

## Absceso esplénico como hallazgo incidental en una paciente asintomática sometida a esplenectomía: reporte de caso

Splenic abscess as an incidental finding in an asymptomatic patient undergoing splenectomy: case report

Rogelio A. Flores-Arquieta <sup>1\*</sup>, Milton J. Abundez-Martínez <sup>2</sup>, Robert D. Arellano-López <sup>3</sup>, Edgar A. Gaytán-Robles <sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico residente de 3.º año de la especialidad de cirugía general. Hospital General de Zona N.º 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Boulevard Revolución, Colonia Torreón Jardín, 27100, Torreón, Coahuila. Identificador ORCID: [0009-0000-9992-2678](https://orcid.org/0009-0000-9992-2678)

<sup>2</sup>Médico residente de 4.º año de la especialidad de cirugía general. Hospital General de Zona N.º 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Boulevard Revolución, Colonia Torreón Jardín, 27100, Torreón, Coahuila. Identificador ORCID: [0009-0008-0078-3507](https://orcid.org/0009-0008-0078-3507)

<sup>3</sup>Médico residente de 3.º año de la especialidad de cirugía general. Hospital General de Zona N.º 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Boulevard Revolución, Colonia Torreón Jardín, 27100, Torreón, Coahuila. Identificador ORCID: [0009-0001-2014-746X](https://orcid.org/0009-0001-2014-746X)

<sup>4</sup> Médico pasante de servicio social. Universidad de Monterrey. Av. Ignacio Morones Prieto 4500 poniente, Col. Jesús M. Garza, San Pedro Garza García, Nuevo León, 66238. Identificador ORCID: [0009-0003-0148-6815](https://orcid.org/0009-0003-0148-6815)

\*Correo-e de autor(a) de correspondencia [drarquieta@outlook.com](mailto:drarquieta@outlook.com)

DOI: <https://doi.org/10.59420/remus.2.2025.291>

Recibido: 23/04/2025

Aceptado: 02/08/2025

### Resumen

El absceso esplénico es una entidad infrecuente, generalmente asociada con inmunosupresión, infecciones diseminadas o traumatismos. En este reporte se describe un caso atípico en una paciente de 48 años, sin antecedentes médicos relevantes, sometida a esplenectomía por sospecha de tumor esplénico, identificándose incidentalmente un absceso. El objetivo del estudio es documentar una presentación clínica inusual y discutir su abordaje diagnóstico y terapéutico. Se trata de un estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso. La paciente presentó dolor abdominal leve en hipocondrio izquierdo, sin síntomas sistémicos ni alteraciones en estudios de laboratorio. La tomografía reveló una lesión esplénica hipodensa, sin realce tras la administración de contraste, sugestiva de linfangioma. Se realizó esplenectomía electiva y el estudio histopatológico reportó un absceso esplénico con inflamación granulomatosa crónica y células gigantes tipo cuerpo extraño. La evolución postoperatoria fue favorable. Este caso resalta la importancia de considerar el absceso esplénico dentro del diagnóstico diferencial de lesiones esplénicas, incluso en pacientes inmunocompetentes y asintomáticos. La esplenectomía demostró ser una herramienta útil tanto diagnóstica como terapéutica. Se concluye que la documentación de casos atípicos contribuye al conocimiento clínico de entidades poco frecuentes y puede orientar futuras líneas de investigación.

**Palabras clave:** absceso esplénico, inmunocompetente, esplenectomía, bazo, reporte de caso

## Abstract

Splenic abscess is a rare condition, typically associated with immunosuppression, disseminated infections, or trauma. This case report describes an atypical case in a 48-year-old female patient with no significant medical history, who underwent splenectomy due to a suspected splenic tumor, with an incidental finding of a splenic abscess. The objective of this study is to document this unusual clinical presentation and discuss its diagnostic and therapeutic approach. This is a descriptive observational study presented as case report. The patient experienced mild abdominal pain in the left upper quadrant, without systemic symptoms nor laboratory abnormalities. Abdominal computed tomography revealed a hypodense splenic lesion without contrast enhancement, initially suggestive of a lymphangioma. An elective splenectomy was performed, and histopathological examination revealed a splenic abscess with chronic granulomatous inflammation and foreign-body-type giant cells. The postoperative course was uneventful. This case highlights the importance of considering splenic abscess in the differential diagnosis of splenic lesions, even in immunocompetent and asymptomatic patients. Splenectomy proved to be a valuable tool for both diagnosis and treatment. In conclusion documenting atypical cases contribute to the clinical knowledge of rare entities and may help guide future research directions.

**Keywords:** splenic abscess, immunocompetent, splenectomy, spleen, case report

## Introducción

El bazo, principal órgano del sistema retículo-endotelial, actúa como reservorio sanguíneo, filtro y componente clave de la defensa inmunitaria, desempeñando un papel relevante en los procesos inflamatorios.<sup>1</sup> El absceso esplénico es una condición infrecuente que,<sup>1-3</sup> por lo general, se presenta en pacientes inmunodeprimidos como consecuencia de una diseminación hematógena;<sup>1,4-6</sup> su frecuencia oscila entre 0.05 % y 0.7 %.<sup>2,7</sup> Este caso significó un desafío diagnóstico debido a su presentación clínica inespecífica en una paciente con otros síntomas acompañantes, quien fue sometida a una esplenectomía. Esta enfermedad, potencialmente mortal, puede presentar una evolución favorable si se establece un tratamiento oportuno. La esplenectomía se considera el abordaje terapéutico de elección para el absceso esplénico, mientras que el drenaje percutáneo representa una alternativa válida en casos seleccionados.<sup>3,8,10</sup>

## Presentación del caso

Paciente femenino de 48 años de edad, quien acudió a la consulta de cirugía general por dolor abdominal, referido por su médico familiar. Como antecedentes destacan hipertensión arterial sistémica y sobrepeso, y como principal antecedente quirúrgico tuvo colecistectomía laparoscópica realizada en 2010. El cuadro clínico inicia en agosto de 2023, con dolor localizado en hipocondrio izquierdo y otros síntomas acompañantes. A la exploración física, la paciente se encuentra consciente, orientada en las tres esferas, sin alteraciones en piel y tegumentos. Aparato cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, sin masas palpables, no visceromegalias, no plastrones ni datos de ocupación. La peristalsis está presente.

Los exámenes de laboratorio no muestran alteraciones (Tabla 1).

**Tabla 1.** Resultado de exámenes de laboratorio

Leucocitos $8.32 \times 10^3/uL$
Hemoglobina 11.2 g/dL
Hematocrito 36.2 %
Plaquetas $246 \times 10^3/uL$
Glucosa 97 mg/dL
Urea 25.7 mg/dL
Nitrógeno ureico 12 mg/dL
Creatinina 0.77 mg/dL
Proteína C reactiva 8 mg/L
Tiempo de protrombina 11.9 seg
Tiempo de tromboplastina parcial 25.8 seg
INR 1.12 seg

**Biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación**

Se realizó un ultrasonido abdominal que reporta un bazo de tamaño y morfología normales, con imagen hipoecoica de 3.4 x 3.6 cm, que muestra algunas áreas centrales sugestivas de necrosis. La tomografía simple y contrastada de abdomen evidencia un nódulo esplénico hipodenso, de bordes lobulados, sin realce al medio de contraste, con dimensiones de 58 x 53 x 46 mm, hallazgos sugestivos de linfangioma. Adicionalmente, se identifica además quiste hepático simple en segmento IV de 5 mm, sin dilatación de la vía biliar intrahepática y ausencia de vesícula biliar.

Con diagnóstico presuntivo de tumor esplénico en estudio, se decide intervención quirúrgica, realizándose esplenectomía mediante abordaje convencional por línea media. Durante el procedimiento se reporta bazo de 12 x 10 x 5 cm, con tumoración aperlada de 6 cm de diámetro en su polo inferior (Figura 1). No se documentan otros hallazgos intraoperatorios relevantes. La pieza quirúrgica se envía para estudio histopatológico definitivo.



**Figura 1.** Bazo, producto de esplenectomía

La paciente presentó una evolución postquirúrgica favorable, motivo por el cual fue dada de alta cuatro días después de la intervención, al evidenciarse mejoría clínica. Actualmente, continúa en seguimiento ambulatorio con evolución satisfactoria.

El estudio histopatológico de la pieza reportó un absceso esplénico de 6.7 cm de diámetro mayor (Figura 2), de bordes bien delimitados, con proceso inflamatorio crónico granulomatoso y presencia de células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño. La tinción de Ziehl-Neelsen resultó negativa.



**Figura 2.** Bazo, producto de esplenectomía seccionado para estudio histopatológico

## Discusión

El absceso esplénico es una entidad infrecuente, con una incidencia reportada entre 0.05 % y 0.7 %, <sup>2,7</sup> asociada típicamente a estados de inmunosupresión, trauma esplénico, infección diseminada o enfermedades hematológicas. <sup>1,2,4,5</sup>

Este caso destaca por su presentación atípica en una paciente sin antecedentes de inmunocompromiso ni factores predisponentes evidentes, lo cual representa una condición poco documentada en la literatura médica actual. <sup>4,5</sup>

La paciente acudió por dolor localizado en hipocostado izquierdo, sin fiebre, sin síntomas sistémicos y con exploración física y estudios de laboratorio sin hallazgos significativos, salvo una elevación moderada de proteína C reactiva (8 mg/L). Esta presentación inespecífica coincide con lo descrito por Radcliffe *et al.*, quienes señalan que la ausencia de síntomas clásicos puede retrasar el diagnóstico. <sup>4</sup>

El ultrasonido abdominal mostró una imagen hipoecoica con sugestivas de necrosis, mientras que la tomografía reveló un nódulo hipodenso esplénico, de bordes lobulados, sin realce al medio de contraste, inicialmente interpretado como sugestivo de linfangioma. Esta discordancia entre los hallazgos clínicos e imagenológicos representa un desafío frecuente en el abordaje de las masas esplénicas. <sup>6,9</sup>

Si bien el drenaje percutáneo ha sido propuesto como alternativa terapéutica en pacientes seleccionados, <sup>3,8,10</sup> en este caso se optó por realizar esplenectomía debido a la incertidumbre diagnóstica, el tamaño de la lesión y la posibilidad de una neoplasia esplénica.

El diagnóstico definitivo se estableció mediante estudio histopatológico, confirmando un absceso esplénico de 6.7 cm de diámetro mayor, con inflamación granulomatosa crónica y células gigantes tipo cuerpo extraño. La tinción de Ziehl-Neelsen negativa contribuyó a descartar etiología micobacteriana. Sin embargo, una limitación importante fue la imposibilidad de identificar un agente etiológico específico, lo cual puede observarse en hasta el 24 % de los casos, incluso con tinciones y cultivos adecuados. <sup>3,4</sup>

Dentro del diagnóstico diferencial se consideraron entidades como linfangioma, hemangioma e incluso linfoma esplénico. No obstante, la ausencia de captación de contraste, el patrón imagenológico y la evolución clínica sin deterioro sistémico hicieron menos probable una neoplasia maligna. Este caso ilustra cómo, ante lesiones esplénicas de etiología incierta, la esplenectomía puede cumplir un doble propósito: diagnóstico y terapéutico. <sup>6,8,9</sup>

Las implicaciones clínicas de este caso son relevantes, ya que resaltan la necesidad de considerar el absceso esplénico incluso en pacientes sin factores predisponentes clásicos. La evolución clínica favorable tras la intervención quirúrgica respalda que, en casos seleccionados, la esplenectomía continúa siendo una estrategia terapéutica segura y efectiva. <sup>3,8,10</sup>

Finalmente, el valor de este reporte radica en su contribución a la literatura médica, al documentar una presentación inusual de una entidad potencialmente mortal, <sup>2,3</sup> y recordar a los clínicos la importancia de una evaluación integral y un alto índice de sospecha ante lesiones esplénicas, aun en pacientes asintomáticos o con sintomatología mínima.

## Conclusión

El absceso esplénico, aunque infrecuente, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de lesiones esplénicas, incluso en pacientes inmunocompetentes y asintomáticos. Este caso se distingue por su presentación atípica y por el hallazgo incidental durante una esplenectomía realizada ante la sospecha de un tumor esplénico. La intervención quirúrgica permitió no solo resolver el proceso infeccioso, sino también establecer el diagnóstico definitivo ante un cuadro clínico e imagenológico incierto.

La principal enseñanza de este caso radica en la importancia de mantener un enfoque diagnóstico amplio ante la presencia de masas esplénicas, así como en reconocer el valor de la esplenectomía como herramienta diagnóstica y terapéutica. Este reporte busca fomentar la notificación de presentaciones subclínicas similares, con el objetivo de afinar los criterios de sospecha, fortalecer la correlación clínico-radiológica y respaldar la esplenectomía como una estrategia resolutive en escenarios de incertidumbre diagnóstica.

## Referencias

1. Olivares R, Contreras K, Farías G, Elgueda D. Anatomía comparada del bazo de la rata blanca (*Rattus norvegicus albinus*), una revisión de la literatura. *Int. J. Morphol.* 2023;41(6). <https://doi.org/10.4067/s0717-95022023000601727>
2. Lee MC, Lee CM. Splenic abscess: An uncommon entity with potentially life-threatening evolution. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2018;2018:8610657. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5830950/>
3. Çorbacı K, Gürleyik MG, Aktaş A. Splenic abscess: treatment options in a disease with high mortality. *BMC Infect Dis.* 2024 Oct 30;24(1):1222. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-10122-8>
4. Radcliffe C, Tang Z, Gisriel SD, Grant M. Splenic abscess in the new millennium: A descriptive, retrospective case series. *Open Forum Infect Dis.* 2022 Apr;9(4):ofac085. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac085>
5. Chadha A, Joshi S, Ghumman JK. Conservative management of a rare contiguously spread splenic abscess. *Cureus.* 2023 Mar 23;15(3):e50747. <https://doi.org/10.7759/cureus.50747>
6. Bona R. Elective splenectomy (diagnostic or therapeutic). UpToDate. 23 de enero de 2025. [https://www.uptodate.com/contents/elective-diagnostic-or-therapeutic-splenectomy?search=absceso%20esplenico&source=search\\_result&selectedTitle=3%7E39&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate.com/contents/elective-diagnostic-or-therapeutic-splenectomy?search=absceso%20esplenico&source=search_result&selectedTitle=3%7E39&usage_type=default&display_rank=3)
7. Montero M, Brizuela M. Absceso esplénico. Caso clínico. *Rev Med Cos.* 2013;17(2):305-308. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132r.pdf>
8. Owolabi M, Ali R, Paige A, Muhanna A, Slim J. Splenic abscess: a rare complication of bacterial pneumonia. *Cureus.* 2023 Feb 18;15(2):e35432. <https://doi.org/10.7759/cureus.35432>
9. Bona R. Splenomegaly and other splenic disorders in adults. UpToDate. 19 de febrero de 2025. [https://www.uptodate.com/contents/splenomegaly-and-other-splenic-disorders-in-adults?sectionName=Abscess%20and%20infarction&search=absceso%20esplenico&topicRef=117640&anchor=H7419-89576&source=see\\_link#H741989576](https://www.uptodate.com/contents/splenomegaly-and-other-splenic-disorders-in-adults?sectionName=Abscess%20and%20infarction&search=absceso%20esplenico&topicRef=117640&anchor=H7419-89576&source=see_link#H741989576)
10. Gutama B, Wothe JK, Xiao M, Hackman D, Chu H, Rickard J. Splenectomy versus imaging-guided percutaneous drainage for splenic abscess: a systematic review and meta-analysis. *Surg Infect (Larchmt).* 2022;23(5):417. <https://doi.org/10.1089/sur.2022.072>