

CASO CLÍNICO: LOEs ESPLÉNICAS CON FIEBRE

Pablo Ortiz de Urbina Fernández (R5 – Medicina Interna)

Paula Dios Díez (FEA – Medicina Interna)

Servicio de Medicina Interna - 6 de noviembre de 2024



01.

VARÓN DE 57 AÑOS

Consulta por **FIEBRE**



ANTECEDENTES PERSONALES



Profe educación física
Salidas al campo

INFECC.

H. pylori no erradicado tras 3 tandas
Manipulación dental 3 meses

TTO

Atorvastatina 10 mg

FRCV

Exfumador. 1 vino en comidas
DLP en tratamiento.

IQ

LCA izquierdo
Angiomiolipoma renal

EDAD

57

GÉNERO

HOMBRE

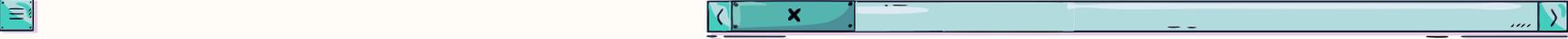
ALERGIAS

NINGUNA

PROCEDENCIA

LEÓN





HISTORIA ACTUAL

1. **Fiebre diaria de 3 semanas de evolución**, sin predominio horario, bien tolerada, sin escalofríos. No sudoración, no prurito.
 2. Desde hace 1 semana, **dolor en epigastrio, hipocondrio y vacío izquierdos**, intermitente, sin relación con las deposiciones, sin alteración del ritmo intestinal ni del aspecto de las heces. No vómitos.
 3. Anorexia con **pérdida de unos 3 kg** en este tiempo.
 4. No viajes recientes, no contacto con animales.
- 

EXPLORACIÓN FÍSICA



BEG. COC. Eupneico sin O₂. Bien hidratado y perfundido. Buena coloración de piel y mucosas.

Cavidad oral: caries, sin otros hallazgos relevantes.

Adenopatías axilares derechas 2-3 cms.

ACP: rítmico, no soplos. MVC.

Abdomen: blando, **doloroso a la palpación profunda en vacío izquierdo**. Sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias. RHA normales. PPRB -.

EEl: sin hallazgos.

Sin focalidad neurológica.

No lesiones cutáneas.

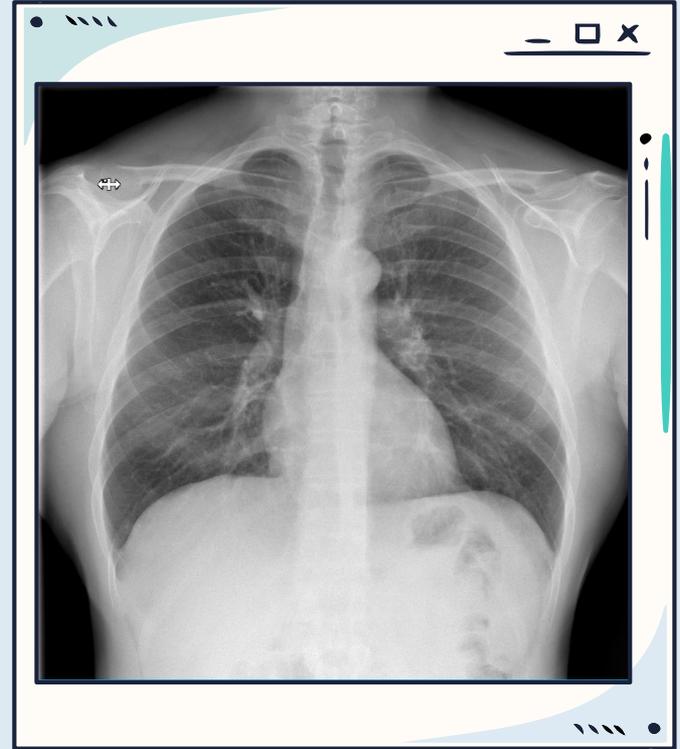


PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Glucosa 74, urea 36, FG 87, **LDH 280**, **PCR 87**, transaminasas e iones normales. Hemograma: leucos 7100 (**5800 neutrófilos**), Hb 14.2, plaq 302. Coagulación: TP 100%, INR 1.



RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

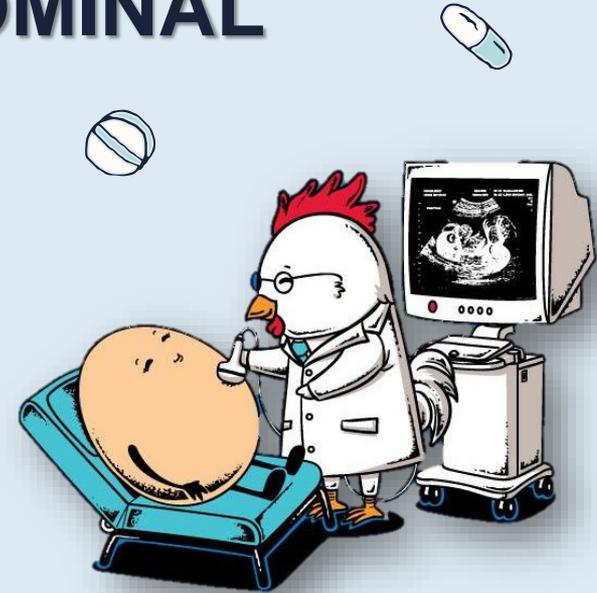


RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN



ECOGRAFÍA ABDOMINAL

1. Bazo de tamaño normal, de 11.5 cm, distribuidas por su parénquima **múltiples lesiones nodulares hipocogénicas** de distinto tamaño, la mayoría milimétricas, y siendo la de mayor tamaño de 1.7 cm. No presentan vascularización al estudio Doppler color, aunque hay ligero aumento de la vascularización circundante. Estos hallazgos sugieren como **primera posibilidad abscesos múltiples**.
2. Hígado de tamaño y ecoestructura normales, con múltiples imágenes nodulares hiperecogénicas compatibles con **angiomas**, el de mayor tamaño uno de 1,4 cm en el segmento II y otro de 1,1 cm en el segmento VII. Porta permeable, de calibre normal y flujo hepatópeto.
3. Vesícula y vía biliar de características ecográficas normales. **Páncreas de morfología y ecogenicidad normales**. Aorta abdominal de calibre normal.
4. Riñones de tamaño y morfología normales, con adecuado grosor cortical y buena diferenciación córtico-medular, sin dilatación de la vía urinaria.



RESUMEN

LESIONES NODULARES BAZO

*"Primera posibilidad
abscesos múltiples"*

3 semanas evolución,
bien tolerada.
Anorexia, pérdida 3 kg

FIEBRE + ESTADO GENERAL

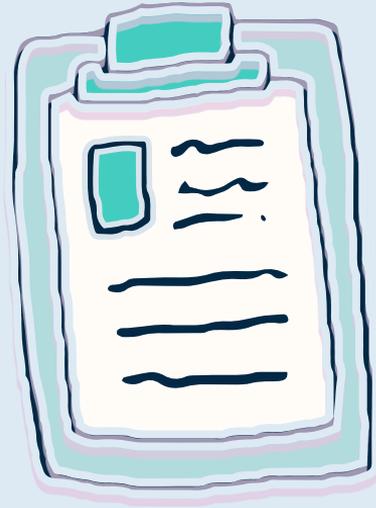
ADENOPATÍAS

Adenopatías axilares
derechas 2-3 cms



02.

LESIONES NODULARES ESPLÉNICAS



LESIONES NODULARES ESPLÉNICAS

Cualquier alteración parenquimatosa que condiciona una pérdida en la homogeneidad del bazo (sobre todo en los estudios con contraste).



LESIONES VASCULARES

Infarto esplénico, aneurismas esplénicos (*alta proporción múltiples*)



LESIONES SÓLIDAS

Tumores malignos: SLP, tricoleucemia, Hodgkin, linfoma esplénico, metástasis.
Hemangiomas, hematopoyesis extramedular, enfermedad de Gaucher, sarcoidosis.



LESIONES QUÍSTICAS

Quistes: hidatidosis | Pseudoquistes: pseudoquiste pancreático, peliosis esplénica, metástasis quísticas, absceso piógeno, microabscesos, granulomas



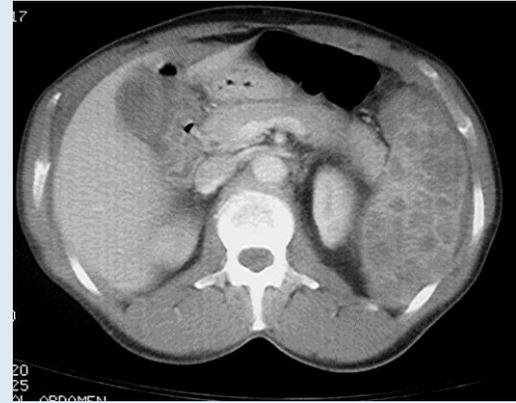
ABSCESO ESPLÉNICO

1. Poco frecuente, habitualmente por diseminación hematógica (75%), traumatismo o infarto.
2. **Factores de riesgo:** endocarditis (5% de los casos), UDVP, neoplasias y anemia de células falciformes.
3. Puede ser complicación pancreatitis (contigüidad).
4. Suelen ser únicos, aunque también múltiples, multiloculados...
5. **Tríada** de fiebre recurrente o persistente a pesar del ATB + dolor en hipocondrio izquierdo (con o sin esplenomegalia) + leucocitosis (presente solo en 1/3 casos).
 - a. Puede haber derrame pleural izdo, e infarto esplénico si debido a émbolo séptico.
6. **Interesante drenaje percutáneo**, pero contraindicado en abscesos múltiples, poca definición de lesiones, acceso difícil...
7. Germen causales: gérmenes de endocarditis, anaerobios, hongos, 50% abscesos son polimicrobianos. Causas más raras: micobacterias, actinomicas y Burkholderia.
8. Si no respuesta a antibioterapia empírica: considerar hongos, TBC o actinomicas



PELIOSIS ESPLÉNICA

1. Múltiples cavidades quísticas rellenas de sangre en el parénquima de un órgano, por dilatación de sinusoides (en hígado o bazo).
 - a. La peliosis esplénica exclusiva es muy rara.
2. En **enfermedad de Hodgkin, mieloma, neoplasias diseminadas, tuberculosis**, alcoholismo crónico, fármacos (anticonceptivos orales, anabolizantes, corticoides, tamoxifeno, azatioprina) e **infección por Bartonella henselae** o infecciones oportunistas en pacientes VIH.
3. Asintomática, pero es potencialmente grave por el riesgo de rotura del órgano.



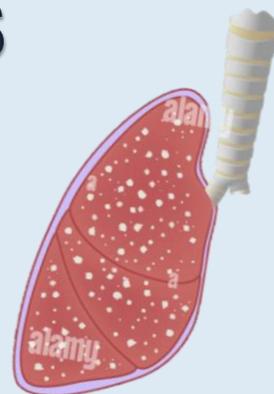
OTRAS INFECCIONES

1. MICROABSCESOS/GRANULOMAS POR MICOBACTERIAS

- Muy frecuente afectación esplénica en TBC diseminada.
- Frecuente afectación nodular multiple.
- TBC pero también MAI.
- Asociación VIH

2. MICROABSCESOS POR HONGOS

- Candida spp, Aspergillus spp, Cryptococcus spp, en pacientes con inmunosupresión.
- Múltiples lesiones de 5-10 mm en diana, hipoeogénicas con centro hipereogénico con realce periférico en anillo.
- Candidiasis hepatoesplénica de presentación en la recuperación de la neutropenia debida al tratamiento de una neoplasia hematológica maligna.



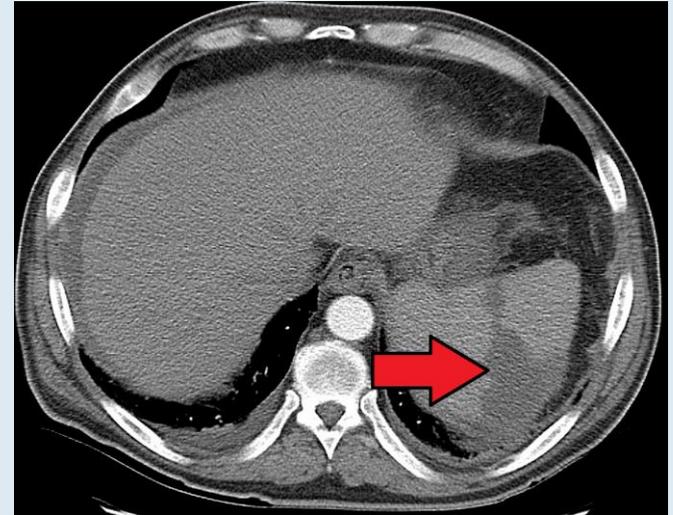
TUMORES

1. Tumores primarios del bazo pueden ser:
 - a. Linfoides: afectan pulpa blanca
 - i. Muy típica apariencia micronodular de neoplasias linfoides en parénquima esplénico
 - b. Vasculares: afectan pulpa roja
 - i. Linfangiomas, hemangiomas, hamartomas, *hemangiosarcomas*
2. **Mucho más frecuentes neoplasias secundarias**
 - a. **Afectación esplénica es común en mielofibrosis, linfomas y leucemias (LMA).**
 - i. Lesiones esplénicas focales sobre esplenomegalia difusa deben hacer pensar en linfoma, sarcoidosis o Gaucher.
 - b. Metástasis: pulmón, mama, ovario, hígado, páncreas...
 - i. Cuando existen metastasis esplenicas generalmente afectación a otros niveles: ganglios, hígado, pulmón → peor pronóstico
 - ii. Pueden ser quísticas, múltiples y tener realce periférico



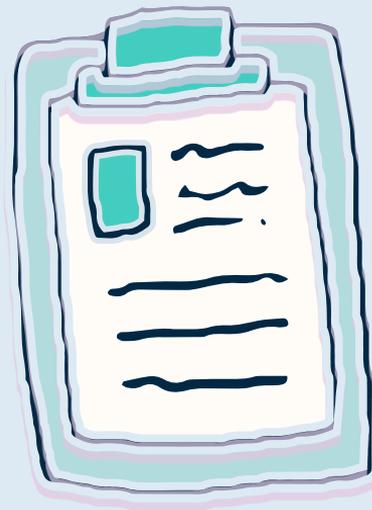
INFARTO ESPLÉNICO

1. Dolor agudo en hipocondrio izquierdo, habitualmente **sin fiebre**.
2. Mecanismos:
 - a. **Estados de hipercoagulabilidad** (p.ej., **neoplasia**, SAF)
 - b. **Embolización** (fibrilación auricular, **endocarditis**)
 - c. **Trastornos mieloproliferativos** con esplenomegalia a veces masiva-, *hemoglobinopatías como la drepanocitosis*
 - i. *Predisponente a infecciones...*
 - d. Traumatismo con compromiso vascular.

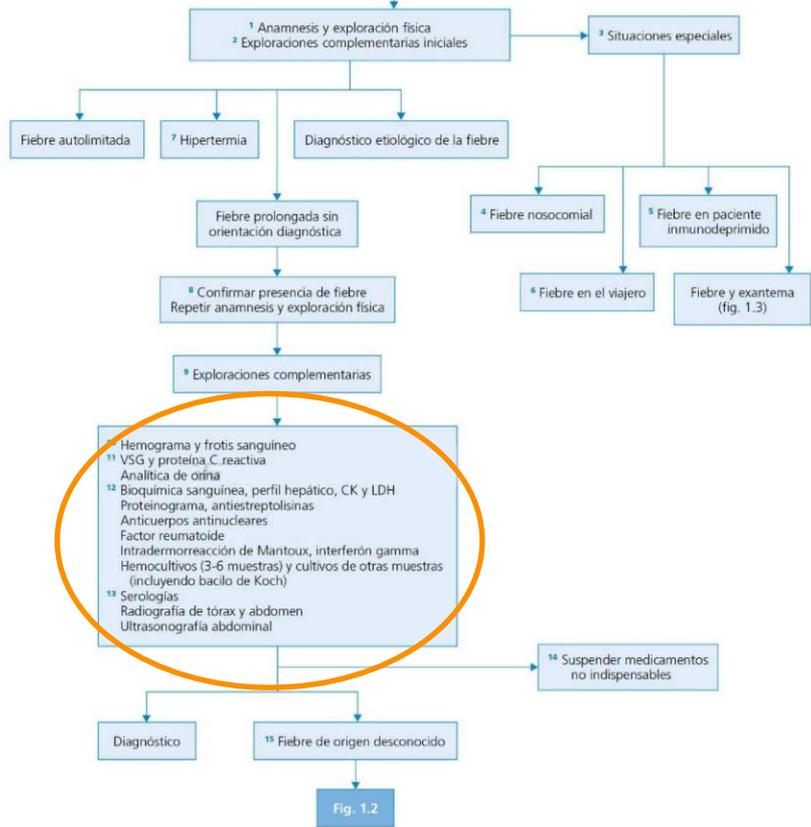


03.

FIEBRE



FIEBRE



1 FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

Primer nivel

Repetir anamnesis y exploración física (v. llamadas 1 y 8 de fig. 1.1)

Exploración ginecológica y ORL
Estudios de laboratorio
T₃, T₄, TSH
Anti-DNA, anti-ENA, ANCA, C3, C4, CH50
Crioglobulinas, inmunoglobulinas
Enzima convertora de la angiotensina
Repetir serología para rickettsias, clamidias, *Mycoplasma pneumoniae*, citomegalovirus, toxoplasmosis, *Borrelia burgdorferi*
Cultivo en medios especiales
Proteína C reactiva para *M. tuberculosis* u otros gérmenes
Sangre oculta en heces
2 Estudios de imagen
Radiografía de tórax y senos paranasales
Ecocardiografía
TC torácica y abdominopélica
RM
Gammagrafía con ^{99m}Tc, ⁶⁷Ga o ¹¹¹In
PET

Descartar causas de FOD benigna

Elevación febril intensa
4 Fiebre facticia (autoprovocada)
Fiebre simulada
Fiebre real autoinducida
Granuloma dental
5 Fiebre en relación con ocupaciones diversas
Fiebre por vapores de polímeros
Fiebre por humos de metales
Neumonitis por hipersensibilidad
Enfermedades cutáneas que interfieren la termorregulación (eccema extenso, ictiosis difusa)
6 Fiebre periódica benigna
Febrícula
Exageración del ritmo circadiano de la temperatura corporal

2 Infecciones

Tuberculosis
Absceso intraabdominal
Endocarditis infecciosa y otras infecciones intravasculares
Osteomielitis
Infección del tracto hepatobiliar
Infección del tracto genitourinario
Fiebre Q
Brucelosis
Infección vírica (mononucleosis infecciosa, CMV)
Granuloma y/o absceso dental
Sinusitis

Otras infecciones (parásitos, clamidias, micoplasmas, *Borrelia*, hongos)

Neoplasias

Hematológicas (linfomas, leucemias)
Sólidas (hiperplasia, carcinoma hepatocelular, metástasis hepáticas, mioma auricular, otras)

Enfermedades sistémicas

LES
Arteritis de células gigantes
Enfermedad de Still del adulto
Artritis reumatoide
Poliarteritis nodosa
Vasculitis por hipersensibilidad
Sarcoidosis
Enfermedad inflamatoria intestinal
Enfermedades autoinflamatorias
Otras

Miscelánea

Hepatitis granulomatosa
Hepatitis alcohólica
Tromboembolismo pulmonar
Síndrome de fatiga crónica
Fiebre medicamentosa
Fiebre simulada
Tiroiditis
Otras
Sin diagnóstico

Segundo nivel

7 Biopsias
Hepática
Cresta ilíaca
Arterias temporales
Ganglios linfáticos
Músculo (grupo muscular doloroso)
Piel, nervio (si se sospecha vasculitis)
Pleural o pericárdica

Otros estudios
Endoscopia digestiva
Broncoscopia
Arteriografía renal y mesentérica
Punción lumbar
TC craneal
Gammagrafía pulmonar de V/Q
Ecografía-Doppler de miembros inferiores

3 Tercer nivel

Deterioro del estado general

Buen estado general

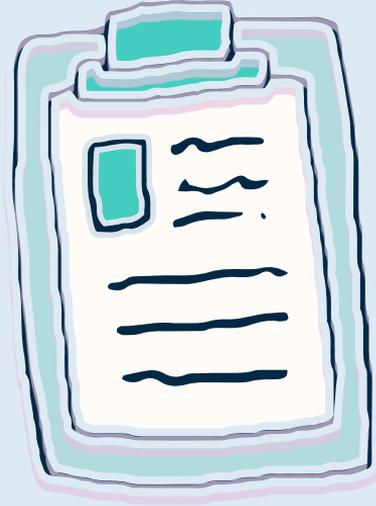
8 Laparotomía exploradora y toma de biopsias

9 Prueba terapéutica

Conducta expectante y seguimiento

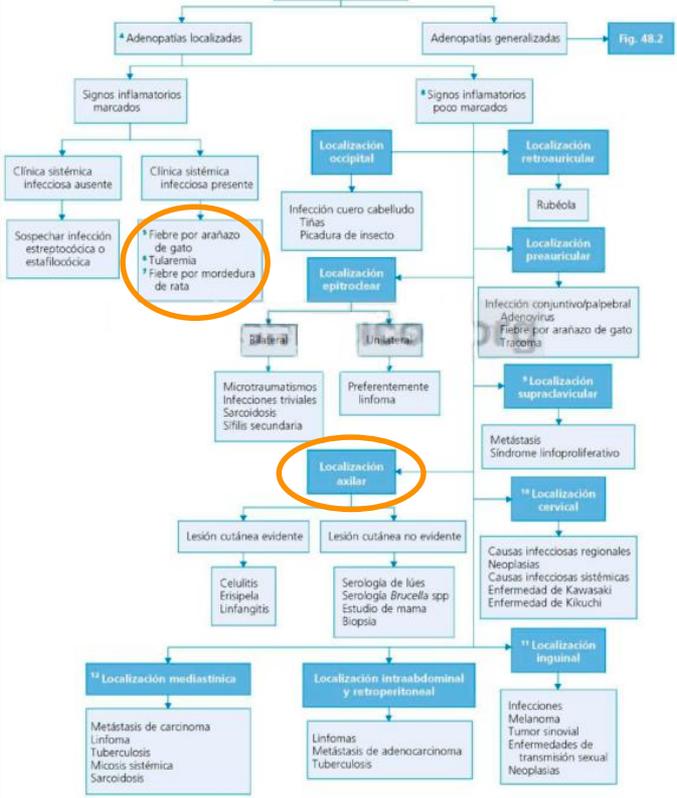
04.

ADENOPATÍAS



ADENOPATÍAS

1 Historia clínica
2 Exploración física
3 Tamaño
4 Características físicas
5 Localización



CONCLUSIONES

INFECCIÓN

- **DESCRIPCIÓN RAYOS + FIEBRE**
 - *No factores predisponentes claros*
 - Búsqueda de foco a distancia (endocarditis?, manipulac. dental)
 - ¿Aspirado de lesiones? Difícil
 - Solicitar cultivos y despistaje micobacterias
 - ¿Causas atípicas (bartonella...)

TUMORAL

- **LESIONES ESPLÉNICAS + ADENOPATÍAS + ¿SÍNTOMAS B?**
- Biopsia de adenopatía axilar

PRUEBAS A REALIZAR

TAC

Caracterizar lesiones
Guiar posible biopsia
Complicaciones a otros niveles (páncreas, hígado, otras adenopatías...)

HEMOCULTIVOS

Picos febriles repetidos
No otra focalidad para recoger otros cultivos dirigidos.

SEROLOGÍAS

VIH, hepatitis, bartonella, borrelias, leishmanias...
Micobacterias: IFN-TB, Mantoux

BIOPSIA

Adenopatía axilar accesible
¿Linfoma? (*síntomas B*)

ECOCARDIO

¿Lesiones embólicas en bazo?

OTRAS

ECA, frotis en sangre periférica...
PET-TC



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Kamaya, A., Weinstein, S., & Desser, T. S. (2006). Multiple Lesions of the Spleen: Differential Diagnosis of Cystic and Solid Lesions. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*, 27(5), 389–403. doi:10.1053/j.sult.2006.06.004
2. A. Kamaya, S. Weinstein, and T.S. Desser Multiple Lesions of the Spleen: Differential Diagnosis of Cystic and Solid Lesions
3. Lotfollahzadeh S, Mathew G, Zemaitis MR. Splenic Abscess. [Updated 2023 Jun 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519546/>
4. Ooi, D.Q.H., Ooi, J.Q.C. and Ooi, L.L.P.J. (2024), Splenic abscesses in the new millenium – a systematic review. *ANZ Journal of Surgery*, 94: 1702-1709. <https://doi.org/10.1111/ans.19178>



Sesión clínica
Medina Interna

Pablo Ortiz de Urbina Fernández

Paula Dios Díez

Evolución clínica



HC



Eco

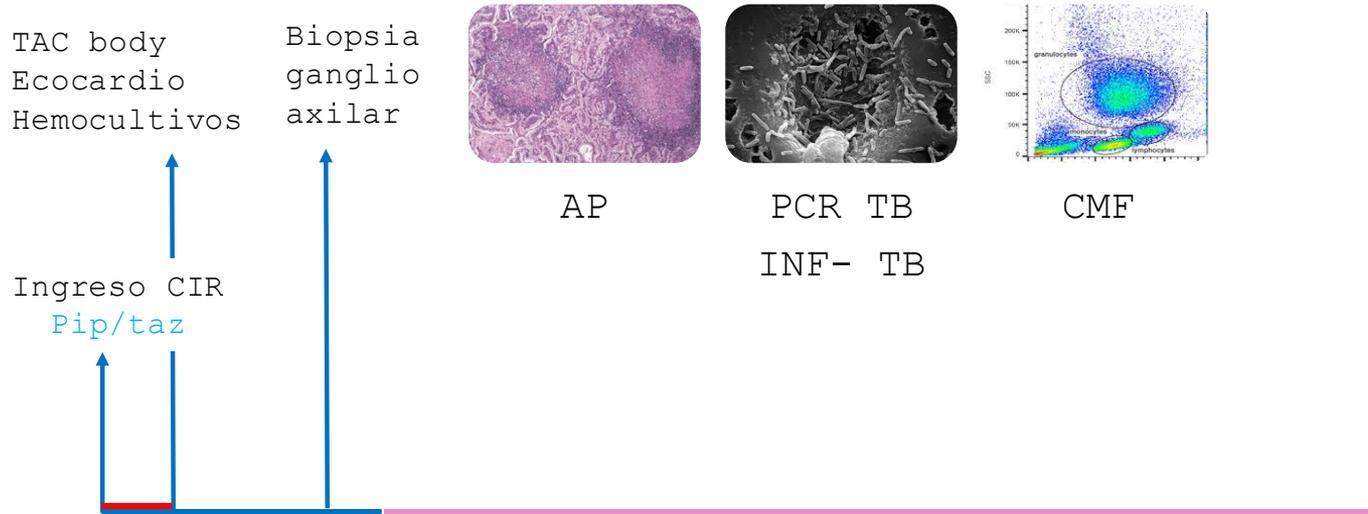


TAC

Ingreso CIR
Pip/taz



Evolución clínica



Evolución clínica



Evolución clínica



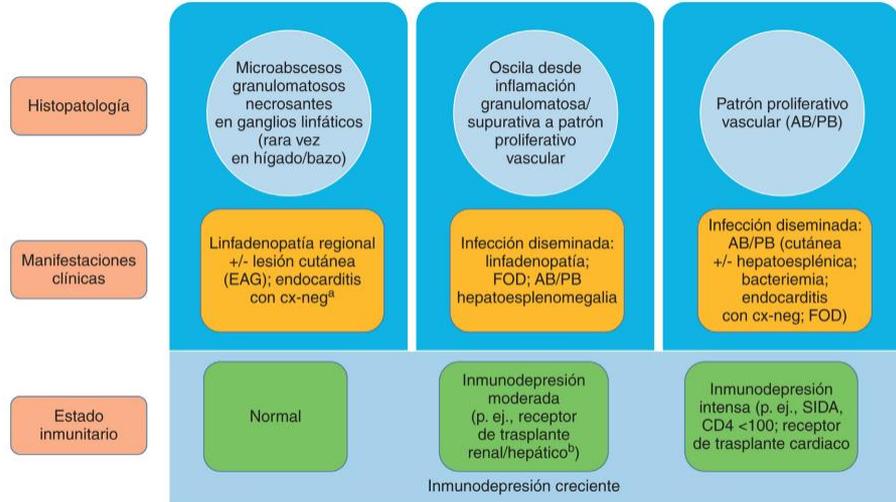
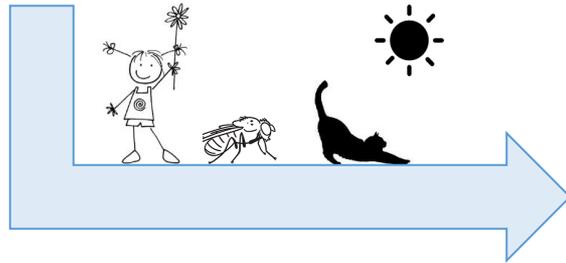
Infección por *Bartonella henselae*

Epidemiología

TABLA 234.1 Especies de *Bartonella* descritas en la actualidad como potenciales patógenos humanos

Reconocidas como patógenos humanos

Bartonella bacilliformis
Bartonella henselae
Bartonella quintana



Síndrome Parinaud

Clínica variada en función del estado inmunitario y la especie

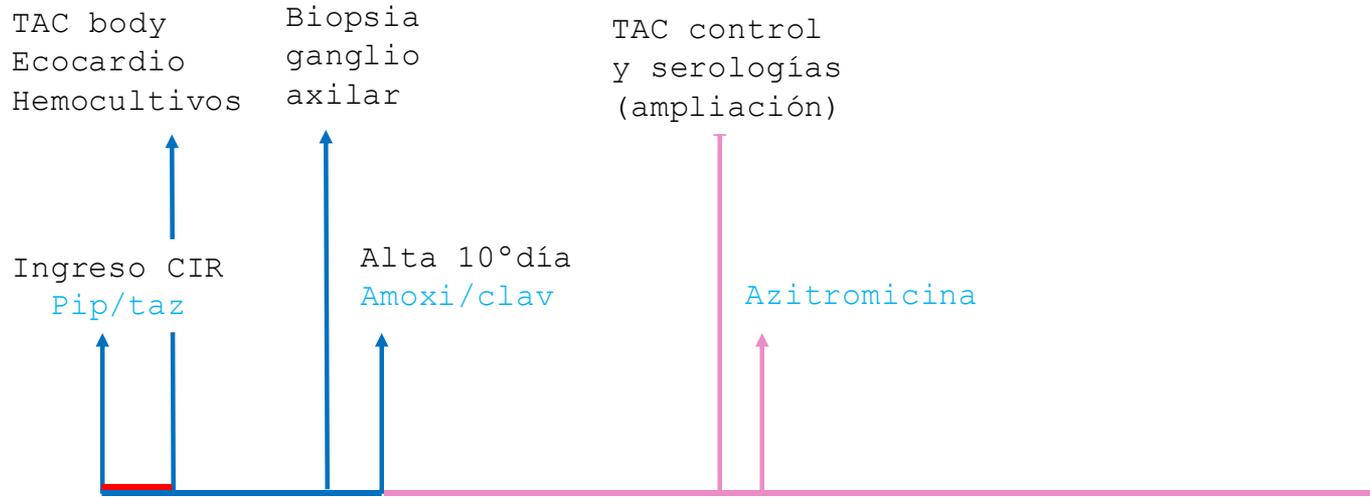
Infección por Bartonella henselae

Diagnóstico



- Serología (x4 títulos)
- Anatomía patológica
- Técnicas moleculares

Evolución clínica



Evolución clínica

TAC body
Ecocardiio
Hemocultivos

Biopsia
ganglio
axilar

TAC control
y serologías
(ampliación)

Ecografías
control

Ingreso CIR
Pip/taz

Alta 10º día
Amoxi/clav

Azitromicina

Mes	IgG	IgM
+1	1/1260	1/400
+2	1/1280	1/1200
+6	1/320	negativo
+12	negativo	negativo



23/3: varias lesiones milimétricas hipocogénicas, en relación con abscesos esplénicos ya conocidos, el de mayor tamaño de 9 mm



5/5: 3 lesiones de 11 mm, 6 mm y 9 mm.



11/10: ecografía normal

Infección por Bartonella henselae

Tratamiento: inmunocompetentes



Autolimitado

Enfermedad extensa

Endocarditis



No tratamiento

Azitromicina ¿5 días? 4-6 semanas

Doxiciclina+/-Rifampicina ó Gentamicina.
6 semanas