



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO ASOCIADO A ANEMIA
HEMOLÍTICA Y ABSCESOS ESPLÉNICOS: REPORTE DE
CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: MARÍA JOSÉ MÉNDEZ MENDOZA

DIRECTOR: DRA. ROSANA DANIELA CÓRDOVA SERRANO

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO ASOCIADO A
ANEMIA HEMOLÍTICA Y ABSCESOS ESPLÉNICOS:
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: MARÍA JOSÉ MÉNDEZ MENDOZA

DIRECTOR: DRA. ROSANA DANIELA CÓRDOVA SERRANO

CUENCA - ECUADOR


2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

MÉNDEZ MENDOZA MARÍA JOSÉ portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106449457**. Declaro ser el autor de la obra: **"SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO ASOCIADO A ANEMIA HEMOLÍTICA Y ABSCESOS ESPLÉNICOS: REPORTE DE CASO."**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **15 de febrero de 2024**

F: 
.....
María José Méndez Mendoza
C.I. **0106449457**

www.ucacue.edu.ec

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO ASOCIADO A ANEMIA HEMOLÍTICA Y ABSCESOS ESPLÉNICOS: REPORTE DE CASO." realizado por MÉNDEZ MENDOZA MARÍA JOSÉ con documento de identidad No. 0106449457, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 15 de febrero de 2024

F: 

Dra. Rosana Daniela Córdova Serrano
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A Dios por ser esa fuerza que necesitaba día a día, por permitirme tener salud, a mis padres y a mis hermanos conmigo, a la Virgen María por siempre protegerme con su santo manto y ser mi guía a cada paso del camino.

A mi madre, Yolanda por cada palabra de apoyo que me ofreció a lo largo de todos estos años, por haberme brindado la confianza que necesitaba para no rendirme en este proceso y sobre todo por acompañarme en cada uno de mis desvelos y demostrarme muy a su manera lo orgullosa que se siente de mí.

A mi padre, Carlos por los sacrificios que ha hecho para que yo pueda cumplir esta meta, por la educación que junto a mi madre me inculcaron y por transmitirme la fe para poder poner a Dios en mis planes.

A mi hermana Karla quien es mi compañera de vida, la que me permite visualizar el mundo de otra manera y me obliga a disfrutar de la vida, a mis hermanos Mauricio y David que forman parte esencial de mi día a día, que me permitieron ser mejor persona y que hacen que cada día tenga una nueva versión de mí.

Este trabajo no lo hubiera logrado sin el impulso de los seres que ya no están conmigo, pero forman parte crucial de mi decisión de estudiar medicina, se lo dedico a Mami Lu y a Mami Yadis, que en el tiempo que estuvieron a mi lado me enseñaron a valorar y apreciar la vida con sus altos y bajos.

A mi abuela Panchita, mi tía Evita, mi primo Glubis y a mi Grootsito por formar parte esencial de mi vida.

Con Amor María José.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por la vida y la salud que me permitió para culminar esta etapa de formación por darme dones que me han permitido encontrar mi vocación, por ser mi fuerza en mis momentos de tribulaciones y por brindarme bendiciones a lo largo de mi vida.

A Carlos y Yolanda, mis queridos padres por impulsarme a ser cada vez mejor y sobre todo por apoyarme con mis estudios, por siempre tener una respuesta ante mis dudas y por cada uno de los regaños que me convirtieron en una mejor persona.

A cada uno de mis familiares que se hicieron presente con una frase de motivación, a mi tío Polibio, tío Junior y tía Gilda, que a pesar de la distancia se han hecho presente día a día con su apoyo incondicional.

A cada uno de los doctores docentes que formaron parte de este viaje, que con sus conocimientos permitieron que me desenvuelva en las diferentes materias, por brindar su amor y pasión por la medicina para formar médicos que son el futuro del país.

A la Dra. Rosana Córdova por aceptar ser parte de este trabajo de titulación, por brindarme su tiempo, conocimientos y paciencia para guiarme en este proceso.

A mi querida Universidad Católica de Cuenca, que fue mi segunda casa por 5 años, este lugar me permitió formarme como Médico, en donde conocí a mis compañeras que en un futuro se convertirían en mis amigas y parte fundamental de mi vida.

RESUMEN

Introducción: El Síndrome antifosfolipídico es una patología que causa alteraciones trombóticas en diferentes órganos como principal manifestación. Se puede asociar a otras enfermedades autoinmunes o presentarse sola. Los abscesos son entidades con poca incidencia y de difícil diagnóstico que se desarrollan por alteraciones en el sistema inmunológico. Se discute la asociación de los abscesos esplénicos con el Síndrome antifosfolipídico y la Anemia Hemolítica por medio de la presentación de un caso clínico.

Metodología: Es un reporte de caso tipo descriptivo, con aprobación por parte del CEISH y con un consentimiento informado firmado por parte de la paciente.

Caso Clínico: Paciente femenina de 22 años que fue transferida a Cuenca por astenia moderada con palidez sin mejoría, con antecedente de un óbito fetal hace un mes y con transfusión de 7 concentrados eritrocitarios. Por medio de exámenes de laboratorio de anticuerpos fosfolípidos triple positivo y coombs positivo se confirma Síndrome antifosfolipídico y anemia hemolítica secundarios a Lupus eritematoso sistémico, con pruebas de imagen como ecografía y tomografía se confirma la presencia de colecciones a nivel del bazo sugestivos de hematomas esplénicos. Se le realizó laparoscopia exploratoria para drenar el absceso subdiafragmático izquierdo y un drenaje percutáneo del absceso esplénico, es tratada con antibioticoterapia y para el síndrome antifosfolipídico se utilizó Warfarina.

Conclusión: Los abscesos esplénicos son entidades de difícil diagnóstico con alta tasa de mortalidad, la finalidad de este reporte es difundir en la comunidad médica la presencia de los mismo y la importancia de su diagnóstico a tiempo.

Palabras clave: abscesos, anemia, esplénicos, hemolítica, síndrome antifosfolipídico.

ABSTRACT

Introduction: Antiphospholipid syndrome is a pathology that causes thrombotic alterations in different organs as the primary manifestation. It may be associated with other autoimmune diseases or occur alone. Abscesses are low-incidence and difficult-to-diagnose entities that develop due to alterations in the immune system. The association of splenic abscesses with antiphospholipid syndrome and hemolytic anemia is discussed by presenting a clinical case.

Methodology: This is a descriptive case report, with the Human Research Ethics Committees (HRECs) approval and signed informed consent from the patient.

Clinical Case: A 22-year-old female patient was transferred to Cuenca due to moderate asthenia with pallor and no improvement, with a history of fetal death one month ago and a transfusion of 7 red blood cell concentrates. Laboratory tests for triple positive phospholipid antibodies and positive coombs confirmed antiphospholipid syndrome and hemolytic anemia secondary to systemic lupus erythematosus, and imaging tests such as ultrasound and tomography confirmed the presence of collections at the level of the spleen suggestive of splenic hematomas. An exploratory laparoscopy was performed to drain the left subdiaphragmatic abscess and percutaneous drainage of the splenic abscess. She was treated with antibiotic therapy; Warfarin was used for the antiphospholipid syndrome.

Conclusion: Splenic abscesses are challenging to diagnose and have a high mortality rate. This report aims to inform the medical community of their presence and the importance of their timely diagnosis.

Keywords: abscesses, anemia, splenic, hemolytic, antiphospholipid syndrome.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN.....	11
METODOLOGÍA.....	11
REPORTE DEL CASO	11
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIONES.....	20
CONFLICTO DE INTERESES	20
BIBLIOGRAFÍA	21
GLOSARIO	23
ANEXOS	23

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Exámenes realizados durante la hospitalización.....	12
Tabla N°2: Exámenes realizados para la investigación de Lupus eritematoso sistémico y Síndrome antifosfolipídico.	13

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N°3. Tabla de reportes de casos revisados sobre Síndrome Antifosfolipídico y abscesos esplénicos.....	24
Anexo N°4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	25

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Antifosfolipídico (SAF) es una enfermedad del sistema inmunitario, su característica es que produce anticuerpos para provocar alteraciones a nivel de la cascada de coagulación, formación de trombos en diferentes sitios de origen venoso o arterial y provocar una complicación obstétrica como partos prematuros u óbitos fetales (1). Dentro de la población general tiene una prevalencia de 1 – 5%, se puede presentar en diferentes etapas de la vida de la mujer, un 3% se presenta antes de los 15 años y aproximadamente el 50% de los casos se encuentra asociada a otra enfermedad de origen autoinmune como es el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) (2).

El origen de la Anemia Hemolítica es por falla del sistema inmune, produciendo anticuerpos que provocan la destrucción de los glóbulos rojos, se presenta como disnea, palidez y fatiga como manifestaciones principales, pero también se asocia a hemorragias, dolor articular y fiebre (3). Los abscesos esplénicos son entidades de poco conocimiento, en el mundo existen 600 reportes, provocando un compromiso del sistema de defensa y provocando su muerte en la mayoría de los casos, existen varias causas, pero entre las más importantes es la presencia de una infección latente y falla del sistema inmune por una enfermedad (4).

METODOLOGÍA

Es un diseño de reporte de caso, estudio descriptivo que fue autorizado por el CEISH de la Universidad Católica de Cuenca, la paciente dio su consentimiento para utilizar información que nos ayude a demostrar su enfermedad.

REPORTE DEL CASO

Mujer de 22 años de edad con antecedentes de 2 abortos y 1 óbito fetal de 25 semanas de gestación presuntamente por preeclampsia sin cifras tensionales registradas, después

de parto inducido presentó anemia sin causa aparente que requirió de 3 concentrados de glóbulos rojos por presentar una hemoglobina de 7 g/dl y después de una semana acude nuevamente por astenia, palidez y malestar general, se le realizó una biometría y se obtuvo una hemoglobina de 6 g/dl por lo que requirió de 4 concentrados de glóbulos rojo nuevamente.

La paciente fue transferida a la ciudad de Cuenca porque no cesa su sintomatología de astenia moderada con palidez, y su hematocrito no aumentaba a pesar de las transfusiones. La paciente es ingresada con taquicardia y el resto de signos normales, en el examen físico se observó palidez generalizada marcada, el abdomen doloroso a la palpación en el hipocondrio izquierdo, esplenomegalia, lesiones ulcerosas en boca, edema de miembros inferiores, fatiga y lesión eritematosa en región malar sin tiempo de evolución específico. Se le realizaron exámenes de laboratorio, que se encuentran en la Tabla 1.

Tabla N°1: Exámenes realizados durante la hospitalización.

Exámenes	21/03/23	22/03/23	23/03/23	24/03/23	25/03/23	26/03/23	27/03/23	29/03/23	Valor Referencial
Leucocitos 10/mm ³	5.92	7.80	6.22	6.42	7.36	5.95	5.58	7.90	4.50 – 10.00
Glóbulos rojos 10/mm ³	1.74	2.08	1.94	2.01	2.59	2.77	2.68	3.38	3.90 – 5.60
Hemoglobina g/dl	5.75	6.30	5.70	6.40	7.80	8.30	8.10	10.30	12.30 – 15.30
Plaquetas 10/mm ³	374	391	339	317	338	302	262	280	150 – 450
VCM fl	104.0	105.30	104.1	105.0	96.9	99.6	97.4	95.9	80.0 – 98.0
PCR	7.02	7.13	7.19	5.48	2.19	2.01	0.77	0.30	< a 0.50
Tiempo de Protrombina seg	14.90	14.30		14.0		13.40			11.5 – 13.5
Tiempo de Tromboplastina Parcial seg	36.0	42.0		39.2		43.0			25.0 – 40.0
INR	1.28	1.22		1.19		1.14			0.98 – 1.18
Fibrinógeno	434.0	422.0	422.0	390.0	337.08				200 – 400
Dímero D	> a 5000	> a 5000	> a 5000	4932.0	> a 5000				< 386.0
Coombs Directo	Positivo								
	++++								
						Coombs Indirecto			
						Positivo			

Fuente: Recopilación de la Autora.

De acuerdo a los exámenes de laboratorio se diagnosticó a la paciente con una anemia hemolítica coombs positiva, razón por la cual se le inició metilprednisolona. Se solicitó exámenes para investigación de lupus y síndrome antifosfolipídico por el antecedente de un óbito fetal y hemolisis, las pruebas específicas se encuentran en la Tabla N°2.

Tabla N°2: Exámenes realizados para la investigación de Lupus eritematoso sistémico y Síndrome antifosfolipídico.

Exámenes	Valor referencial	Resultados
Anti Cardiolipina (aCL) IgM	Positivo > 7.0	18.70 MPL
Anti Cardiolipina (aCL) IgG	Positivo > 10.0	56.30 GPL
Beta 2 Glicoproteína Ac (B2GP1) IgM	Límite 5 - 8 Positivo > 8.0	5.10 U/ml
Beta 2 Glicoproteína Ac (B2GP1) IgG	Límite 5 - 8 Positivo > 8.0	41.30 U/ml
Anticoagulante Lúpico (AL)	Positivo > 40 segundos	61 seg
ANAS	Positivo: títulos iguales o mayores a 1/80	1/80
C4	10 – 40	8.0 mg/dl
C3	90 -180	142 mg/dl

Fuente: Recopilación de la Autora.

Al obtener los resultados se diagnosticó a la paciente con anemia hemolítica y síndrome antifosfolipídico triple positivo secundarios a lupus eritematoso sistémico. Por el examen físico y los hallazgos en la radiografía de tórax (figura 1A) en donde se evidenció un engrosamiento peribroncovascular axial que sugiere un proceso inflamatorio bronquial y elevación de hemidiafragma izquierdo que sugiere patología abdominal, se le solicitó a la paciente una ecografía del sistema portoesplénico (figura 1B -1C) en donde se observa un aumento de tamaño del bazo de 15.5 x 9.7 x 5.1 cm en sus ejes mayores, imágenes hiperecogénicas que sugieren hematomas, sin señal doppler. Adicionalmente se le realizó una tomografía abdominal (figura 1D) en donde se evidencia la esplenomegalia con cuatro colecciones en el bazo con UH en rango de líquido espeso,

los de mayor tamaño tienen localización subcapsular con volumen de 216.6 cc y 51.8 cc y los otros 2 de localización periférica con volumen de 48 cc y 3.7 cc, que sugieren hematomas esplénicos de carácter subagudo.

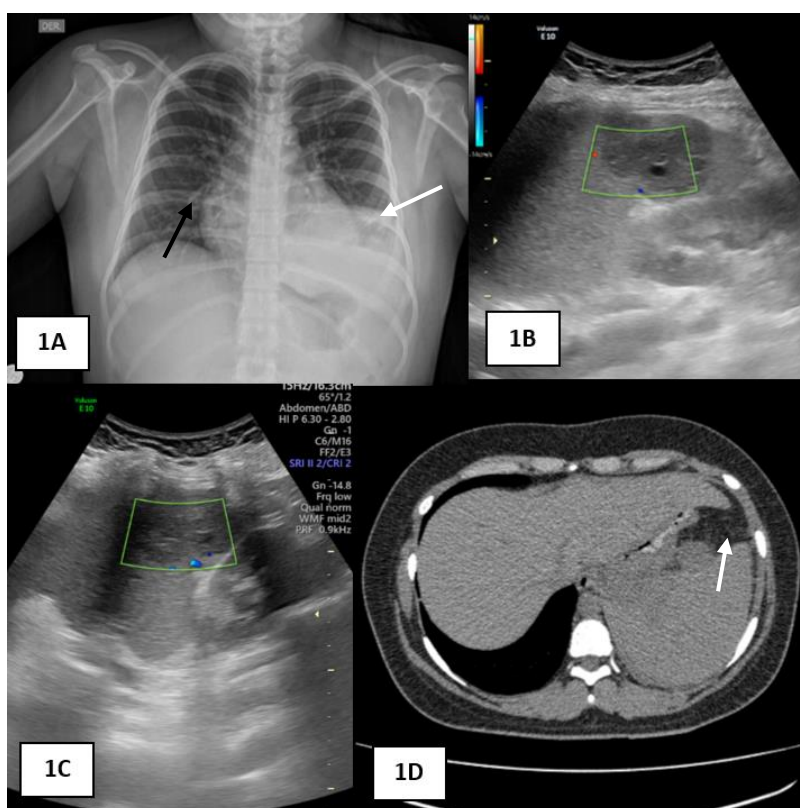


Fig. 1A. Radiografía de tórax se evidencia elevación del diafragma izquierdo (flecha blanca) y engrosamiento peribroncovascular (flecha negra). **1B - 1C.** Ecografía del bazo en donde se evidencian hematomas (rectángulos verdes). **1D.** Tomografía abdominal en donde se evidencian colecciones en el bazo sugestivas de hematomas esplénicos (flecha blanca).

Fuente: Archivo de la paciente, Dra. Rosana Córdova.

Se realizó una interconsulta a reumatología por los criterios que cumple para LES y se inició tratamiento por vía oral con Hidroxicloroquina. Por el alto riesgo de ruptura esplénica e inestabilidad hemodinámica se solicitó interconsulta con cirugía para su resolución quirúrgica, se realizó un hemograma completo para valorar la hemoglobina de la paciente que se encontraba en 6.8 g/dl por lo que se le transfunde un concentrado eritrocitario para entrar a cirugía y realizar una esplenectomía.

En cuanto al tratamiento quirúrgico se le administró anestesia general mixta intravenosa e inhalatoria, en posición decúbito lateral derecho con la adecuada asepsia y antisepsia. Se realizó cuatro incisiones, la primera de 10 mm supraumbilical, la segunda de 12 mm subxifoidea, la tercera de 5 mm en la línea axilar anterior izquierda a 6 cm del reborde costal y la cuarta de 5 mm en la línea axilar media izquierda a 8 cm de reborde costal. Por la incisión supraumbilical se accede a la cavidad empleando visiport con lente de 0 grados, se crea neumoperitoneo a presión de 14 mmHg. Se coloca trócares por las incisiones antes mencionadas bajo visión directa.

Se realiza disección de plastrón subdiafragmático izquierdo para conseguir la identificación del bazo en donde se observa un absceso subfrénico izquierdo y un absceso en el polo inferior del bazo. Se realizó un drenaje laparoscópico del absceso subfrénico izquierdo con un contenido de 300 ml de pus y se realizó un aseo extenso del lecho quirúrgico, se tomó muestra del material necrótico para cultivo e histopatología.

Se tuvo una interconsulta transoperatoria al cirujano intervencionista para un ultrasonido transoperatorio en donde se evidenciaba un absceso residual en el polo inferior del bazo, se puncionó con pigtail 8 fr y se realizó un drenaje percutáneo del absceso con un contenido aproximado de 50 ml, se colocaron 2 drenajes hacia el lecho del absceso y se exteriorizaron por los puertos de laparoscopia, se colocaron bolsas recolectoras en los drenajes, se cubrió las heridas con apósitos estériles y la paciente pasó a UCI.

La paciente fue tratada con antibioticoterapia de piperacilina – tazobactam más vancomicina por la presencia de los abscesos durante 14 días. Las muestras obtenidas durante la laparotomía y el drenaje percutáneo fueron enviadas para realizar un cultivo de

las mismas. Se inició tratamiento con warfarina con un objetivo de INR entre 2 – 3, se mantuvo seguimiento por reumatología, hematología y cirugía con evolución favorable.

DISCUSIÓN

El Síndrome antifosfolipídico es una entidad inmunitaria que puede ocasionar complicaciones durante el embarazo, sucesos tromboembólicos que se relacionan con los anticuerpos antifosfolípidos, son causas primarias si no se identifica una entidad específica y son secundarias cuando se presentan con alguna enfermedad de base o de origen reumático como la artritis o el lupus eritematoso sistémico (5). En nuestro caso es una paciente de 23 años que presenta una enfermedad de base al cual es lupus eritematoso sistémico por lo que se lo clasifica como un síndrome antifosfolipídico secundario.

En cuanto a las manifestaciones del síndrome antifosfolipídico se puede presentar la trombosis venosa y arterial como la más habitual, varias pérdidas de embarazos, trombocitopenia, livedo reticularis, encefalopatía isquémica aguda, en cuanto a la trombosis se puede exponer en diferentes órganos como el riñón, el hígado, el corazón o en la glándula suprarrenal, los infartos a nivel del bazo son infrecuentes, pero se puede atribuir en la explicación de un síndrome antifosfolipídico catastrófico (6). El motivo de consulta de la paciente en nuestro caso es la palidez marcada y astenia, en el examen físico se evidenció dolor en el hipocondrio izquierdo más esplenomegalia.

Los pacientes con síndrome antifosfolipídico y lupus eritematoso sistémico presentan manifestaciones hematológicas como la anemia hemolítica autoinmune que se asocia a los anticuerpos positivos para anticardiolipina y anticoagulante lúpico, la presencia del anticuerpo beta 2 glicoproteína 1 también se asocia significativamente en pacientes con lupus eritematoso sistémico y la anemia hemolítica (7). En estas patologías se puede encontrar anticuerpos positivos antinucleares, hipocomplementemia, alteraciones

neurológicas y afectación renal (8). En nuestro caso se le solicitó las pruebas específicas, obteniendo como resultado los anticuerpos beta 2 glicoproteína, anticardiolipina y el anticoagulante lúpico positivos demostrando así la asociación de la anemia hemolítica autoinmune con su padecimiento actual, ocasionando una gran inestabilidad hemodinámica y dificultades en el tratamiento. En los exámenes inmunohistoquímicos de los anticuerpos antinucleares fueron positivos y presentó una hipocomplementemia de C4 sin alteraciones neurológicas y con un perfil renal normal.

Infecciones previas pueden provocar alteraciones a nivel inmunológico o vascular, en especial la presencia de agentes virales que pueden provocar eventos trombóticos en diferentes órganos. Actualmente hay reportes de casos que una infección por citomegalovirus estimula el síndrome antifosfolipídico, se expone en varios estudios que se evidencia una trombosis en relación a aPL independiente de beta 2 glicoproteína 1 (B2GP1), formando diferentes anticuerpos que no necesariamente causen trombosis (9). En este caso la paciente no refiere un cuadro infeccioso previo, en las pruebas serológicas que se realizaron no presentó alteraciones y el antecedente con mayor relevancia es el óbito fetal un mes antes de la consulta por emergencia.

Los abscesos esplénicos son afectaciones infrecuentes, se han demostrado menos de 1%. Su presentación depende de diferentes factores que predisponen su manifestación como traumatismos a nivel del bazo, infecciones bacterianas o diseminación de una infección en otro órgano. Presenta una alta tasa de mortalidad de un 24.5% en pacientes que ya fueron diagnosticados y tratados adecuadamente (10). La ecografía ha sido abandonada por la tomografía en el diagnóstico de los abscesos en donde se obtiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 92% (11). Las comorbilidades que presentaba nuestra paciente como la preeclamsia y el síndrome antifosfolipídico causaron la formación del infarto esplénico que finalmente se convertiría en un absceso, los

resultados tanto de la ecografía como la tomografía sugerían hematomas esplénicos, por la inestabilidad hemodinámica y su alto riesgo de ruptura se decidió realizar una esplenectomía.

Los tratamientos más frecuentes para los abscesos esplénicos es un drenaje percutáneo o quirúrgico que se debe asociar con una terapia antibiótica de amplio espectro que debe durar entre 3 – 4 semanas (12). El drenaje percutáneo su objetivo es reducir el tiempo de hospitalización y prevenir el riesgo de rotura intraperitoneal entre un 70 – 100% y no es necesario realizar una esplenectomía, si sólo se realiza la terapia antibiótica se presentará una mortalidad entre el 30 – 80% de los casos. La opción quirúrgica de una esplenectomía como tratamiento definitivo es debatido actualmente, ya que se emplearía como un tratamiento preventivo para evitar formación de abscesos en un futuro, su discusión se basa en que mantener el bazo es fundamental en pacientes que presentan inmunosupresión, por lo anterior no está establecido un tratamiento de elección para los abscesos esplénicos (11). En este caso es importante resaltar que los estudios imagenológicos sugerían la presencia de hematomas esplénicos, por lo que el tratamiento a realizarse era una esplenectomía. Al realizar el abordaje laparoscópico se identificó un absceso subfrénico izquierdo, se trató por medio de un drenaje laparoscópico y un lavado extenso de la cavidad, luego se observó un absceso esplénico residual por medio de una ecografía transoperatoria que fue tratado con un drenaje percutáneo y terapia antibiótica de amplio espectro, se mantuvo a la paciente vigilada por la alta tasa de mortalidad que pueden ocasionar.

Es importante destacar que no se han publicado casos anteriormente sobre la asociación de abscesos esplénicos y el síndrome antifosfolípido, la explicación fisiopatológica es la presencia de diferentes infartos en el bazo que pueden provocar la formación de abscesos esplénicos, sus manifestaciones incluirán fiebre, esplenomegalia

y dolor en el cuadrante superior del lado izquierdo (12). Se requiere de apoyo imagenológico para confirmar el diagnóstico como la ecografía y la tomografía. El manejo es una esplenectomía más antibióticos por vía venosa o considerar un drenaje percutáneo (11). En nuestro caso la paciente se encontraba afebril, con esplenomegalia y dolor en el cuadrante superior izquierdo, con reacción a sus antecedentes presentó un óbito fetal causado probablemente por la preeclampsia y el síndrome antifosfolipídico ocasionando infartos esplénicos que provocaron los abscesos tras el óbito. Fue difícil su manejo por la presencia de la anemia hemolítica autoinmune junto con el hallazgo de los “hematomas en el bazo” lo que llevó a la decisión de una esplenectomía, pero al realizar la laparotomía exploratoria se encontraron abscesos por lo que se realizó el drenaje de los mismo, se le añadió tratamiento con antibióticos por 7 días intravenoso y de modo ambulatorio por vía oral.

CONCLUSIONES

En este caso es importante resaltar la presencia de los abscesos esplénicos que son entidades de difícil diagnóstico, a nivel mundial se han reportado 1%, la gran mayoría son descubiertos post mortem definiendo la presencia de los abscesos como alta tasa de mortalidad. El desarrollo de un absceso esplénico es de origen infeccioso, enfermedades del sistema inmunológico y enfermedades hematológicas. Por lo cual seguimos la hipótesis de que la paciente por su historia clínica de dos abortos anteriores más un óbito fetal reciente, presentaba manifestaciones clínicas de un Síndrome antifosfolipídico secundario a Lupus Eritematoso Sistémico condición que provoca alteraciones a nivel vascular, en este caso la preeclampsia de la paciente provocó un infarto en el bazo y posteriormente se desarrolló un absceso esplénico. La evolución de la formación del absceso esplénico no está tan clara por lo que la finalidad del reporte de este caso es difundir dentro de la comunidad médica la presencia de los abscesos esplénicos su relación con el dolor abdominal, la importancia del diagnóstico y su alta tasa de mortalidad, para evitar decesos de paciente sin causa alguna.

CONFLICTO DE INTERESES

No existió ningún conflicto de interés entre los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández A, Arias R, Vargas L. Diagnóstico y manejo del síndrome antifosfolípido catastrófico | Revista Medica Sinergia. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020 Mar [cited 2023 Dec 2];5(3). Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/394/746>
2. Garate D. Síndrome antifosfolípido: Más allá de los criterios diagnósticos. Reumatología al Día [Internet]. 2022 Sep 22 [cited 2023 Dec 2];16(2). Available from: <https://reumatologiaaldia.com/index.php/rad/article/view/4630>
3. Reyes M, Montes G, Mero V, Romero M. Diagnóstico y síntomas de una anemia hemolítica. RECIMUNDO [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 2];5(1):322–9. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1016/1670>
4. De la Cruz S, Islas J, Leonher K, Michel I, Gallegos C. Absceso esplénico postraumático manifestado como Síndrome Pleuropulmonar. Revista Médica MD. 2018;9(2).
5. Hadfield MJ, Thumar JR. Antiphospholipid Syndrome Presenting with Splenic Infarct. Journal of Clinical Rheumatology. 2019 Jan 1;
6. Azañero-Haro J, Chambi L, Soto A. Infarto esplénico como presentación del síndrome antifosfolipídico y lupus eritematoso sistémico: reporte de un caso. Rev Colomb Reumatol [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 2]; Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-pdf-S0121812322000536>
7. Bernardoff I, Picq A, Loiseau P, Foret T, Dufrost V, Moulinet T, et al. Antiphospholipid antibodies and the risk of autoimmune hemolytic anemia in

- patients with systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *Autoimmun Rev.* 2022 Jan 1;21(1):102913.
8. Ames PRJ, Merashli M, Bucci T, Pastori D, Pignatelli P, Arcaro A, et al. Antiphospholipid Antibodies and Autoimmune Haemolytic Anaemia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Molecular Sciences* 2020, Vol 21, Page 4120 [Internet]. 2020 Jun 9 [cited 2024 Jan 4];21(11):4120. Available from: <https://www.mdpi.com/1422-0067/21/11/4120/htm>
 9. Denham C, Tissier G, Golding A. Antiphospholipid antibody syndrome with thrombotic splenic infarcts associated with acute cytomegalovirus infection. *Access Microbiol.* 2019;1.
 10. Nieciecki M, Kożuch M, Czarniecki M, Mlosek RK, Michno A, Olszewski W, et al. How to diagnose splenic abscesses? *Acta Gastroenterol Belg.* 2019;82(3):421–6.
 11. Davido B, Dinh A, Rouveix E, Crenn P, Hanslik T, Salomon J. Splenic abscesses: From diagnosis to therapy. *Rev Med Interne* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2024 Jan 7];38(9):614–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28196700/>
 12. Tsan C, Chiang D. Unusual surgical presentation of a medical condition: antiphospholipid syndrome. *ANZ J Surg.* 2005;75:249–54.

GLOSARIO

SAF: Síndrome Antifosfolípídico

LES: Lupus Eritematoso Sistémico.

VCM: Volumen corpuscular medio.

UH: Unidades Hounsfield.

aPL: Anticuerpos Antifosfolípidos.

aCL: Anticuerpo Anti – Cardiolipina.

B2GP1: Beta 2 Glicoproteína 1.

AL: Anticoagulante Lúpico.

Ac: Anticuerpo.

ANAS: Anticuerpos Antinucleares.

ANEXOS

Anexo N°3. Tabla de reportes de casos revisados sobre Síndrome Antifosfolipídico y abscesos esplénicos.

Autores	Título	Año	País	Conclusión
Hadfield M, Thumar J (5).	Antiphospholipid Syndrome Presenting with Splenic Infarct.	2019	EE.UU.	En este caso la paciente acudió con sintomatología inespecífica de dolor abdominopélvico y fiebre, que fue manejada con antibióticos por una Infección del tracto urinario. Realiza exámenes por probable pielonefritis, con alteraciones evidenciando anemia, en la TAC un infarto esplénico, prolongación del tiempo parcial de tromboplastina y anticuerpos anticardiolipina positivos para IgG e IgM. El caso propone incluir dentro del diagnóstico diferencial al SAF en casos que no se obtiene un diagnóstico final por dolor abdominal.
Azañero-Haro J, Chambi L, Soto A (6).	Infarto esplénico como presentación del Síndrome Antifosfolipídico y Lupus Eritematoso Sistémico: reporte de un caso.	2022	Perú	En este reporte de caso se presenta un caso de un infarto esplénico, la paciente tiene Lupus Eritematoso Sistémico que ingresó con dolor agudo de abdomen. Se realizaron exámenes en donde se evidenció que los anticuerpos antifosfolípidos y B2GP1 están positivos más una tomografía en donde se evidenció un infarto esplénico. La finalidad del reporte es enfatizar la importancia del diagnóstico y asociar el dolor abdominal como diferencial en padecimientos inmunológicos.
Denham C, Tissier G, Golding A (9).	Antiphospholipid antibody Syndrome with thrombotic splenic infarcts associated with acute cytomegalovirus infection.	2019	EE.UU.	En este caso se concluye que existe un riesgo mayor al presentar una infección viral para el desarrollo de coágulos sanguíneos en diferentes órganos en especial el bazo, la infección por Citomegalovirus puede provocar que se desarrolle SAF por la formación de diferentes anticuerpos inespecíficos que pueden o no causar trombosis.
Tsan C, Chiang D (12).	Unusual surgical presentation of a medical condition: antiphospholipid syndrome.	2005	Australia	En este reporte de caso se presenta la asociación de SAF con abscesos esplénicos, se expone la enfermedad autoinmune se relaciona a infecciones específicas como el absceso esplénico que tiene una elevada mortalidad. La paciente ya presentaba SAF, acude por dolor torácico, sudores nocturnos, fiebre y tos productiva, fue tratada por neumonía adquirida en la comunidad con antibióticos, luego acude nuevamente por dolor abdominal sin fiebre en la TAC se evidenció una colección en el bazo, se le realizó una esplenectomía más infusión de antibióticos.

Fuente: Elaboración y recopilación de la Autora

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

MÉNDEZ MENDOZA MARÍA JOSÉ portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106449457**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO ASOCIADO A ANEMIA HEMOLÍTICA Y ABSCESOS ESPLÉNICOS: REPORTE DE CASO.”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **15 de febrero de 2024**

F: 
María José Méndez Mendoza
C.I. **0106449457**