ISSN:1578-7516
NUEVO HOSP. (Versión digital)
Octubre 2026; Vol. XXII Nº 3

# Fiebre con foco poco frecuente.

**Andrea María Moreno González*, Jorge Luis Torres Triana*, Beatriz Barón Salvador**, Sofía Joral del Hoyo***.**

** LES. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*
*** LES. Servicio de Cirugía General. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*
**** LES. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

**Correspondencia:** Andrea María Moreno González. amorenogonza@saludcastillayleon.es

## RESUMEN

**Introducción y objetivos:** Las lesiones quísticas esplénicas son entidades infrecuentes que se clasifican en parasitarias, habitualmente por *Echinococcus*, y no parasitarias. Suelen ser asintomáticas y el manejo depende del tamaño, localización y clínica, priorizándose actualmente estrategias conservadoras frente a la esplenectomía siempre que sea posible. El objetivo es presentar un caso de fiebre de origen infrecuente en relación con lesión esplénica.

**Exposición del caso:** Varón de 24 años sin antecedentes relevantes que consultó por fiebre persistente, con origen en quiste esplénico sobreinfectado por *Salmonella spp.* Inicialmente se trató de manera conservadora mediante antibioterapia empírica y posteriormente dirigida; pero ante la evolución desfavorable, precisó drenaje percutáneo y finalmente esplenectomía urgente.

**Diagnóstico y discusión:** El cultivo del contenido quístico confirmó infección por *Salmonella enterica* serotipo Brandenburg, descartándose etiología parasitaria mediante serología y PCR. La evolución postoperatoria fue favorable.

Este caso ilustra una presentación excepcional de quiste esplénico no parasitario sobreinfectado por *Salmonella* en un paciente inmunocompetente, destacando la importancia del diagnóstico diferencial y de un manejo individualizado, así como el papel de la cirugía en casos complicados o refractarios al tratamiento conservador.

## PALABRAS CLAVE

Quiste. Esplenomegalia. Bazo. Salmonella. Bacteriemia. Esplenectomía.

## CASO CLÍNICO

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones quísticas del bazo son entidades poco comunes. Desde el punto de vista etiológico, se dividen en parasitarias - generalmente causadas por especies de *Echinococcus* y con un manejo específico - y no parasitarias. A su vez, estas últimas se clasifican en primarias o verdaderas, cuando presentan revestimiento epitelial y probable origen congénito, y secundarias o pseudoquistes, que carecen de dicho revestimiento y suelen originarse tras la evolución de hematomas o infartos. En nuestro medio, los quistes no hidatídicos son excepcionalmente raros [1].

En la mayoría de los casos, estas lesiones cursan de forma asintomática, y la indicación terapéutica depende fundamentalmente del tamaño, la localización y la presencia de síntomas.

Tradicionalmente, el tratamiento quirúrgico de elección ha sido la esplenectomía; sin embargo, el mayor conocimiento de las consecuencias inmunológicas derivadas de la misma ha impulsado la adopción de técnicas conservadoras que preservan el parénquima y la función esplénica. En este sentido, el manejo actual de los quistes no parasitarios prioriza estrategias individualizadas basadas en las características de la lesión y la clínica del paciente [2].

El objetivo es comunicar el manejo terapéutico de un caso de esta patología en nuestro Centro.

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 24 años sin antecedentes personales de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de una semana de evolución de fiebre persistente, sin organofocalidad infecciosa a ningún nivel.

El paciente negaba hábitos tóxicos o relaciones sexuales de riesgo. Tampoco tenía contacto habitual con animales y no refería consumo de productos de herboristería ni viajes recientes al extranjero. No tomaba medicación de manera habitual.

A la exploración física tan solo destacaba esplenomegalia palpable. Analíticamente presentaba alteración significativa de las pruebas de función hepática y elevación de reactantes de fase aguda.

Durante su estancia en el Servicio de Urgencias se realizó ecografía de abdomen, que se completó con TAC, objetivando gran esplenomegalia de hasta 19 cm en el eje craneocaudal, con imagen hipodensa en su interior de bordes bien definidos, de 13 x 15 x 15 cm, con alguna calcificación periférica aislada y con tabique en porción anteroinferior incluyendo imagen cálcica en su interior (Fig. 1); hallazgos que sugerían quiste hidatídico como primera posibilidad. El parénquima hepático era de tamaño y morfología normales, y en el resto del estudio no se objetivaron hallazgos patológicos.

Por tanto, se trataba de un paciente joven previamente sano con quiste esplénico que sugería quiste hidatídico como primera posibilidad, sin antecedente epidemiológico previo compatible. Dado el tamaño y sospecha de infección secundaria, se planteó inicialmente tratamiento quirúrgico. Fue valorado por el Servicio de Cirugía General, indicándose tratamiento conservador con cobertura antibiótica empírica de ambas posibilidades: absceso bacteriano y quiste hidatídico.

El paciente ingresó en el Servicio de Medicina Interna para continuar tratamiento con albendazol y piperacilina-tazobactam. A las 24 horas del ingreso, creció en tres de cuatro hemocultivos *Salmonella spp*, por lo que se modificó tratamiento antibiótico suspendiendo piperacilina-tazobactam e iniciando ceftriaxona, manteniendo albendazol.

A pesar de esto, el paciente presentó una evolución tórpida, con fiebre elevada persistente así como episodios de bacteriemia diarios y reactantes de fase aguda progresivamente más elevados.

La sospecha diagnóstica fue de quiste esplénico sobreinfectado, por lo que, dada la evolución (ausencia de mejoría tanto clínica como analítica), se planteó drenaje percutáneo que se realizó el día 05/03/26. Tras sospecha de sangrado activo tras el drenaje, se decidió realizar TAC abdominal urgente el día 06/03/26, evidenciando esplenomegalia con gran lesión quística, sin evidenciar sangrado agudo.

Ante la falta de mejoría, se reevaluó el caso y se decidió finalmente intervención quirúrgica urgente el día 06/03/26, realizándose laparotomía media supraumbilical exploradora y esplenectomía (Fig. 2).

Se cultivó una muestra de aspirado del quiste así como una muestra de exudado intraoperatorio, ambos con crecimiento de *Salmonella enterica* serotipo Brandenburg (Fig. 3). Además, la serología IgG de hidatidosis fue negativa al igual que la PCR de *Echinococcus* obtenida en muestra de aspirado.

El paciente presentó una evolución postoperatoria muy favorable, permaneciendo afebril, con tránsito intestinal conservado y buen control del dolor con analgesia convencional. Cursó alta hospitalaria, **continuando antibioterapia con ciprofloxacino hasta tres semanas tras la cirugía.**

## DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El cuadro clínico y los hallazgos microbiológicos permitieron establecer el diagnóstico definitivo de quiste esplénico no parasitario complicado con sobreinfección por *Salmonella enterica* serotipo Brandenburg. Inicialmente, las características radiológicas - lesión quística de gran tamaño con calcificaciones periféricas - orientaron hacia un posible quiste hidatídico, a pesar de la ausencia de antecedentes epidemiológicos compatibles, lo que motivó el inicio de tratamiento empírico con albendazol. Sin embargo, la negatividad de la serología y de la PCR para *Echinococcus*, junto con el aislamiento repetido de *Salmonella spp.* en hemocultivos y en el contenido del quiste, permitieron descartar la etiología parasitaria y confirmar la naturaleza infecciosa bacteriana de la lesión. La afectación esplénica por *Salmonella* es infrecuente y suele asociarse a condiciones predisponentes, como hemoglobinopatías o inmunosupresión, ausentes en este caso, lo que resalta su carácter excepcional en pacientes inmunocompetentes [1].

Este caso subraya la importancia de considerar etiologías no habituales en lesiones quísticas esplénicas, así como de individualizar el manejo terapéutico, reservando el tratamiento quirúrgico para aquellos pacientes con mala evolución clínica o

complicaciones, incluso en un contexto inicial de aparente estabilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1.Bona R, Tirnauer JS, Medios RT. Splenomegaly and other splenic disorders in adults. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2023 [citado 2026 May 4]. Disponible en: Consultar artículo en UpToDate

2.Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification, and treatment. J Am Coll Surg. 2002;194(3):306–14.

## TABLAS Y FIGURAS

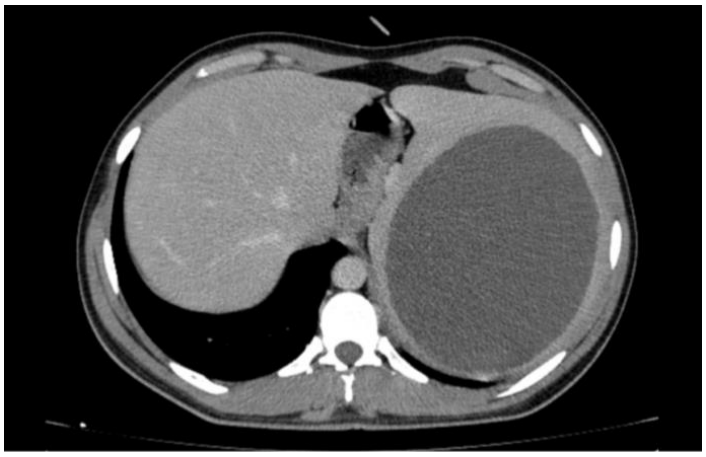


**Figura 1.** Tomografía computarizada del abdomen con contraste oral que demuestra la lesión quística esplénica.

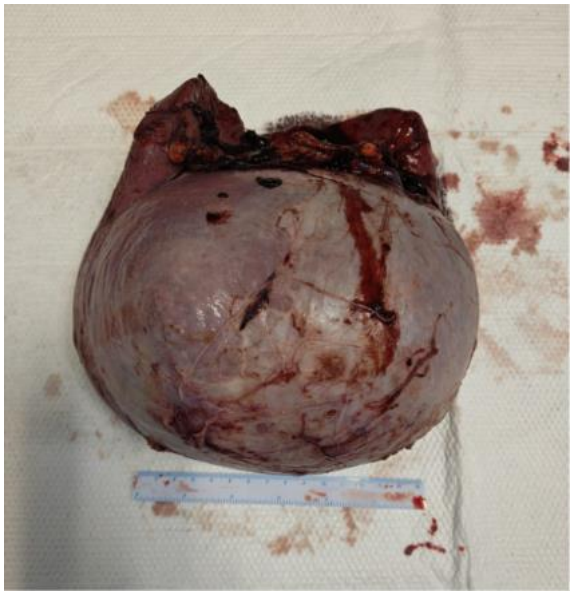


**Figura 2.** Imagen macroscópica de la pieza quirúrgica (bazo).

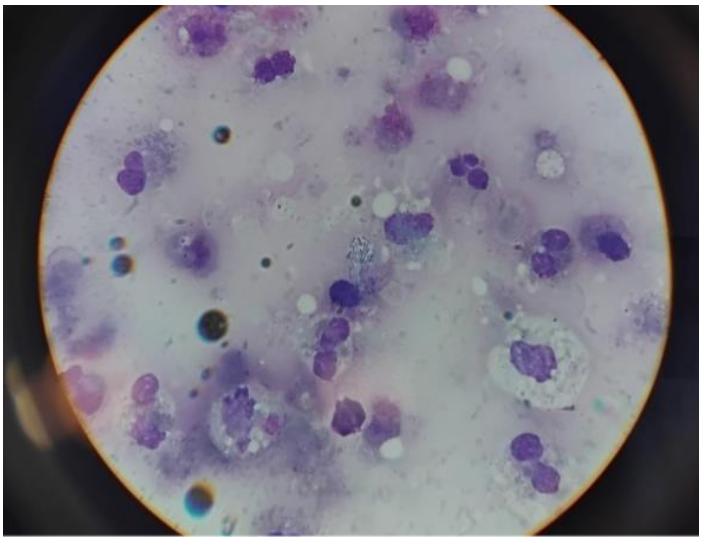


**Figura 3.** Imagen microscópica del aspirado del quiste esplénico.