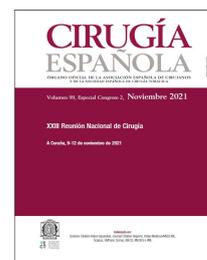




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-669 - ROTURA ESPLÉNICA SECUNDARIA A ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Gómez Pérez, Beatriz; Gómez Valles, Paula; Delegido, Ana; Balaguer, Andrés; Cayuela, Valentín; Navarro Barrios, Alvaro; Piñero Madrona, Antonio; Fernández, Juan Ángel

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) puede asociar complicaciones neurológicas, renales, musculoesqueléticas y sistémicas, como los embolismos sistémicos. Estos son una complicación grave, aunque extremadamente rara si nos referimos a la afectación esplénica. Presentamos el caso de un varón que sufrió una rotura esplénica secundaria a una EI.

Caso clínico: Varón de 55 años que acudió a Urgencias por cuadro de disnea a mínimos esfuerzos, fiebre y astenia compatible con endocarditis infecciosa. Fue ingresado en UCI con tratamiento antibiótico de amplio espectro, a pesar de lo cual presentó una evolución tórpida. Como antecedentes era diabético tipo II y se había sometido a una extracción dentaria el mes anterior sin profilaxis antibiótica. Durante el ingreso, comenzó con caída de hemoglobina y melenas. Se realizó una esofagogastroscoopia con esclerosis de una lesión sangrante. Sin embargo, continuó con anemia progresiva, apareciendo *de novo* una masa en hipocondrio izquierdo. Se realizó una TAC que informó de bazo fragmentado de unos 20 × 12 cm. Ante el estado del paciente se decidió intervención urgente, hallando bazo completamente desestructurado que asociaba una colección purulenta de unos 30 cm, por lo que se realizó una esplenectomía en bloque. Tras la cirugía, el paciente evolucionó de manera favorable, siendo dado de alta a planta. La anatomía patológica, informó de infarto esplénico abscesificado. Lamentablemente, el paciente sufrió un deterioro progresivo del estado general y falleció a los 7 días de la cirugía.

Discusión: Independientemente de las mejoras en su manejo, la EI sigue asociada a una alta mortalidad y complicaciones graves, presentando un amplio espectro de manifestaciones en función del territorio anatómico afectado. Si nos centramos en nuestro caso, encontramos pocas referencias bibliográficas sobre la afectación esplénica. El infarto esplénico es una entidad muy infrecuente y, generalmente, se debe a la oclusión de la arteria esplénica por émbolos. Sus complicaciones se traducen en abscesos esplénicos, pseudoquistes y hemorragias, como en nuestro paciente. En cuanto al tratamiento, las series publicadas proponen la antibioterapia como el pilar del tratamiento, asociada a drenaje percutáneo o esplenectomía. La decisión sobre la actitud a seguir dependerá de la situación del paciente, así, la esplenectomía se reservará para aquellos que no presenten respuesta al tratamiento o presenten rotura del absceso a la cavidad abdominal, como en nuestro caso. El análisis entre la elección de una u otra técnica no muestra diferencias en cuanto a mortalidad se refiere según la experiencia comunicada. La afectación esplénica durante la EI es una entidad muy rara y suele ocurrir a modo de infarto o absceso. Su origen se relaciona con la

capacidad embolígena de la EI. A pesar de los continuos avances en el tratamiento médico y quirúrgico, la mortalidad hospitalaria de los pacientes con EI continúa siendo elevada, encontrando escasa literatura en relación a la afectación esplénica de esta entidad.