

Microabscesos esplénicos: revisión de una entidad poco frecuente.

- Autores: Dr. Martín Valdez, Dr. Gonzalo Sandoval, Dr. Fabian Arengo, Dr. Sebastián Alvarez Aucar, Dra. Karina Martinez.
- Hospital J.R. Vidal, Corrientes, Argentina.

Introducción

- Los microabscesos esplénicos constituyen una presentación poco frecuente, grave y con síntomas inespecíficos de una infección diseminada en pacientes inmunosuprimidos.
- Si bien su diagnóstico suele ser difícil, en estudios por imágenes poseen características bien definidas que posibilitan un diagnóstico de certeza.

Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica de los hallazgos imagenológicos más característicos de los microabscesos esplénicos, como así también de su epidemiología, detallando sus factores etiológicos más frecuentes y exponiendo casos presentados en nuestro servicio.

- Los abscesos esplénicos son entidades raras cuya prevalencia han ido en aumento debido al número cada vez mayor de pacientes inmunosuprimidos.
- Se pueden clasificar según su tamaño en micro (<10 mm, cabeza de flecha) o macro-abscesos (> 20mm, flecha).

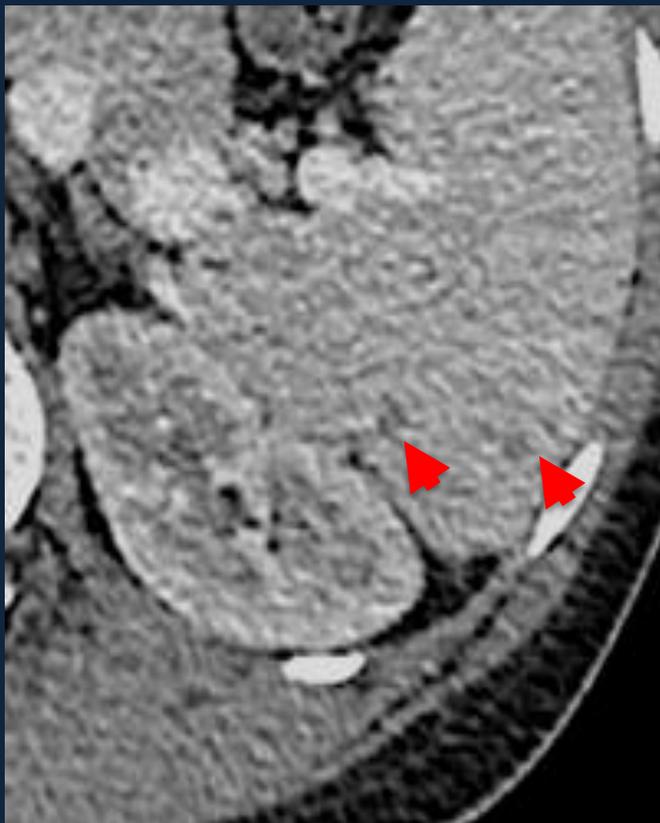


Figura 1



Figura 2

Microabscesos Esplénicos

- Se definen como lesiones líquidas menores a 10 mm.
- Se observan habitualmente en pacientes inmunocomprometidos con infecciones generalizadas.
- Suelen coexistir en hígado y bazo donde presentan características similares, y en algunos casos en parénquima renal cuando son de origen candidiásico.
- Su etiología puede ser piógena, micótica o tuberculosa.

Microabscesos Esplénicos

- La ecografía es el método inicial para estudiar esta patología con una sensibilidad y especificidad cercanas al 70%.
- Sin embargo la TC y RM con contraste endovenoso, poseen una sensibilidad del 90-100% siendo los métodos de elección para su estudio.

Microabscesos Esplénicos

- Por ecografía las lesiones se presentan como múltiples nódulos hipoeoicos homogéneos o levemente heterogéneos que se distribuyen difusamente en el parénquima esplénico.
- Tienen un diámetro aproximado de 5 a 20 mm dependiendo el origen etiológico.
- En algunos casos adoptan el aspecto en “ojo de buey”, con un centro ecogénico que se presume corresponde a pseudohifas en caso de micosis (flecha).

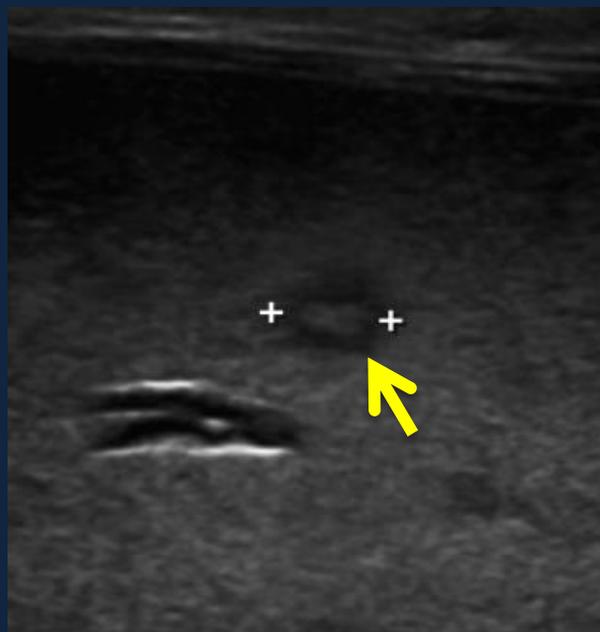


Figura 3

Microabscesos Esplénicos

- En TC se ven como múltiples nódulos hipodensos que no realzan con el contraste EV (flechas, fig. 4).
- Presentan paredes isodensas con el parénquima esplénico circundante, en algunos casos con un leve realce perilesional en fases arteriales que se homogeniza en las siguientes fases.

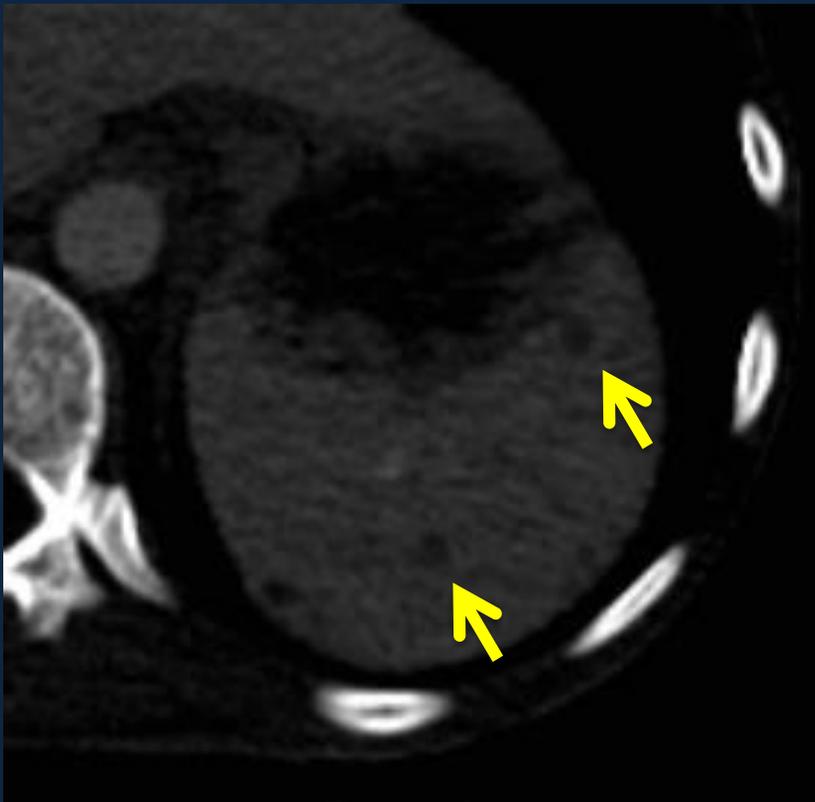


Figura 4

Microabscesos Piogénicos

- Se originan por diseminación hematológica bacteriana, traumas penetrantes, infecciones esplénicas primarias o por contigüidad.
- Sus agentes etiológicos más comunes son Streptococcus, Staphylococcus, E. coli y Salmonella.

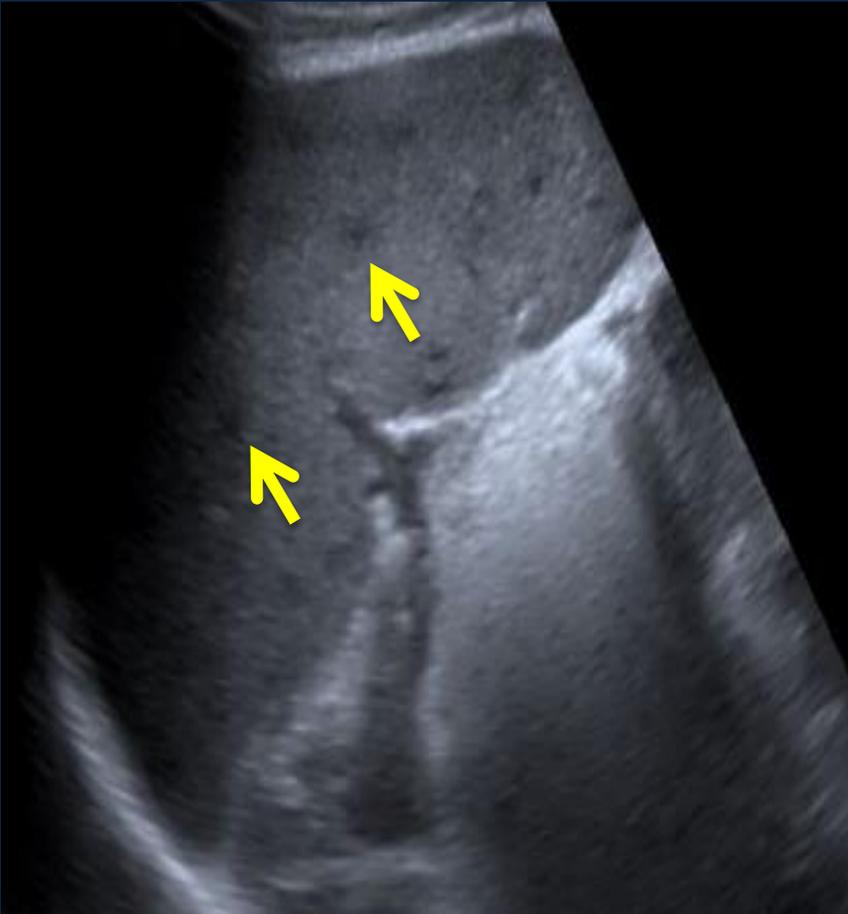


Figura 5



Figura 6

Microabscesos Piogénicos

Figura 5. Se observan múltiples lesiones hipoeoicas mal definidas en el parénquima esplénico menores a los 5mm con el transductor convexo (flechas).

Figura 6. Con el transductor lineal se identifican en dichas lesiones un centro de menor ecogenicidad que corresponde a necrosis (cabezas de flecha).



Figura 7

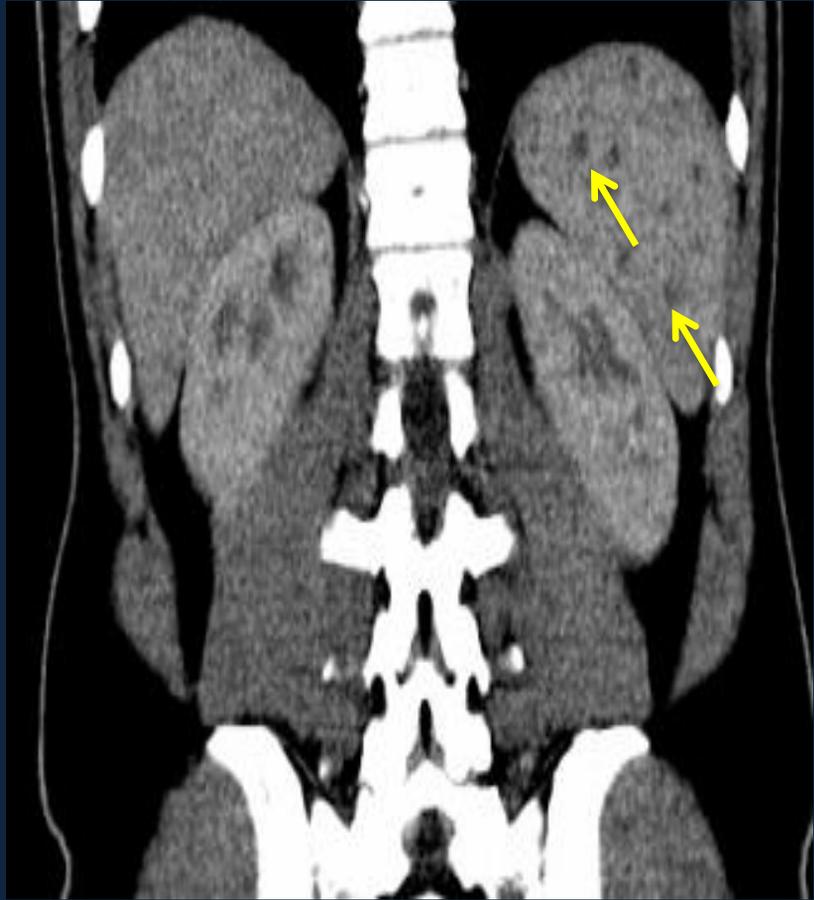


Figura 8

Reconstrucciones en planos sagital sin contraste (Figura 7) y coronal con contraste (Figura 8) donde se identifican múltiples áreas de baja densidad tras la administración del contraste EV, que afectan al parénquima esplénico en un paciente HIV positivo infectado con *Sthapyloccocus* (flechas).

En TC es habitual que las lesiones sólo sean evidentes tras la administración de contraste EV en fases portales.

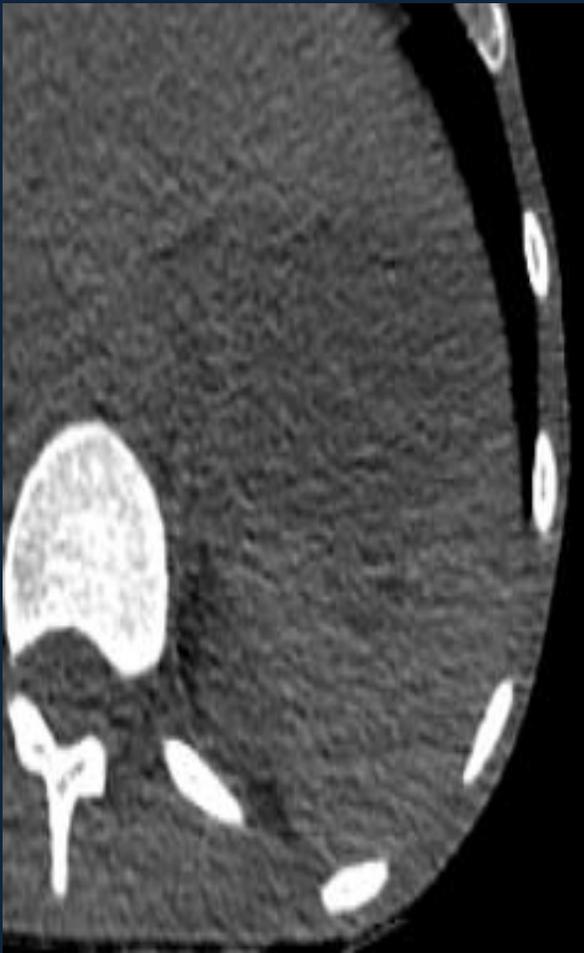


Figura 9



Figura 10

Microabscesos Estafilocócicos. Se observa en fase portal la presencia de múltiples lesiones milimétricas de baja densidad (Figura 10, flechas), no visualizadas en fase sin contraste (Figura 9).

Microabscesos Fúngicos

- Son más frecuentes en pacientes inmunosuprimidos.
- Por lo general son milimétricos y multifocales.
- Sus agentes etiológicos mas comunes son *Cándida Albicans*, *Aspergillus fumigatus* y *Criptococcus neoformans*.

Microabscesos Fúngicos

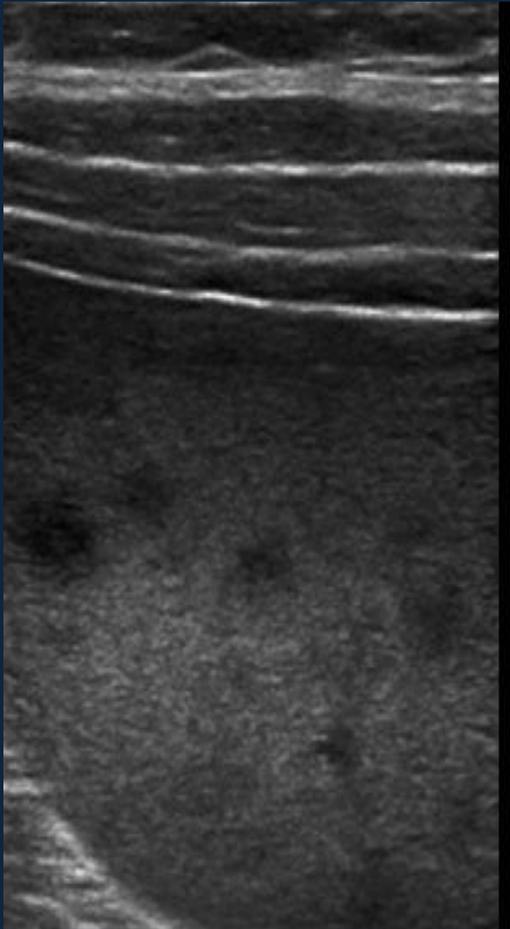


Figura 11



Figura 12

- Ecográficamente se observan como múltiples lesiones milimétricas hipocóicas, algunas con morfología en "diana" u "ojo de buey" (figura 11).
- En TC se observan mayor numero de lesiones en fase arterial que en fases portales (figura 12).

Microabscesos de origen Tuberculoso.

- Morfológicamente pueden ser micronodulares o macronodulares.
- El micronodular (o forma miliar) es el más común (Figura 13).
- Lo mas frecuente es que la afectación sea por vía hematógica desde un foco pulmonar primario.
- En formas crónicas pueden calcificar.

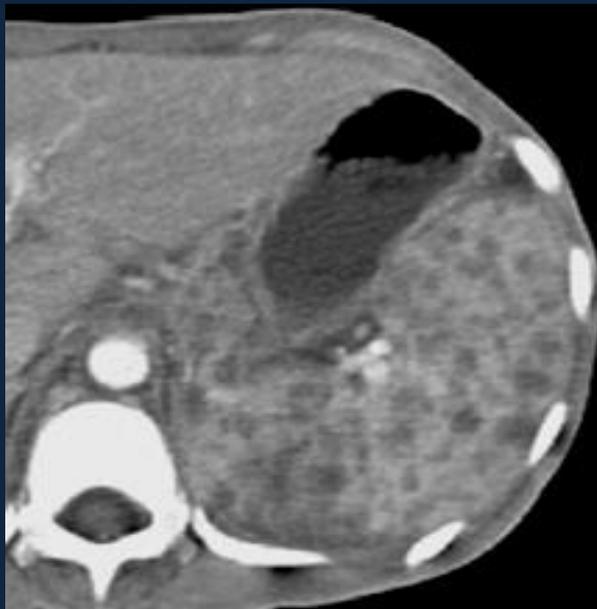


Figura 13

Conclusión

- Los microabscesos esplénicos son generalmente la manifestación de una infección sistémica (piógena, micótica, tuberculosa) en pacientes inmunocomprometidos que tiende a afectar también el parénquima hepático a través del circuito espleno-portal.
- Los estudios imagenológicos son una herramienta confiable a la hora del diagnóstico, siendo la TC y la RM los estudios recomendados para su mejor caracterización.

Bibliografía

- Murray J, Patel M. Microabscesses of The Liver and Spleen in AIDS: Detection with 5-MHz Sonography. RSNA, 1995.
- Bernabeu-Wittel J, Villanueva J. Etiology, Clinical Features and Outcome of Splenic Microabscesses in HIV-Infected Patients with Prolonged Fever. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 1999.
- Cornely O, Bangard C. Hepatosplenic Candidiasis. Clinical Liver Disease, 2015.
- Khaled M, Vamsidhar R. MR Imaging of the Spleen: Spectrum of Abnormalities. RSNA, 2005.
- Roque A, Gonzalez G. Absceso esplénico, reporte de caso clínico. Medigraphic, 2007.
- Garcia M, Trujillo O. Splenic abscess. Review of this subject. Revista Cubana de Medicina, 2014.
- Suarez T, Garcia V. Imaging in tuberculosis abdominal. Revista colombiana de radiología, 2010.
- Vancauwenberghe T, Snoeckx A. Imaging of the spleen: what the clinician need to know. Singapore Med J, 2015.