



Editorial: Hospital Metropolitano

ISSN (impreso) 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303

Edición: Vol. 28 N° 1 (2020) enero-marzo

DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol28/1/2020/20-24>

URL: <http://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/4>

Pág: 20-24

Fístula gastroesplénica por linfoma de células B. Reporte de un caso

Gastro-splenic fistula due to B-cell lymphoma. Case report

Dr. Felipe Pacheco Barzallo¹ , Dr. Williams Arias Garzón² , Dr. Felipe Pacheco Granda³ , Camila Pacheco Granda⁴ , Dr. Jhony Delgado Salazar⁵ 

Cirujano General, Médico Tratante Servicio de Cirugía General del Hospital Metropolitano de Quito-Ecuador¹; Cirujano Oncólogo, Médico Tratante, Servicio de Cirugía del Hospital de la Policía Nacional, Quito-Ecuador²; Residente de primer año, Servicio de Cirugía de Tucson Medical Center, Universidad de Arizona, USA.³; Estudiante de Medicina, Quinto año, Universidad San Francisco Quito-Ecuador⁴; Residente de tercer año Cirugía General, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Hospital Metropolitano, Quito-Ecuador⁵

Recibido: 18/11/2019 Aceptado: 27/11/2019 Publicado: 01/01/2020

RESUMEN

El absceso esplénico es una patología poco frecuente; su incidencia es baja (0,2 a 0,7%)^{1,2}; por tanto, es importante individualizar el tratamiento, buscar su causa y ofrecer al paciente el mejor manejo. Hasta hace algunos años, un absceso esplénico se lo trataba siempre mediante esplenectomía; sin embargo, actualmente, debido a la importante función inmunitaria del bazo, su extirpación quirúrgica es la última alternativa. Inicialmente, se debe intentar tratamiento médico con antibióticos de amplio espectro; luego probablemente se requiera pensar en el drenaje guiado por tomografía y, finalmente, la tercera opción es la esplenectomía. En este artículo presentamos el caso de un paciente con un absceso esplénico grande (aproximadamente 550 ml) del polo superior, secundario a un linfoma esplénico abscedado que fistulizó hacia el fondo gástrico. A propósito de este paciente, revisamos la literatura médica y realizamos algunas recomendaciones para el manejo de esta patología.

Palabras claves: absceso esplénico, linfoma de células B, fístula gastroesplénica.

ABSTRACT

Splenic abscess is a rare condition with a low incidence (0,2 to 0,7%)^{1,2}. It is important to individualize treatment, seek its source and offer the patient the best management. Until a few years ago a splenic abscess was always treated with splenectomy. Nowadays, due to the important immune function of the spleen surgical removal is the last alternative. Initially medical treatment with broad spectrum antibiotics should be attempted. The next step is usually tomography-guided drainage. The last step used if other methods fail is splenectomy. In this article we present a case of a patient with a large splenic abscess (550 ml approximately) from the upper pole secondary to B cell lymphoma that fistulized towards the gastric fundus. We reviewed the current medical literature regarding this pathology and the current treatment algorithm.

Keywords: splenic abscess, B cell lymphoma, gastrosplenic fistula.

IDs Orcid

Felipe Pacheco Barzallo:

<https://orcid.org/0000-0002-8592-3335>

Williams Arias Garzón:

<https://orcid.org/0000-0002-4510-3682>

Felipe Pacheco Granda:

<https://orcid.org/0000-0001-7535-8830>

Camila Pacheco Granda:

<https://orcid.org/0000-0003-4788-378X>

Jhony Delgado Salazar:

<https://orcid.org/0000-0003-3473-7679>

Correspondencia: Dr. Jhony Delgado Salazar
Teléfonos: (593) 995670473
e-mail: jhonybrown_85@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El absceso esplénico es una entidad poco común; su incidencia es de 0,2 a 0,7%^{1,2}. Usualmente es el resultado de bacteremia en los pacientes con procesos infecciosos generalizados, en otras ocasiones se produce por extensión al bazo desde un foco infeccioso vecino; v.gr.: estómago, colon, riñón izquierdo, epiplón, etc. En las últimas décadas se ha diagnosticado abscesos esplénicos con mayor frecuencia en los pacientes inmunocomprometidos. Para el diagnóstico temprano y oportuno se requiere de un alto índice de sospecha y de algunos exámenes sanguíneos y radiográficos. Después de reconocer la importancia inmunitaria del bazo, la posibilidad de sepsis post-esplenectomía y la tasa de mortalidad del procedimiento quirúrgico se incrementa hasta 17 veces comparada con la población general³. Por tanto, hay una tendencia a favorecer los tratamientos conservadores del órgano; es decir, el tratamiento antibiótico y el drenaje percutáneo del absceso, evitando la esplenectomía. Hemos revisado el tema haciendo énfasis en las estrategias terapéuticas. Para esto, se diseñó una búsqueda, en las principales bases de datos disponibles, relacionada con absceso esplénico, linfoma esplénico, esplenectomía y fístula gastroesplénica. De manera subsecuente a la revisión de la bibliografía consultada, queremos proponer algunas recomendaciones para esta patología.

CASO CLÍNICO

Paciente de 62 años de edad, mestizo, sin antecedentes patológicos de importancia, que acude al Hospital Metropolitano de Quito presentando fiebre vespertina y nocturna esporádicamente durante los últimos 3 meses. El paciente se automedicó paracetamol considerando que era una infección viral aguda; sin embargo, debido a la persistencia de los síntomas y ocasional dolor en el hipocondrio izquierdo busca atención médica especializada. Al ingreso llama la atención una importante leucocitosis de 18.000/mm³ con neutrofilia (82%), signos vitales normales y temperatura de 36,8 °C. En el ultrasonido de abdomen se observa una imagen compatible con absceso esplénico, y la tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis constatan el absceso cuyo volumen aproximado es de 550 ml.

Se inicia antibioticoterapia de amplio espectro (cefalosporina de tercera generación más metronidazol) durante 72 horas para valorar la respuesta terapéutica. Luego de 72 horas se realizó un nuevo rastreo tomográfico que no evidenció cambios del tamaño ni de la consistencia del absceso; por este motivo, se procede a realizar la punción guiada por tomografía computarizada (TC). El procedimiento se realiza sin mayores inconvenientes; se obtiene aproximadamente 450 ml de líquido purulento en un lapso de 6 días a partir del día de la punción.

En el subsiguiente control tomográfico, con material de contraste hidrosoluble por vía oral, se observa el paso del contraste desde el fondo gástrico hacia el polo superior del bazo. Inmediatamente se realiza una endoscopia digestiva alta que evidencia un trayecto fistuloso entre el bazo y el fondo gástrico y mide aproximadamente 2 cm de diámetro.

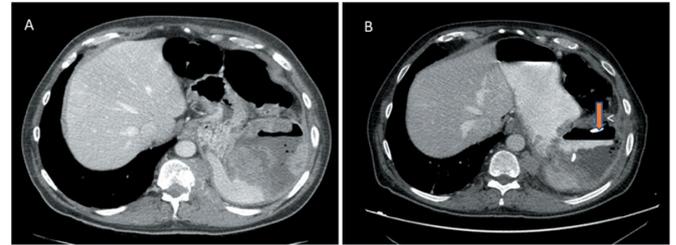


Figura 1. TAC S/C. de abdomen y pelvis (corte axial): A. Absceso esplénico y fístula gastroesplénica. B. Se observa el paso del contraste hidrosoluble del estómago al bazo y el catéter de drenaje (flecha).

Fuente: Los autores

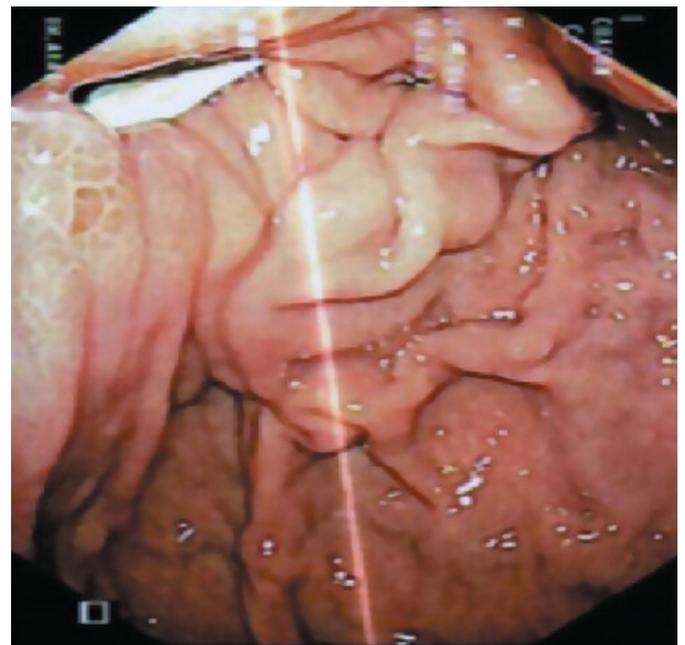


Figura 2. Fístula gastroesplénica

Nota: Está ubicada al final del tercer párrafo del caso clínico como muestra la flecha.

Fuente: Los autores

Gracias a toda esta información previa, se efectúa laparotomía exploratoria que permite comprobar la patología tumoral esplénica asociada con fístula gastroesplénica. Se realiza esplenectomía, gastrectomía parcial de la curvatura mayor incluyendo la fístula, y pancreatectomía distal.

La evolución del paciente es adecuada y se lo da de alta al cuarto día posoperatorio.

El informe de patología revela "linfoma esplénico difuso de células grandes".

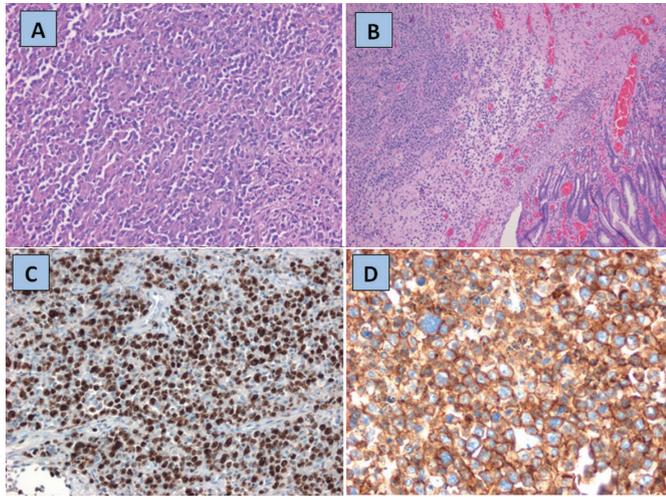


Figura 3. A. Población monótona de células grandes, necrosis HE 25X, B. infiltración estómago HE 10X, C. alto índice de proliferación con Ki67, D. cd20 positivo difuso de membrana 40X.

Fuente: Los autores

Recibe el esquema de quimioterapia EPOCH; la evolución es favorable. Actualmente, recibe el cuarto ciclo con fosfato de etopósido, prednisona, sulfato de vincristina (Oncovin®), ciclofosfamida y clorhidrato de doxorubicina (hidroxidaunorrubicina).

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

El bazo contiene el 25% de la masa linfoide y sus funciones son fagocitosis, aclaramiento, elaboración de respuesta inmunitaria específica y producción de opsoninas amplificadoras de la respuesta inmunitaria; por lo tanto, se debe tratar de conservarlo con el mayor empeño^{3,4}.

La esplenectomía conlleva déficit del aclaramiento sanguíneo de antígenos, déficit de la función macrófaga y alteración de la producción de IgM, que causa pérdida de la respuesta específica frente a los antígenos que predisponen a infección bacterémica grave por bacterias encapsuladas. Por este motivo, los pacientes esplenectomizados tienen mayor riesgo de sepsis y mortalidad comparada con la población general³.

Las infecciones más comunes son neumonía, meningitis o bacteremias fulminantes. El comienzo de la infección es sutil, repentino e inespecífico y evoluciona hacia shock refractario, hipoglucemia y coagulación intravascular diseminada (CID) que se caracteriza

por bacterias encapsuladas: el neumococo es el más frecuente (50 a 90%), *Haemophilus influenzae* (5 a 7%), *Neisseria meningitidis* (ocupa el tercer lugar). Los virus están implicados en algunos casos; v.gr.: herpes zóster (hasta en 16% en las series reportadas de linfomas)^{3,5}.

La capacidad del *Streptococcus anginosus* para desarrollar abscesos se debe a la producción de proteasas, sialidasas y hialuronidasas y a la producción de una citotoxina ILY (intermedilisisina) que tiene la capacidad de producir poros en las membranas celulares¹.

En el absceso esplénico, el tratamiento antibiótico es de primera elección; la segunda opción es el drenaje (percutáneo o laparoscópico) y el último recurso es la esplenectomía parcial o total^{6,7}.

La terapia antibiótica inicial se sugiere efectuarla con oxacilina 2 g cada 4 horas por vía intravenosa. La alternativa es la vancomicina intravenosa 1 g cada 12 horas. En la terapia empírica contra las bacterias gramnegativas y enterobacterias se utiliza cefalosporinas de tercera generación, aztreonam, quinolonas o aminoglucósidos, asociados con metronidazol cuando se sospecha que hay gérmenes anaerobios⁷.

La fistula gastroesplénica fue descrita por primera vez por De Scoville et al., en 1962, mediante una imagen de tomografía que evidenció gas en el parénquima esplénico y esplenomegalia; se la denominó "aeroesplenomegalia" debido a la necrosis tumoral^{8,9}.

La fístula gastroesplénica es una afección inusual cuya principal etiología es el linfoma de células B grandes en el estómago o en el bazo; no obstante, otras patologías podrían desarrollarla; v.gr.: úlcera péptica, adenocarcinoma gástrico, amiloidosis y enfermedad de Crohn^{6,10,11}.

Hasta 2016 se identificó 28 casos de fístula gastroesplénica, de los cuales 75% se asoció con linfoma, 48% recibió quimioterapia antes del diagnóstico y 78% fueron hombres¹².

Es importante que el diagnóstico de la fístula gastroesplénica se lo efectúe pronto para evitar las complicaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente; la tomografía simple y contrastada de abdomen es el examen diagnóstico de elección. La presencia de gas en el bazo debe alertar de la posibilidad de fístula gastroesplénica y la endoscopia digestiva alta puede confirmarla mediante la visualización directa del orificio fistuloso.

Los síntomas predominantes son: dolor en el cuadrante superior izquierdo y/o epigástrico (60% de pacientes), pérdida de peso (53%) y esplenomegalia (80% de los casos informados). Hay 2 informes de pacientes con

linfoma que presentaron hematemesis masiva como consecuencia de la fístula gastroesplénica con erosión de los vasos esplénicos¹³.

Antes, la primera opción recomendada era la esplenectomía más gastrectomía parcial o total.⁶ En ocasiones la pancreatometomía distal se realiza como procedimiento adicional debido al compromiso de la cola del páncreas causado por el proceso inflamatorio, lo cual conlleva alto riesgo de fístula pancreática que aumenta la morbimortalidad y altera la evolución. En esta patología los procedimientos abiertos se describen con mayor frecuencia; sin embargo, se han informado casos de mínima invasión que tiene la ventaja propia de la cirugía laparoscópica¹²⁻¹⁵.

El sangrado gastrointestinal se asocia con una mortalidad importante; sin embargo, no es una complicación frecuente. Se ha demostrado que la supervivencia es del 82% cuando no debuta con sangrado, pese a lo cual hay casos de sangrado relacionados con la quimioterapia o la radioterapia^{12,17,17}.

En el diagnóstico de linfoma esplénico, la quimioterapia preoperatoria es una alternativa que no está exenta de complicaciones. En algunos artículos se reporta incluso la fístula gastroesplénica como complicación de la quimioterapia o de la radioterapia.^{16,18,19}

Cuando se decide realizar la esplenectomía, es imperioso prevenir la infección grave (sepsis) mediante la vacunación; su administración disminuye la mortalidad de 44% a 15%²⁰.

El período de máximo riesgo de infección grave abarca los 3 a 5 primeros años posteriores a la esplenectomía y se mantiene durante el resto de la vida con un riesgo del 5%; por lo tanto, la incidencia de infección grave es de 15 a 20 veces mayor que en la población general^{20,21}.

La vacuna se la debe administrar 15 días antes en una cirugía programada o hasta 14 días después, cuando es una cirugía de emergencia²¹.

Todos los pacientes esplenectomizados deben recibir una dosis de vacuna antineumocócica 23-valente [VP23] en mayores de 2 años de edad y conjugada heptavalente [PCV7] en menores de 23 meses, una dosis de anti-Haemophilus influenzae tipo b, una dosis de anti-meningocócica y, anualmente, la vacuna para la gripe estacional. Cuando se recibe quimioterapia, la vacunación debe retrasarse de 3 a 6 meses²¹.

Refuerzos: cada 5 años de la vacuna antineumocócica y cada 4 a 10 años de la antimeningocócica, dependiendo del tipo de vacuna²¹.

CONCLUSIÓN

En la fístula gastroesplénica, el diagnóstico oportuno es importante para elegir el tratamiento definitivo que,

generalmente, es de etiología tumoral maligna en el bazo o estómago (linfoma). Dependiendo del estado clínico, se puede elegir el tratamiento más conveniente; antes, la primera opción era la resección quirúrgica abierta⁶; sin embargo, en la actualidad, la primera opción es el tratamiento conservador del absceso esplénico con antibiótico de amplio espectro^{6,7}, debido a la importancia de preservar el bazo que es un órgano que cumple varias funciones inmunitarias.⁴ Se podría realizar drenaje percutáneo, como segunda línea de tratamiento, en un paciente que presenta absceso esplénico sin evidencia clara de fístula.

La confirmación diagnóstica de fístula gastroesplénica por tomografía o endoscopia orienta al tratamiento quirúrgico definitivo; la intervención laparoscópica podría ser una opción de primera instancia para identificar la magnitud de la lesión y el grado de compromiso de los órganos intraabdominales aunque, regularmente, se concluye el procedimiento recurriendo a la intervención quirúrgica abierta de la cual se describe buenos resultados. El tratamiento quimioterápico inicial podría tener resultados controversiales en el linfoma esplénico o gástrico ya que podría ocasionar fístula gastroesplénica^{16,18,19}.

La vacunación para prevenir la infección grave postesplenectomía debe colocarse en todos los pacientes, excepto en casos puntuales, ya que reduce -de forma importante- la morbimortalidad²¹.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Felipe Pacheco Barzallo: Concepción y diseño del trabajo; recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito.

Williams Arias Garzón: Concepción y diseño del trabajo; recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito.

Felipe Pacheco Granda: Concepción y diseño del trabajo; recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito.

Camila Pacheco Granda: Concepción y diseño del trabajo; recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito.

Jhony Delgado Salazar: Concepción y diseño del trabajo; recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declararon no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo con el Hospital Metropolitano y los miembros de la revista MetroCiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martínez JD, Moya L, Hernández G, Viola L. Gastrosplenic fistula secondary to gastric adenocarcinoma. *Rev Gastroenterol. Peru.* 2015; 35(2):165-167. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000200007
- Awotar GK, et al. Splenic abscess owing to cancer at the splenic flexure: A case report and comprehensive review. *Medicine (Baltimore).* PubMed. Septiembre, 2016. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004941>
- Lamsfus-Prieto JA, Membrilla-Fernández E, Garcés-Jarque JM. Prevención de la sepsis en pacientes esplenectomizados. *Revista Cirugía Española.* 2007; 81(5):247-251. Disponible en: <https://medes.com/publication/24271>
- Motta-Ramírez GA, et al. El bazo: cementerio de leucocitos y de conocimientos radiológicos. *An Radiol México.* 2016; 15(1):58-69. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65992>
- Alonso AG, et al. Complicaciones de la esplenectomía. Análisis de nuestra casuística. *Revista Cirugía Española.* 2001;69(3):38-44. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-complicaciones-esplenectomia-analisis-nuestra-casuistica-11000115>
- Leeds IL, Haut ER, Barnett CC. Splenic abscess complicated by gastrosplenic fistula. *J Trauma Acute Care Surg.* 2016;81(3):612-614. <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000001158>
- Correa JC, Morales CH, Sanabria ÁE. Absceso esplénico: ¿drenaje percutáneo o esplenectomía?. *Rev Colomb Cir.* 2016;31:50-56. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rci/v31n1/v31n1a7.pdf>
- Favre-Rizzo J, López-Tomassetti-Fernández E, Ceballos-Esparragón J, Santana-Cabrera L, Hernández-Hernández JR. Massive upper gastrointestinal bleeding secondary to gastrosplenic fistula. *Rev Esp Enferm Dig.* 2014;105(9):570-571. <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082013000900015>
- Kerem M, Sakrak O, Yilmaz TU, Gultekin FA, Dursun A, Bedirli A. Spontaneous gastrosplenic fistula in primary gastric lymphoma: Surgical management. *Asian J Surg.* 2006;29(4):287-290. [https://doi.org/10.1016/s1015-9584\(09\)60104-4](https://doi.org/10.1016/s1015-9584(09)60104-4)
- Jain V, Pauli E, Sharzehi K, Moyer M. Spontaneous gastrosplenic fistula secondary to diffuse large B-cell lymphoma. *Gastrointest. Endosc.* 2011;73(3):608-609. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2010.09.015>
- Maytapa J, Thanapirom K, Kullavanijaya P, Komolmit P. Gastrointestinal: Splenic abscesses-related gastrosplenic fistula: Unusual complication of melioidosis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2018;33(6):1163. <https://doi.org/10.1111/jgh.14095>
- Frenkel A, et al. Management of gastrosplenic fistula in the emergency setting - A case report and review of the literature. *Ann Med Surg.* 2018;29(1):26-29. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.03.025>
- Seib CD, Rocha FG, Hwang DG, Shoji BT. Gastrosplenic fistula from Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol.* 2009;27(20):e15-e17. <https://doi.org/10.1200/jco.2008.21.7695>
- Çulhaci N, Meteoglu I, Kacar F, Özbas S. Case report: Abscess of the Spleen. *Pathol Oncol Res.* 2004;10(4):234-236. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03033767>
- Al-Raimi K, Sen Zheng S. Postoperative outcomes after open splenectomy versus laparoscopic splenectomy in cirrhotic patients: A meta-analysis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2016;15(1):14-20. [https://doi.org/10.1016/s1499-3872\(16\)60053-x](https://doi.org/10.1016/s1499-3872(16)60053-x)
- Aribaş BK, Başkan E, Altinyollar H, Ungül U, Cengiz A, Erdil HF. Gastrosplenic fistula due to splenic large cell lymphoma diagnosed by percutaneous drainage before surgical treatment. *Turk J Gastroenterol.* 2008;19(1):69-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18386245/>
- Choi JE, Chung HJ, Lee HG. Spontaneous gastrosplenic fistula: A rare complication of splenic diffuse large cell lymphoma. *Abdom Imaging.* 2002;27(6):728-730. <https://doi.org/10.1007/s00261-002-0011-9>
- Wang TP, Doss M, Tokar JL, Reddy S, Barta SK, Yu JQ. Lymphoma Causing Gastrosplenic Fistula Revealed by FDG PET/CT. *Clin Nucl Med.* 2017;42(11):890-892. <https://doi.org/10.1097/rlu.0000000000001801>
- Jain V, Paul, E, Sharzehi K, Moyer M. Spontaneous gastrosplenic fistula secondary to diffuse large B-cell lymphoma. 2010;73:608-609. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2010.09.015>
- Sinwar PD. Overwhelming post splenectomy infection syndrome e Review study. *Int J Surg.* 2014;12(1):1314-1316. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.11.005>
- Di Sabatino A, Lenti MV, Tinozzi FP, et al. Vaccination coverage and mortality after splenectomy: results from an Italian single-centre study. *Intern Emerg Med.* 2017;12(8):1139-1147. <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1730-9>

CITAR ESTE ARTÍCULO

Pacheco Barzallo F, Arias Garzón W, Pacheco Granda F, Pacheco Granda C, Delgado Salazar J. Fístula gastroesplénica por linfoma de células B. Reporte de un caso. *MetroCiencia.* 2020 ene; 28(1): p. 20-24. DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol28/1/2020/20-24>. Available from: <http://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/4>