Rev Colomb Cir. 2027;42:186-93
https://doi.org/10.30944/20117582.3246

PRESENTACIÓN DE CASO

Absceso esplénico de origen odontogénico perforado hacia el tórax: Presentación de caso

Splenic abscess of odontogenic origin with perforation into the thorax: A case presentation

Romario Chanci-Drago, MD[1], Verónica Villa-Parra, MD[2], Stevenson Londoño-Mazo, MD[1], Fernando Gómez-Murcia, MD[1]

1 Departamento de Cirugía, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Rionegro, Colombia.
2 Programa de especialización en Cirugía general, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Resumen

Introducción. El absceso esplénico es una entidad poco frecuente, asociada a alta morbimortalidad cuando no se diagnostica y trata de manera oportuna. Su extensión transdiafragmática hacia la cavidad torácica es una complicación excepcional que representa un reto diagnóstico y terapéutico para el cirujano general.

Caso clínico. Se presenta el caso de un paciente de 75 años, sin comorbilidades conocidas, quien consultó por fiebre prolongada, pérdida de peso y dolor abdominal. Los estudios de imagen identificaron un absceso esplénico multiloculado, con ruptura contenida y extensión al tórax, asociado a absceso pulmonar izquierdo. Inicialmente se realizó drenaje percutáneo guiado por imagen, sin adecuada resolución clínica.

Resultados. Debido a la persistencia del foco infeccioso, se decidió manejo quirúrgico mediante esplenectomía laparoscópica. Durante el procedimiento se encontró una comunicación directa del absceso esplénico con la cavidad torácica a través del hemidiafragma izquierdo. Se realizó control del foco infeccioso, lavado y drenaje. El paciente completó manejo antibiótico dirigido, con evolución clínica favorable y sin complicaciones.

Conclusiones. El manejo del absceso esplénico debe individualizarse según la extensión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento inicial. En casos complejos, el abordaje mínimamente invasivo constituye una alternativa segura y efectiva. La esplenectomía laparoscópica es una opción terapéutica viable en abscesos esplénicos complicados con extensión torácica, que permite una adecuada resolución, con menor morbilidad.

Palabras clave: enfermedades del bazo; absceso; absceso periodontal; empiema pleural; esplenectomía; laparoscopia.

Fecha de recibido: 19/05/2026 - Fecha de aceptación: 31/05/2026 - Publicación en línea: 26/11/2026
Correspondencia: Romario Chanci-Drago, Km 2,2 vía Llanogrande – Aeropuerto, Rionegro, Colombia. Teléfono: +57 3006411097.
Dirección electrónica: romariochancidrago@gmail.com
Citar como: Chanci-Drago R, Villa-Parra V, Londoño-Mazo S, Gómez-Murcia F. Absceso esplénico de origen odontogénico perforado hacia el tórax: Presentación de caso. Rev Colomb Cir. 2027;42:186-93. https://doi.org/10.30944/20117582.3246
Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Abstract

Introduction. A splenic abscess is an uncommon condition associated with high morbidity and mortality when not diagnosed and treated in a timely manner. Its transdiaphragmatic extension into the thoracic cavity is an exceptional complication that presents a diagnostic and therapeutic challenge for the general surgeon.

Clinical case. We present the case of a 75-year-old patient with no known comorbidities who presented with prolonged fever, weight loss, and abdominal pain. Imaging studies revealed a multiloculated splenic abscess with a contained rupture extending into the thorax, associated with a left-sided pulmonary abscess. Initially, an image-guided percutaneous drainage was performed, but it did not result in adequate clinical resolution.

Results. Due to the persistence of the infectious focus, a surgical approach via laparoscopic splenectomy was decided upon. During the procedure, a direct communication was discovered between the splenic abscess and the thoracic cavity through the left hemidiaphragm. The infectious focus was brought under control, followed by irrigation and drainage. The patient completed a course of targeted antibiotic therapy, with a favorable clinical outcome and no complications.

Conclusions. The management of a splenic abscess should be tailored to the extent of the disease and the response to initial treatment. In complex cases, a minimally invasive approach serves as a safe and effective alternative. Laparoscopic splenectomy is a viable therapeutic option for complicated splenic abscesses with thoracic extension, allowing for successful resolution with lower morbidity.

Keywords: splenic diseases; abscess; periodontal abscess; pleural empyema; splenectomy; laparoscopy.

Introducción

Los abscesos esplénicos son una entidad poco frecuente, con una incidencia reportada entre el 0,1 % y el 0,7 % en series de autopsias, aunque se observa un aumento progresivo en las últimas décadas [1-4]. Este incremento se atribuye a la mayor prevalencia de pacientes inmunocomprometidos, el uso de quimioterapia, trasplantes y la mayor supervivencia de pacientes con enfermedades crónicas [4-7]. Recientemente, una revisión sistemática ha destacado cambios epidemiológicos relevantes, incluyendo causas emergentes como complicaciones posteriores a cirugías bariátricas o embolizaciones esplénicas, además de la asociación con infecciones virales de reciente aparición [8,9].

Los abscesos esplénicos generalmente se asocian a condiciones inmunosupresoras, infecciones hematógenas o antecedentes de trauma [10,11]. La fuente más frecuente es la diseminación hematógena de infecciones sistémicas, especialmente endocarditis infecciosa, aunque también puede originarse por extensión directa de procesos infecciosos contiguos, traumatismos o infartos esplénicos secundarios a embolismos [8,12]. Su etiología puede ser bacteriana, fúngica, parasitaria o, en casos menos frecuentes, micobacteriana [2,10,13].

Los microorganismos más comúnmente aislados son bacterias aerobias como Staphylococcus, Streptococcus, Enterococcus, Salmonella, Escherichia coli y, en menor proporción, bacterias anaerobias, hongos, Bartonella, Nocardia y Burkholderia pseudomallei [2,10,14]. En pacientes inmunocomprometidos, el espectro etiológico se amplía a micobacterias, Pneumocystis jirovecii y parásitos [1,10,15].

La extensión transdiafragmática hacia el tórax es una complicación extremadamente rara y grave, que puede conducir a la formación de empiema, absceso pulmonar o incluso mediastinitis, aumentando significativamente la morbimortalidad [16-19]. Su manejo requiere una estrategia multidisciplinaria y urgente, lo que representa un reto diagnóstico y terapéutico para el cirujano general [20-23]. El objetivo de este artículo fue presentar el caso de un paciente atendido en nuestra institución por un absceso esplénico con extensión al tórax, que fue llevado a manejo quirúrgico por vía laparoscópica, con un desenlace exitoso.

EN PRENSA

Caso clínico

Paciente masculino de 75 años, sin comorbilidades previas, quien consultó por un cuadro de un mes de evolución caracterizado por pérdida de peso significativa (15 kg), fiebre subjetiva y diaforesis, además de dolor abdominal ocasional. Los estudios paraclínicos iniciales revelaron una importante elevación de los reactantes de fase aguda y se descartó infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

En la tomografía computarizada (TC) de abdomen se observó hipodensidad masiva del bazo (>80 % del parénquima), que sugería necrosis (Figura 1). Se realizó un Doppler esplénico, que reportó heterogeneidad y disminución de la saturación del parénquima esplénico por posibles infartos necróticos, sin poder descartar origen infeccioso. Ante la duda, se solicitó una resonancia magnética nuclear (RMN) que reveló un absceso esplénico multiloculado gigante (710 ml), con

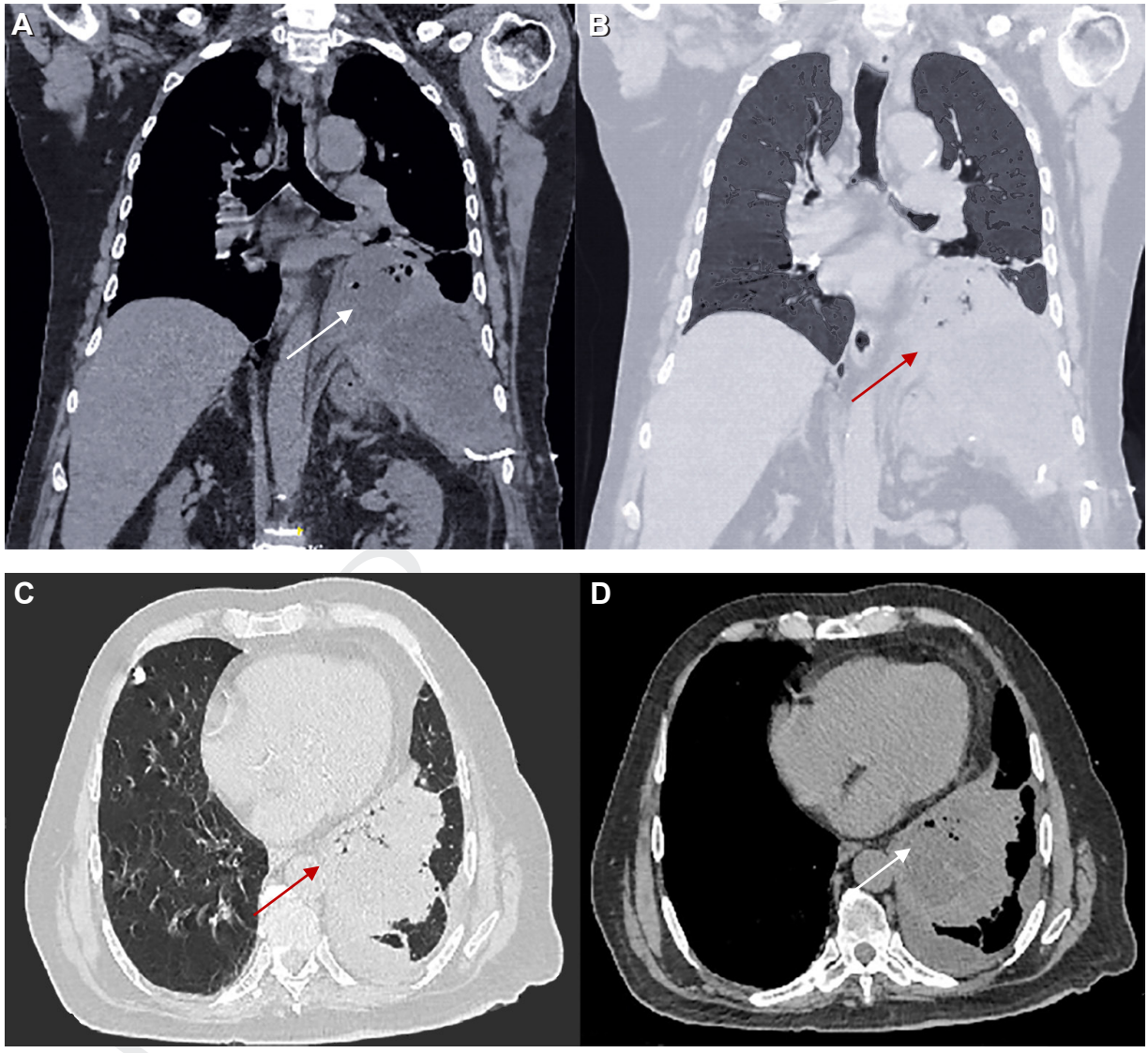


Figura 1. Tomografía computarizada (TC) de abdomen. **A** y **B:** Se observa el absceso esplénico con extensión al tórax en los cortes coronales. **C** y **D**: Las flechas señalan el absceso esplénico con extensión a tórax en los cortes transversales.
Fuente: Archivo clínico.

signos de ruptura contenida al espacio periesplénico y subfrénico, ejerciendo efecto de masa sobre el estómago y causando cambios inflamatorios en el diafragma. Adicionalmente, se identificó un absceso parenquimatoso en el lóbulo pulmonar inferior izquierdo (29 ml), con atelectasia asociada (Figura 2).

El manejo inicial con drenaje percutáneo guiado por TC fue insatisfactorio, obteniendo solo 40 ml de material hemopurulento. Por lo tanto, se decidió llevar al paciente a cirugía para practicar una esplenectomía por vía laparoscópica. Los hallazgos quirúrgicos demostraron un gran plastrón inflamatorio de epiplón, que contenía una colección purulenta fétida de aproximadamente 500 ml y una comunicación hacia el tórax, a través de un orificio en el hemidiafragma izquierdo, con una colección purulenta torácica asociada. Se procedió al control del foco infeccioso mediante lavado y drenaje, difiriendo la corrección del defecto diafragmático debido a la friabilidad de los tejidos (Figura 3).

El análisis microbiológico del material drenado aisló Parvimonas micra y Fusobacterium nucleatum, dos gérmenes anaerobios estrictos que son componentes habituales de la flora oral. La correlación clínica reveló la presencia de una dentadura en mal estado en el paciente (Figura 4), estableciendo el foco odontológico como el origen probable de esta sepsis polimicrobiana y metastásica. El paciente recibió manejo antibiótico por 28 días según valoración de infectología. Los estudios complementarios (ecocardiografía y colonoscopia) fueron negativos. El paciente evolucionó favorablemente y se encuentra pendiente de corrección del defecto diafragmático en un segundo tiempo quirúrgico.

Discusión

La evolución del absceso esplénico, especialmente en los casos que se extienden a la cavidad torácica, representa un desafío clínico y quirúrgico considerable para el cirujano general. Aunque se trata de una patología infrecuente, su prevalencia está en aumento, influida por el creciente número de pacientes inmunocomprometidos y por la mayor disponibilidad y precisión de las pruebas de imagen, aumentando su diagnóstico [1,5,8,9].

En nuestro caso, el origen del absceso se identificó como un foco exógeno en la cavidad oral, hallazgo que subraya la importancia de una



Figura 2. Resonancia magnética nuclear. **A:** Absceso esplénico en el corte transversal. **B:** Absceso esplénico con extensión al lóbulo pulmonar inferior izquierdo en el corte coronal.

Fuente: Archivo clínico

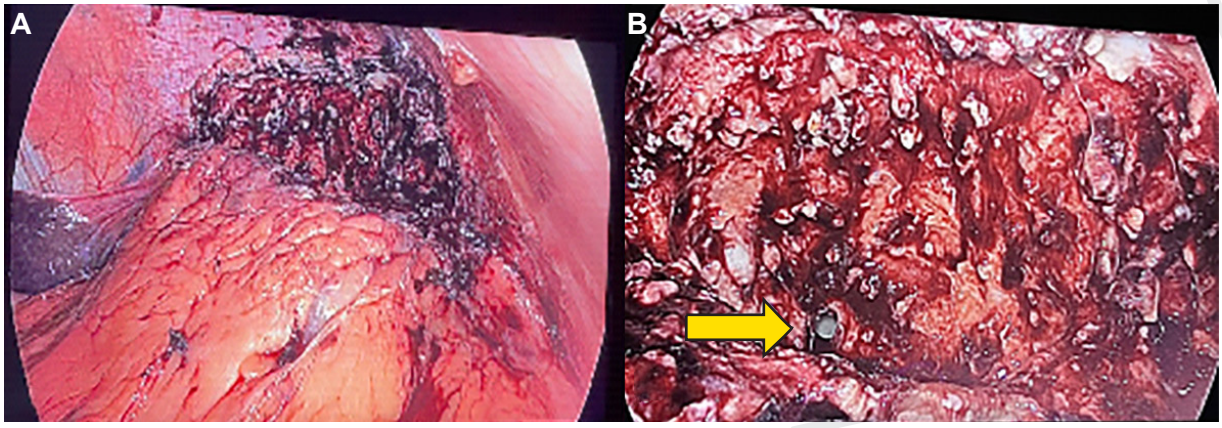


Figura 3. Hallazgos quirúrgicos. **A.** Gran plastrón inflamatorio posterior al drenaje del material purulento. **B.** Defecto en el diafragma que permitió la extensión del absceso al tórax.

Fuente: Archivo clínico.

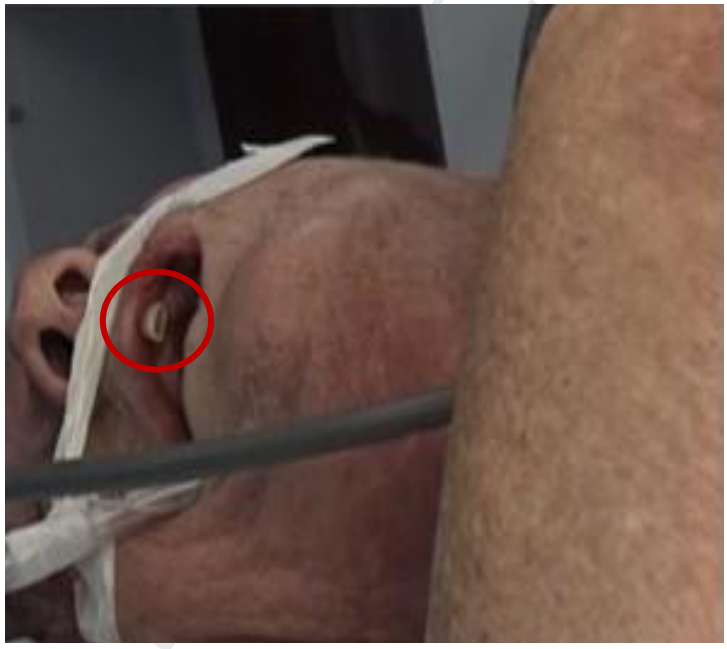


Figura 4. Dentadura del paciente.

Fuente: Archivo clínico

búsqueda activa de fuentes sépticas a distancia en pacientes sin inmunocompromiso evidente ni causa local aparente, ya que la diseminación hematógena desde focos orales, aunque infrecuente, debe considerarse dentro del diagnóstico etiológico.

Desde el punto de vista diagnóstico, la presentación clínica del absceso esplénico es a menudo inespecífica, manifestándose comúnmente con fiebre y dolor en el hipocondrio izquierdo [10,24,25]. Nuestro paciente presentó exactamente este patrón inicial, al que se sumaron signos de compromiso torácico (dolor torácico pleurítico, disminución del murmullo vesicular en base izquierda), lo que orientó a una extensión transdiafragmática [16,17,24]. La TC es la modalidad

de imagen de elección, con sensibilidad cercana al 100 % para definir la localización y extensión del absceso [8,26]. En nuestro caso, las ayudas imagenológicas fueron determinantes, no solo para confirmar el absceso esplénico, sino para evidenciar la comunicación transdiafragmática con el empiema pleural izquierdo, modificando así la estrategia quirúrgica.

El diagnóstico precoz es fundamental, ya que el absceso esplénico no tratado tiene una mortalidad histórica que puede alcanzar el 100 %, mientras que las series contemporáneas reportan tasas de 12-47 % con manejo oportuno [24,25]. En cuanto a la terapéutica, no existe un consenso de manejo único, lo que resalta la necesidad de un enfoque individualizado [20,27,28]. La antibioticoterapia intravenosa constituye el pilar inicial del tratamiento [1,21,29].

Cuando el tratamiento antibiótico es insuficiente o en abscesos de gran tamaño, el drenaje percutáneo guiado por imagen suele ser la primera línea, ya que permite la preservación esplénica [20,24,28,30]. La revisión sistemática de Gutama B, et al. [24] en 2022, que incluyó 46 estudios retrospectivos (siete de estos previos a la era de la cirugía mínimamente invasiva) con 589 pacientes, comparó el drenaje con la esplenectomía, y mostró menor mortalidad y complicaciones en el grupo de drenaje, aunque sin una diferencia con significancia estadística. El drenaje percutáneo constituye una alternativa terapéutica en abscesos esplénicos seleccionados, particularmente aquellos uniloculares o biloculares y con contenido fluido. En cambio, los abscesos múltiples y septados pueden requerir tratamiento quirúrgico, incluida la esplenectomía, especialmente cuando fracasa el manejo percutáneo [7].

Considerando que nuestro paciente presentaba un absceso de gran tamaño, con loculaciones y compromiso pleural asociado, posterior al fallo del drenaje percutáneo se optó por llevar a cirugía con un abordaje por vía laparoscópica, a pesar de la complejidad técnica inherente al proceso inflamatorio. Esta fue una alternativa válida y efectiva, que permitió la visualización directa de la comunicación transdiafragmática, el lavado y el drenaje del absceso en tórax, sin necesidad de una toracotomía o videotoracoscopia adicional. Algunas series contemporáneas mostraron resolución más rápida tras la esplenectomía, reservando esta opción - incluida la laparoscópica - para cuando haya fracaso con el drenaje, abscesos múltiples o sepsis no controlada [28].

El pronóstico sigue siendo potencialmente grave, con mortalidad entre el 12 % y más del 40 %, dependiendo del estado inmunológico, el tamaño y el número de abscesos y el microorganismo implicado [1,5,24]. La evolución favorable de nuestro paciente refuerza que el diagnóstico temprano, la identificación del foco etiológico y un tratamiento quirúrgico oportuno e individualizado, son los determinantes más importantes del desenlace.

Conclusiones

El absceso esplénico con extensión transdiafragmática al tórax es una presentación extremadamente infrecuente que, como ilustra este caso, puede originarse en focos sépticos a distancia (como la cavidad oral), hecho que debe tenerse en cuenta durante la búsqueda etiológica. Ante la tríada de fiebre, dolor abdominal izquierdo y empiema pleural sin causa pulmonar primaria, la tomografía computarizada es la herramienta diagnóstica de elección por su alta sensibilidad para definir extensión y complejidad. Cuando las características del absceso, el tamaño, la loculación o el compromiso transdiafragmático, hacen prever el fracaso del drenaje percutáneo, la esplenectomía laparoscópica se presenta como una alternativa terapéutica definitiva y segura que permite abordar simultáneamente el foco abdominal y la comunicación diafragmática, evitando una cirugía torácica adicional y ofreciendo los beneficios reconocidos de la cirugía mínimamente invasiva en términos de recuperación, morbilidad y costos.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Se cuenta con el consentimiento informado del paciente, autorizando la publicación de su caso y el material audiovisual donde aparece. El comité de ética institucional aprobó el diseño y la metodología del estudio.

Conflictos de interés: Los autores manifestaron no tener ningún conflicto de interés.

Uso de Inteligencia Artificial: Los autores manifestaron el no haber hecho uso de inteligencia artificial durante el desarrollo del trabajo.

Fuentes de financiación: La financiación del estudio se hizo con recursos propios.

Contribución de los autores:

- Concepción y diseño del estudio: Romario Chanci-Drago, Verónica Villa-Parra, Fernando Gómez-Murcia, Stevenson Londoño-Mazo.
- Adquisición de datos: Romario Chanci-Drago, Verónica Villa-Parra.
- Análisis e interpretación de datos: Romario Chanci-Drago, Verónica Villa-Parra, Fernando Gómez-Murcia, Stevenson Londoño-Mazo.
- Redacción del manuscrito: Romario Chanci-Drago, Verónica Villa-Parra.
- Revisión crítica: Romario Chanci-Drago, Verónica Villa-Parra.

Referencias

1 Chang KC, Chuah SK, Changchien CS, Tsai TL, Lu SN, Chiu YC, et al. Clinical characteristics and prognostic factors of splenic abscess: A review of 67 cases in a single medical center of Taiwan. World J Gastroenterol. 2006;12:460-4. https://doi.org/10.3748/wjg.v12.i3.460

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://doi.org/10.1155/2018/8610657

3 Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labricciosa FM, Hardcastle T, Abu-Zidan FM, Adesunkanmi AK, et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2017;12:29. https://doi.org/10.1186/s13017-017-0141-6

4 Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021;47:1181-247. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y

5 Singh AK, Karmani S, Samanta J, Gupta P, Gupta V, Yadav TD, et al. Splenic abscess in a tertiary care centre in India: Clinical characteristics and prognostic factors. ANZ J Surg. 2021;91:1819-25. https://doi.org/10.1111/ans.16517

6 Hadi IAN, Boleng PP, Mengga HB. Surgical management of splenic abscess complicated by pleural effusion in rural setting: A case report from rural Indonesia. Int J Surg Case Rep. 2021;89:106579. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106579

7 Sreekar H, Saraf V, Pangi AC, Sreeharsha H, Reddy R, Kamat G. A retrospective study of 75 cases of splenic abscess. Indian J Surg. 2011;73:398-402. https://doi.org/10.1007/s12262-011-0370-y

8 Ooi DQH, Ooi JQC, Ooi LLPJ. Splenic abscesses in the new millennium: A systematic review. ANZ J Surg. 2024;94:1702-9. https://doi.org/10.1111/ans.19178

9 Llenas-García J, Fernández-Ruiz M, Caurcel L, Enguita-Valls A, Vila-Santos J, Guerra-Vales JM. Splenic abscess: A review of 22 cases in a single institution. Eur J Intern Med. 2009;20:537-9. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2009.04.009

10 Radcliffe C, Tang Z, Gisriel SD, Grant M. Splenic abscess in the new millennium: A descriptive, retrospective case series. Open Forum Infect Dis. 2022;9:ofac085. https://doi.org/10.1093/ofid/ofac085

11 Baral S, Chhetri RK, Gyawali M, Thapa N. Splenic abscess complicated by pleural empyema: A rare case report from rural Nepal. Int J Surg Case Rep. 2020;75:492-6. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.09.145

12 Al-Jabali M, Ali BI, Al-Zahrani A, Al-Ajai T. Splenic abscess and management options: Report of four cases. J Med Cases. 2016;7:432-4. http://dx.doi.org/10.14740/jmc2633w

13 Karaosmanoglu AD, Uysal A, Onder O, Hahn PF, Akata D, Ozmen MN, et al. Cross-sectional imaging of splenic infections: Is differential diagnosis possible? Abdom Radiol (NY). 2021;46:4828-52. https://doi.org/10.1007/s00261-021-03232-5

14 Watanapa P, Vathanophas V. Splenic abscess at Siriraj Hospital, Thailand. J Med Assoc Thai. 1989;72:481-6.

15 Phillips GS, Radosevich MD, Lipsett PA. Splenic abscess: Another look at an old disease. Arch Surg. 1997;132:1331-6. https://doi.org/10.1001/archsurg.1997.01430360077014

16 Çorbaci K, Gürleyik MG, Aktaş A. Splenic abscess: Treatment options in a disease with high mortality. BMC Infect Dis. 2024;24:1222. https://doi.org/10.1186/s12879-024-10122-8

17 Tung CC, Chen FC, Lo CJ. Splenic abscess: An easily overlooked disease? Am Surg. 2006;72:322-5.

18 Zerem E, Bergsland J. Ultrasound guided percutaneous treatment for splenic abscesses: The significance in treatment of critically ill patients. World J Gastroenterol. 2006;12:7341-5. https://doi.org/10.3748/wjg.v12.i45.7341

19 Carbonell AM, Kercher KW, Matthews BD, Joels CS, Sing RF, Heniford BT. Laparoscopic splenectomy for

EN PRENSA

splenic abscess. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2004;14:289-91. https://doi.org/10.1097/00129689-200410000-00013

20 Lucey BC, Boland GW, Maher MM, Hahn PF, Gervais DA, Mueller PR. Percutaneous nonvascular splenic intervention: A 10-year review. AJR Am J Roentgenol. 2002;179:1591-6. https://doi.org/10.2214/ajr.179.6.1791591

21 Marietta M, Patel PJ, Zemaitis MR. Splenic abscess. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Fecha de consulta: octubre de 2026. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519546/

22 Zwicky SN, Rouiller B, Candinas D, Kocher G, Beldi G. Empyema after image-guided percutaneous intercostal drainage of subdiaphragmatic collection: A case series. J Thorac Dis. 2022;14:3295-303. https://doi.org/10.21037/jtd-22-272

23 Evans CL, Triggs MK, Desai J, Campos J. Surgical management of a splenic abscess: Case Report, management, and review of literature. Cureus. 2022;14:e28567. https://doi.org/10.7759/cureus.28567

24 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;23:417-29. https://doi.org/10.1089/sur.2022.072

25 Ferraioli G, Brunetti E, Gulizia R, Mariani G, Marone P, Filice C. Management of splenic abscess: Report on 16 cases from a single center. Int J Infect Dis. 2009;13:524-30. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2008.08.024

26 Liu YH, Liu CP, Lee CM. Splenic abscesses at a tertiary medical center in northern Taiwan. J Microbiol Immunol Infect. 2014;47:104-8. https://doi.org/10.1016/j.jmii.2012.08.027

27 Sartelli M, Weber DG, Ruppé E, Bassetti M, Wright BJ, Ansaloni L, et al. Antimicrobials: A global alliance for optimizing their rational use in intra-abdominal infections (AGORA). World J Emerg Surg. 2016;11:33. https://doi.org/10.1186/s13017-016-0089-y

28 Correa JC, Morales CH, Sanabria ÁE. Absceso esplénico: ¿drenaje percutáneo o esplenectomía? Rev Colomb Cir. 2016;31:50-6. https://doi.org/10.30944/20117582.206

29 Chun CH, Raff MJ, Contreras L, Varghese R, Waterman N, Daffner R, et al. Splenic abscess. Medicine (Baltimore). 1980;59:50-65. https://doi.org/10.1097/00005792-198001000-00003

30 Batayyah E, Yaseen W, Alshareef F. Splenic abscess after laparoscopic sleeve gastrectomy. A rare complication—case report and literature review. J Surg Case Rep. 2021;2021:rjab042. https://doi.org/10.1093/jscr/rjab042

EN PRENSA