las conexiones posteriores y diafragmáticas del bazo.

El bazo extirpado se colocó en una bolsa de recuperación impermeable y se extrajo a través de una incisión de Mc Burney a izquierda. Se colocó un drenaje de tubo y la pared se cerró por planos en el sitio de extracción. La piel se aproximó con sutura simple, material reabsorbible.

En el postoperatorio, el drenaje se retiró a las 48 horas siendo su gasto nulo. El postoperatorio cursó sin complicaciones. El cultivo de la pieza de resección confirmó el desarrollo de *Enterococo faecalis*.

En la evolución se realizaron hemocultivos que fueron negativos.

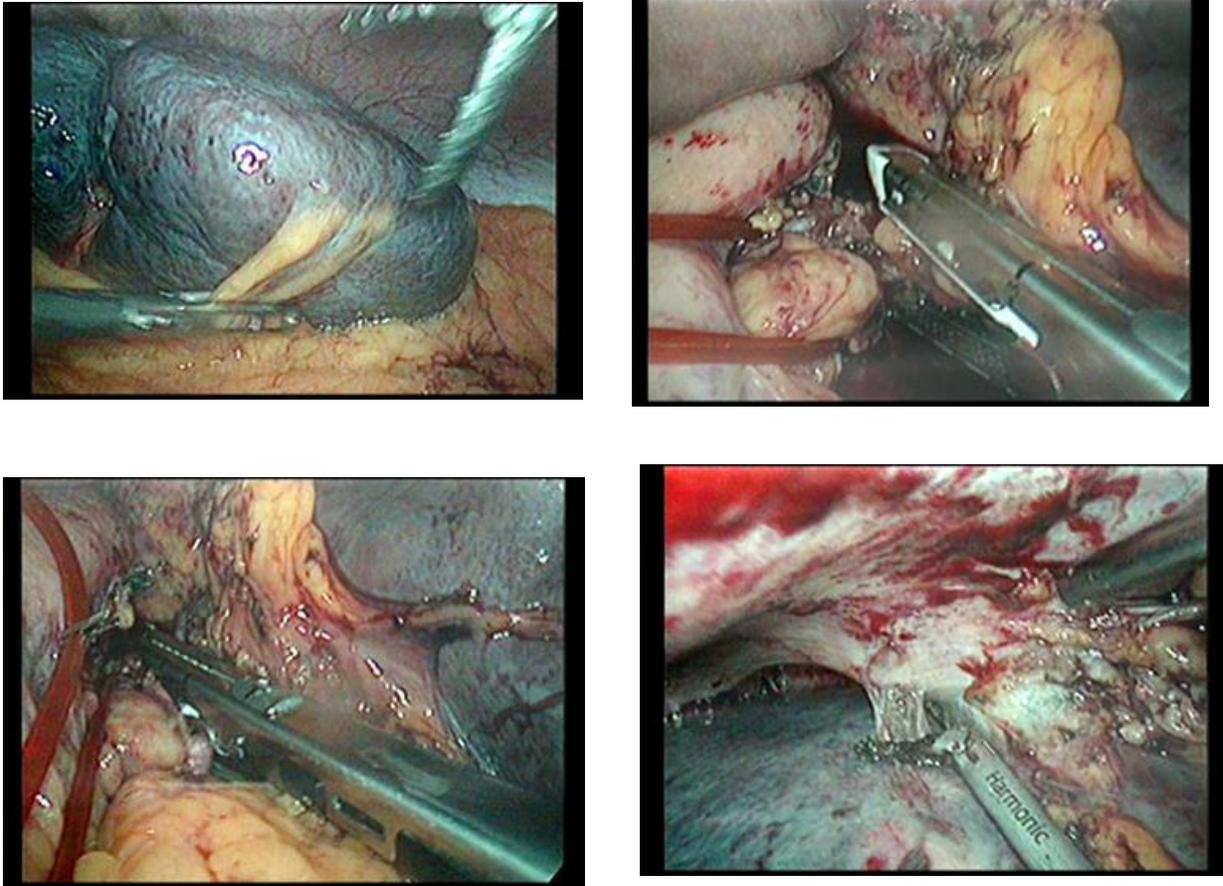


Fig. 5 – 8. Esplenomegalia, cargado del pedículo esplénico y grapado, periesplenitis polo superior del bazo.

Discusión

El absceso esplénico es una entidad clínica rara. Las series informadas más grandes rara vez incluyen más de 10 pacientes en períodos que abarcan hasta 20 años (1). La endocarditis infecciosa es el escenario clínico más común en el que se reconoce el absceso esplénico. El absceso esplénico clínicamente reconocido se produjo en el 3 al 5 % de los casos en revisiones retrospectivas de endocarditis infecciosa (2). La patogenia del absceso esplénico en la endocarditis infecciosa es probablemente una embolia séptica que produce un infarto esplénico, que a su vez evoluciona hacia un absceso franco (3).

Hay evidencia convincente que entre los pacientes con endocarditis infecciosa y absceso esplénico, la esplenectomía es esencial para erradicar el foco extracardíaco de la infección

como un requisito previo para el tratamiento exitoso de la endocarditis infecciosa con antibióticos solos o en combinación con la cirugía de válvula cardíaca (4-5-6).

Dadas las manifestaciones clínicas variables y a menudo sutiles del absceso esplénico, es necesario un alto índice de sospecha para establecer el diagnóstico en un paciente con endocarditis infecciosa. La tomografía computarizada es la técnica de imagen más sensible y específica para diagnosticar el absceso esplénico. La apariencia típica de un absceso esplénico en la TC es una lesión focal de baja atenuación con realce periférico después de la inyección de contraste intravenoso. La diferenciación entre los infartos esplénicos comunes y los abscesos mucho más raros puede ser un desafío. En general, los infartos esplénicos parecen ser defectos bien definidos, periféricos, en forma de cuña, con el vértice hacia el hilio y la base que se extiende hacia la cápsula. La aspiración con aguja guiada por TC percutánea puede desempeñar un papel en la diferenciación de un infarto de un absceso en casos equívocos.

El tratamiento de un absceso esplénico solo con antibióticos es universalmente infructuoso. El drenaje percutáneo guiado por TC puede ser inicialmente efectivo en el 75% de los pacientes con absceso esplénico, pero no es definitivo para un paciente que puede adquirir una válvula cardíaca protésica. Además, el drenaje percutáneo es ineficaz para el tratamiento de abscesos multifocales (40% de los casos) y es peligroso para los abscesos ubicados cerca del hilio (7-8). La esplenectomía está indicada tan pronto como se confirme el diagnóstico de absceso esplénico. La esplenectomía laparoscópica es un enfoque atractivo para los pacientes que requieren esplenectomía antes de la operación de la válvula cardíaca (9-10). Proporciona una recuperación más rápida y una morbilidad significativamente menor en comparación con la esplenectomía abierta. La vacunación contra neumococos, meningococos y *Haemophilus influenzae* tipo B está indicada en el postoperatorio para reducir el riesgo de una sepsis postesplenectomía.

Conclusión

Es necesario un alto índice de sospecha clínica de absceso esplénico durante el tratamiento de pacientes con endocarditis infecciosa. Todos los pacientes con síntomas inespecíficos o vagos abdominales o elementos infecciosos persistentes a pesar del tratamiento antibiótico, deben ser evaluados con tomografía computarizada abdominal. La presencia de un absceso esplénico exige esplenectomía. Si el paciente está clínicamente estable, el abordaje óptimo es la esplenectomía laparoscópica, que permite la resolución definitiva del foco extracardíaco de la infección con la menor perturbación fisiológica, seguida de la reparación/reemplazo escalonado de la válvula cardíaca durante la misma hospitalización.

Bibliografía

1. 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.
2. Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA, Wilson W, Steckelberg J, Karchmer AW, et al .. Diagnóstico y manejo de endocarditis infecciosa y sus complicaciones. *Circulación* 1998; 98 (25): 2936–48
3. Yoshikai M, Kamachi M, Kobayashi K, Murayama J, Kamohara K, Minematsu N. Absceso esplénico asociado con endocarditis infecciosa activa. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2002; 50: 478-80.
4. Faught WE, Gilbertson JJ, Nelson EW. Splenic abscess: Presentation, treatment options, and results. *Am J Surg.* 1989; 158:612–4.
5. Phillips GS, Radosevich MD, Lipsett PA. Splenic abscess: Another look at an old disease. *Arch Surg.* 1997; 132:1331–5.
6. Elasar A, AlBaradai A, AlHarfiet Z, Alassal M, Ghoneim A, AlGhofaili F. Absceso esplénico asociado con endocarditis infecciosa; Serie de casos, *J Saudi Heart Assoc* (2015);27(3):210-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsha.2015.02.001>
7. Kogo H, Yoshida H, Mamada Y, Taniai N, Bando K, Mizuguchi Y, et al. Successful percutaneous ultrasound-guided drainage for treatment of a splenic abscess. *J Nippon Med Sch.* 2007; 74:257–60.
8. Thanos L, Dailiana T, Papaioannou G, Nikita A, Koutrouvelis H, Kelekis DA. Percutaneous CT-guided drainage of splenic abscess. *AJR Am J Roentgenol.* 2002; 179:629–32.
9. Carbonell AM, Kercher KW, Matthews BD, Joels CS, Sing RF, Heniford BT. Laparoscopic splenectomy for splenic abscess. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2004; 14:289–91.
10. Simsir SA, Cheeseman SH, Lancey RA, Vander Salm TJ, Gammie JS. Staged laparoscopic splenectomy and valve replacement in splenic abscess and infective endocarditis. *Ann Thorac Surg.* 2003; 75:1635–7.