

Caso	(785) Neumoperitoneo secundario a rotura de abscesos esplénicos.
Autores	Jhoan Mangonez, Paula Molina Vigara, Rocío Muedra Jáñez, Juan Sanz Diaz, Andrea Rodríguez Prieto, Alicia Lois Bermejo.
Centro	Hospital Universitario De Cabueñes

EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre de 46 años con clínica de 4 meses de síndrome general, astenia, fiebre vespertina, y artromialgias. Acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos biliosos, tendencia al estreñimiento y distensión abdominal. A la exploración destaca caquexia con abdomen doloroso a la palpación difusa, defensa y peritonismo. La analítica sanguínea muestra leucocitosis con neutrofilia y elevación de LDH, PCR y lactato.

En la radiografía de abdomen se aprecia aire atípico disecando la porción alta del psoas derecho sugestivo de neumoperitoneo, y se realiza TC abdomino-pélvico para descartar perforación.

El TC demuestra severa dilatación de cámara gástrica, esófago distal y marco duodenal, con abundante contenido líquido, sin definir lesión que justifique cuadro obstructivo. Se confirma moderado neumoperitoneo, así como esplenomegalia con alteración geográfica de la densidad del parénquima sugestivo de infartos isquémicos, con burbujas de aire en su interior, probablemente por licuefacción postisquémica.

En laparotomía urgente: rotura esplénica por abscesos esplénicos con peritonitis purulenta, gran dilatación gastroduodenal y de primeros 30 cm de yeyuno sin objetivarse causa obstructiva, cambio de calibre brusco y sin demostrarse perforación.

DISCUSIÓN

El absceso esplénico es una entidad clínica rara y potencialmente mortal. Generalmente ocurre en pacientes con comorbilidades subyacentes, como neoplasias, inmunodeficiencias, infección a distancia, como la endocarditis bacteriana o más raramente por extensión de infecciones vecinas como la pancreatitis aguda o úlcera péptica complicada, también pueden ser secundarios a traumatismo esplénico que provoque hematomas, infarto esplénico o diabetes.

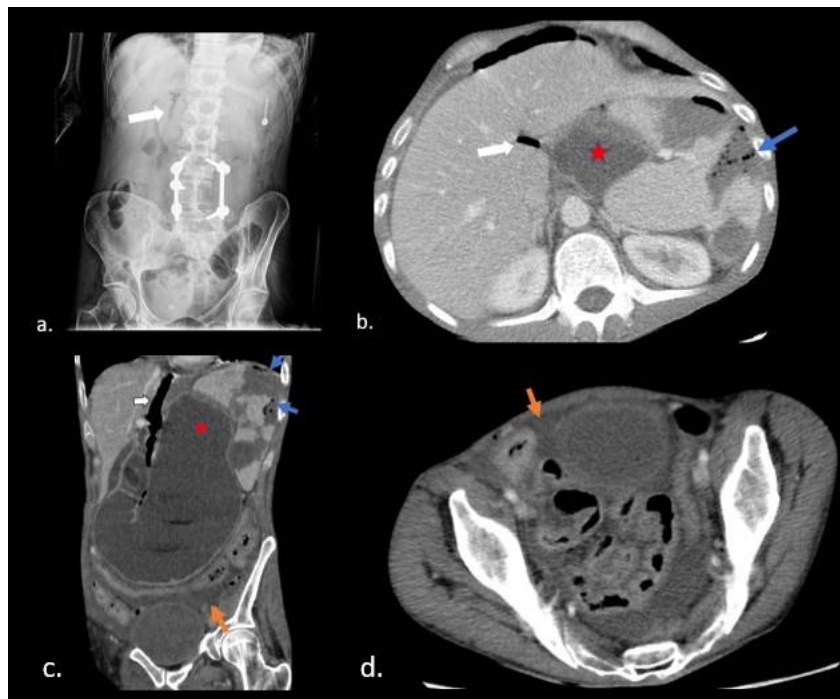
En nuestro paciente estudios complementarios posteriores demostraron que cumplía criterios diagnósticos de endocarditis infecciosa: fiebre, Ecocardiograma transtorácico positivo (válvula mitral con velo anterior engrosado y cuerda rota con insuficiencia mitral severa que impresiona de aguda por ventrículo izquierdo no dilatado y FEVI normal), fenómenos vasculares (infartos esplénicos con abscesos esplénicos complicados) y evidencia microbiológica (hemocultivos persistentemente positivo para *Enterococcus faecalis*).

El diagnóstico quirúrgico fue de peritonitis purulenta generalizada y neumoperitoneo por rotura de absceso esplénico. Al no encontrarse causa obstructiva intrínseca ni extrínseca, la severa distensión gastroduodenal del paciente se consideró secundaria a íleo adinámico como consecuencia de peritonitis generalizada de origen séptico.

La esplenectomía es el tratamiento de elección, sin embargo, en caso de absceso esplénico con afectación menos extensa puede tratarse de forma conservadora con antibioterapia y tubo de drenaje. Por tanto, la diferenciación preoperatoria de estas entidades es necesaria para una adecuada planificación del tratamiento.

CONCLUSIÓN

El neumoperitoneo se considera casi siempre secundario a perforación de una víscera hueca hasta demostrarse lo contrario. Sin embargo, el absceso esplénico puede considerarse como uno de los diagnósticos diferenciales de neumoperitoneo y/o peritonitis, particularmente en estados de inmunosupresión. Es importante conocer la entidad debido a la alta morbimortalidad que este cuadro representa y la urgencia quirúrgica que supone.



a. Radiografía de abdomen en la que se observa aire atípico (flecha blanca) disecando la porción alta del psoas derecho sugestivo de neumoperitoneo. b y c. Tomografía computarizada tras administración de contraste intravenoso, en la que se observa aire libre extraluminal (flechas blancas), esplenomegalia difusa con alteración geográfica de la densidad del parénquima en relación con infartos isquémicos, los cuales presentan burbujas de aire en su interior compatible con abscesos esplénicos (flechas azules). Severa dilatación de cámara gástrica (estrella roja) y duodeno posiblemente secundario a íleo paralítico como respuesta reactiva cuadro inflamatorio intraabdominal (peritonitis). d. Abundante líquido libre intraperitoneal (flechas naranjas), de predominio en pelvis.

BIBLIOGRAFÍA

Agarwal N, Sharma A, Garg G. Non-traumatic ruptured splenic abscess presenting with pneumoperitoneum in an immunocompetent patient: a diagnostic dilemma. *BMJ Case Rep.* 2019 May 8;12(5):e228961. doi: 10.1136/bcr-2018-228961. PMID: 31068349; PMCID: PMC6506054.

Narra RK, Jehendran MV. Ruptured splenic abscess causing pneumoperitoneum: a rare cause revisited. *BMJ Case Rep.* 2015 Mar 20;2015:bcr2014209055. doi: 10.1136/bcr-2014-209055. PMID: 25795751; PMCID: PMC4368946.

Peña-Ros E, Méndez-Martínez M, Vicente-Ruiz M, Sánchez-Cifuentes Á, Martínez-Sanz N, Albarracín Marín-Blázquez A. Neumoperitoneo por absceso esplénico: un reto diagnóstico. Reporte de un caso. *Cir Cir.* 2015 Sep-Oct;83(5):433-7. Spanish. doi: 10.1016/j.circir.2015.05.044. Epub 2015 Jul 9. PMID: 26164134.

Braat MN, Hueting WE, Hazebroek EJ. Pneumoperitoneum secondary to a ruptured splenic abscess. *Intern Emerg Med.* 2009 Aug;4(4):349-51. doi: 10.1007/s11739-009-0253-4. Epub 2009 May 5. PMID: 19415449.