

Insuficiencia hepática y abscesos esplénicos múltiples por fiebre tifoidea

Olynés Núñez Flores , Anelsi Rivero Mestre , Andrea Lozada , Aracelys Magdaleno 

Autor de Correspondencia: Olynés Núñez Flores Correo Electrónico: petrialdiaca@gmail.com

Afiliación

Resumen

La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa potencialmente mortal causada por la bacteria *Salmonella typhi*, que suele transmitirse a través del agua y los alimentos contaminados. Una vez ingerida, *Salmonella typhi* se multiplica y pasa al torrente circulatorio, sin embargo, la insuficiencia hepática y abscesos esplénicos como forma de presentación de la fiebre tifoidea, es poco común. La incidencia de abscesos esplénicos en fiebre tifoidea ha sido reportada entre 0,29 y 2 %. Según las estimaciones realizadas en 2019 por la Organización Mundial de la Salud, cada año enferman de fiebre tifoidea 9 millones de personas, de las que fallecen 110.000. Los síntomas de la enfermedad suelen ser fiebre prolongada, cansancio, cefaleas, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento o diarrea. Algunos pacientes presentan erupciones cutáneas. Se presenta el caso de una adolescente femenina de 12 años de edad, quien inicio enfermedad actual como cuadro enteral, con posterior ictericia, coluria y acolia, evolucionando rápidamente a falla hepática y presencia de microabscesos esplénicos, descartándose causas autoinmune, viral y metabólica, diagnosticándose infección por *Salmonella typhi* grupo H, con buena respuesta a antibioticoterapia, a pesar de que hoy en día se conocen más casos de resistencia antimicrobiana. Este caso nos lleva a pensar que la insuficiencia hepática y los abscesos esplénicos aún en pacientes inmuno competentes pueden ser causados por infecciones bacterianas.

Palabras clave: Fiebre tifoidea, abscesos, insuficiencia hepática.

Liver failure and multiple splenic abscesses due to typhoid fever

Abstract

Typhoid fever is a potentially fatal infectious disease caused by the bacterium *Salmonella typhi*, which is usually transmitted through contaminated food and water. Once ingested, *Salmonella typhi* multiplies and enters the bloodstream; however, liver failure and splenic abscesses as a presentation of typhoid fever are uncommon. The incidence of splenic abscesses in typhoid fever has been reported between 0.29% and 2%. According to estimates made in 2019 by the World Health Organization, 9 million people fall ill with typhoid fever each year, of whom 110,000 die. Symptoms of the disease usually include prolonged fever, fatigue, headache, nausea, abdominal pain, constipation, or diarrhea. Some patients experience a skin rash. We present the case of a 12-year-old female adolescent whose current illness began as an enteric illness, followed by jaundice, choloria, and acholia. The illness rapidly progressed to liver failure and the presence of splenic microabscesses. Autoimmune, viral, and metabolic causes were ruled out. A diagnosis of *Salmonella typhi* group H infection was made. The patient responded well to antibiotic therapy, despite the increasing incidence of antimicrobial resistance. This case suggests that liver failure and splenic abscesses, even in immunocompetent patients, may be caused by bacterial infections.

Keywords: Typhoid fever, abscesses, liver failure.

Introducción

La fiebre tifoidea (FT) es una enfermedad infecciosa aguda potencialmente mortal. Es una forma de fiebre entérica, causada por bacterias del género *Salmonella*, bacilos gramnegativos pertenecientes a familia Enterobacteriaceae que infectan a humanos y a una amplia variedad de animales domésticos y salvajes.¹

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizadas en el 2019, cada año enferman de FT 9 millones de personas, de las que fallecen 110.000. Obteniendo mayor incidencia en zonas en vías de desarrollo tales como, regiones de África, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. El riesgo de fiebre tifoidea es mayor en poblaciones sin acceso a agua salubre y saneamiento adecuado. El mayor riesgo corresponde a las comunidades pobres y los grupos

vulnerables, entre ellos los niños.²

El agente causante de esta enfermedad, *Salmonella typhi* (*S. typhi*), lo descubrió el patólogo alemán Karl Joseph Ebert en 1880. Esta bacteria se caracteriza por su ingreso a la vía digestiva, llegando al intestino y de allí hasta el torrente sanguíneo, lo que causa una fase de bacteriemia hacia la primera semana de la enfermedad; posteriormente, se localiza en diversos órganos y produce fenómenos inflamatorios y necróticos, debidos a la liberación de endotoxinas. Finalmente, se eliminan al exterior por las heces. Suelen presentarse síntomas como fiebre alta prolongada, cansancio, cefaleas, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento o diarrea, y algunos pacientes presentan erupciones cutáneas. En los casos graves, esta enfermedad suele ser mortal y difícil de tratar debido a la resistencia a antimicrobianos, su diagnóstico confirmatorio se realiza mediante cultivos o reacción en cadena de polimerasa (PCR).³

Cómo citar este artículo: Núñez Flores O, Rivero Mestre A, Lozada A, Magdaleno A. Insuficiencia hepática y abscesos esplénicos múltiples por fiebre tifoidea. Rev Gen. 2026;80(1): 61-64. doi:10.61155/gen.v80i1.790

Entre las complicaciones frecuentes de esta patología se encuentran el sangrado digestivo, perforación intestinal, la encefalopatía tifoidea, hepatitis, pancreatitis y peritonitis, por otra parte se describen otras complicaciones menos frecuentes como encefalomiелitis, meningitis, síndrome de Guillain-Barré, endocarditis, miocarditis, neumonía, glomerulonefritis, pielonefritis, osteomielitis, artritis, dactilitis, anemia, supresión medular y coagulación intravascular diseminada, colecistitis, absceso hepático y/o esplénico.⁴

A continuación, este caso resume la evolución de un adolescente femenino, bajo el diagnóstico de fiebre tifoidea, donde se aisló el germen de *S. typhi*, presentando complicaciones como insuficiencia hepática y menos frecuente aún, abscesos esplénicos

Presentación del caso

Se trata de adolescente femenino de 12 años de edad cuya madre refiere inicio de enfermedad actual 6 días previo a ingreso presentando fiebre cuantificada en 40 grados centígrados, de difícil manejo asociada a emesis de contenido alimentario en 2 oportunidades posteriormente epigastralgia de moderada intensidad e ictericia (**Figura 1**).

Acude a centro ambulatorio cercano donde solicitan ecografía abdominal con hallazgos de hepatomegalia por lo que refieren a nuestro centro, decidiendo hospitalización bajo tratamiento sintomático con diagnóstico de hepatitis aguda a descartar, se realiza nuevamente ecografía con experto que arroja hepatoesplenomegalia (**Figura 2**) y bazo midiendo longitudinalmente 13,1 cm con lesiones nodulares mixtas en su interior tipo microabscesos (**Figura 3**), discreta ascitis sin signos de hipertensión portal (**Figura 4**). Sin embargo, paciente persiste con ictericia, coluria y acolia, asociándose durante hospitalización epistaxis unilateral y melena en 2 oportunidades más somnolencia, planteándose descartar hepatitis autoinmune, siendo valorada por inmunología quien solicita los siguientes laboratorios: Anticuerpos anti-músculo liso (SMA), anticuerpos antinucleares (ANA) e Inmunoglobulina G (IgG) sérica total, todos resultando negativos. Posteriormente se reciben antígenos febriles (Widal) positivos para *S. typhi* O 1/ 20 y *S. typhi* H en títulos de 1/40, además de coprocultivo tomado por Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel de Caracas Venezuela positivo para *S. typhi* grupo H.

Se plantea fiebre tifoidea, siendo valorada por infectología e inicia antibioticoterapia con ciprofloxacina endovenosa, respondiendo favorablemente. En ultrasonido abdominal control persisten mismos hallazgos disminuyendo tamaño y número de abscesos esplénicos, en vías de resolución.

Se solicita a madre y representante lectura y firma de consentimiento informado para la publicación de este caso

Antecedentes personales: Producto de IV Gesta, I aborto, III paras, peso al nacer: 3.2 Kg talla al nacer: 51cm.

© Revista Gen. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X

Desarrollo psicomotor acorde a edad, inmunizaciones incompletas, no posee cartón.

Antecedentes familiares: 1 Hermano con síndrome icterico resultando IgG positivo para virus hepatitis A, al día 12 de su enfermedad actual.

Examen físico de ingreso: Patrón hemodinámico y ventilatorio estable, Frecuencia cardiaca: 86 lpm Frecuencia respiratoria: 22 rpm Tensión arterial: 100 / 70 mmHg Piel: tinte icterico cutáneo mucoso, Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos normofonéticos sin soplos, Ruidos Respiratorios presentes sin agregados, Abdomen Doloroso, Blando, deprimible, hepatoesplenomegalia, ruidos hidroaereos presentes, Neurológico: Glasgow 15/15 pts.

Paraclínicos: Leucocitosis con neutrofilia, anemia microcitica hipocrómica, hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa, amilasa y lipasa dentro de límites normales, Tiempo de Protrombina (PT) e Índice Internacional Normalizado (INR) prolongado, elevación de aspartato aminotransferasa (AST) 312 U/L y alanina aminotransferasa (ALT) 164 U/L, IgG hepatitis A positivo, serología para hepatitis B y C negativo, Coprocultivo (Instituto nacional de higiene Rafael Rangel) positivo para *S. typhi* grupo H.

Figura 1. A. Ictericia en el momento de su ingreso. B. Ictericia durante hospitalización bajo tratamiento. C. Piel normocrómica al egreso

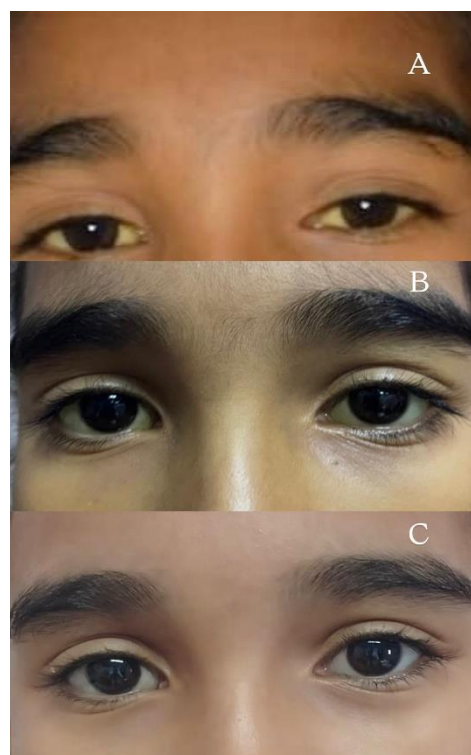
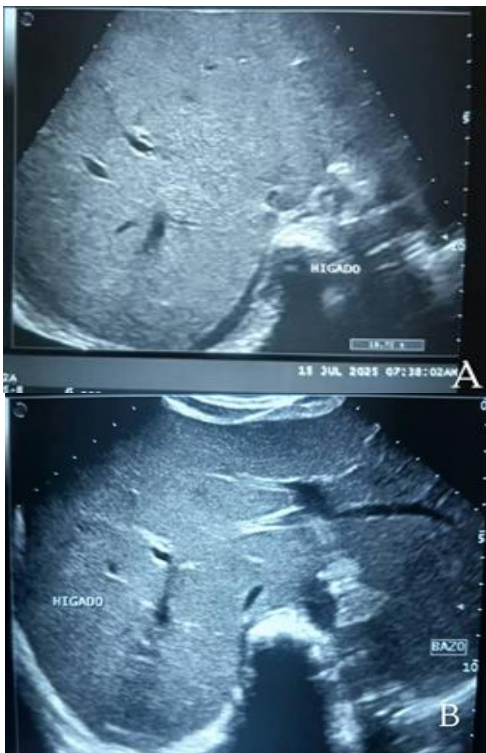


Figura 2. Ecografía abdominal Julio 2025.

A. Hepatomegalia con parénquima homogéneo sin lesiones B. Lesiones esplénicas tipo microabscesos

**Figura 3.** Ecografía abdominal. Julio 2025

A y B. Esplenomegalia con medida longitudinal de 13.1 cm, presentando 4 nódulos mixtos heterogéneos sin doppler en su interior C. Esplenomegalia con nódulos, el de mayor diámetro 24 * 22 mm

**Figura 4.** Ecografía abdominal, realizada julio 2025, la cual reporta ascitis discreta a moderada, aprox. 100cc

Discusión

La salmonelosis es una infección generalmente transmitida por alimentos o agua contaminados. La presentación clínica habitual de la infección por *Salmonella no typhi* (SNT) es una gastroenteritis autolimitada. Infrecuentemente llega al torrente sanguíneo (bacteriemia), y junto, o posterior a ésta, pueden manifestarse complicaciones focales, a diferencia de *S. typhi* que causa la Fiebre tifoidea, una enfermedad sistémica y potencialmente mortal que infecta exclusivamente a los humanos.

Salmonella es un buen ejemplo de microorganismos que se encuentran muy bien adaptados a sus hospederos. Sus mecanismos de invasión varían dependiendo del serotipo infectante, el inóculo y el tipo de célula que está siendo invadida, activando diferentes grupos de genes según ingrese a células epiteliales no fagocíticas o macrófagos.⁵

Existe una mayor relación de salmonelosis extraintestinal en individuos con anemia carencial, tal como lo manifestó nuestra paciente.⁵ Sin embargo los abscesos esplénicos son raros en la infancia y se asocia a una alta tasa de mortalidad, los reportes arrojan una incidencia de 0.29- 2%. El sistema hepatobiliar y el bazo son sitios frecuentes de infecciones abdominales extraintestinales por Salmonella pero hay una baja incidencia de absceso esplénico, pudiendo estar relacionado con la actividad fagocítica del sistema reticuloendotelial y los leucocitos.⁶

La falla hepática aguda (FHA) es un síndrome relativamente poco frecuente pero extremadamente grave, que puede afectar incluso a personas previamente sanas. La hepatomegalia y la elevación moderada de los niveles de transaminasas son los hallazgos comunes que ocurren en el 21-60% de los casos de fiebre tifoidea. Sin embargo, el trastorno hepático grave que simula una hepatitis viral aguda es muy raro. La presentación con una elevación de las transaminasas similar a la de la hepatitis viral aguda,

como se observó en este caso, ha sido informada por otros.⁷⁻⁹

Conclusiones

Este caso nos lleva a pensar que la insuficiencia hepática y los abscesos esplénicos aún en pacientes inmuno competentes pueden ser causados por infecciones bacterianas y que en la práctica médica no se debe obviar las presentaciones más atípicas de enfermedades de data antigua, para así establecer estrategias de evaluación y diagnóstico oportunos que permitan un tratamiento efectivo, llevando a la curación y supervivencia en nuestra población pediátrica.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 27/10/2025

Fecha de revisión: 04/11/2025

Fecha de aprobación: 02/12/2025

Referencias

1. Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Salmonella infections. In: Red Book: 2021–2024. Report of the Committee on Infectious Diseases. 32nd ed. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2021. p. 655–663.
2. Organización Mundial de la Salud. Fiebre tifoidea. Boletín informativo; marzo 2023.
3. Secretaría de Salud de Tlaxcala. Dirección de Servicios de Salud. Jefatura de Epidemiología. Fiebre tifoidea. Boletín Epidemiológico. 2017;34(32).
4. Marchello CS, Birkhold M, Crump JA. Complications and mortality of typhoid fever: a global systematic review and meta-analysis. J Infect. 2020 Dec;81(6):902–910. doi:10.1016/j.jinf.2020.08.030.
5. Vélez Balestro LM, Blesa MJ, Gómez DL, et al. Salmonellosis extraintestinal en pacientes pediátricos. Rev Pediatr HNRG. 2017;1330(1425).
6. Bhongle NN, et al. Splenic abscess due to Salmonella Typhi in a non-sickler patient. J Glob Infect Dis. 2013 Mar;5(1):38–40. doi:10.4103/0974-777X.107174.
7. Karoli R, Fatima J, Chandra A, Singh G. Salmonella hepatitis: a rare complication of a common disease. J Family

© Revista Gen. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X

Med Prim Care. 2012 Jul–Dec;1(2):160–162. doi:10.4103/2249-4863.104987.

8. León LP, Otero W, Gómez M. Fiebre, ictericia y hepatitis: no siempre es infección viral. Rev Col Gastroenterol. 2015 Jul–Sep;30(3):331–336.

9. Baqir SM, Sharma N, Lutaf A, Ghitan M, Lin YS. Typhoid fever as a cause of liver failure in the United States. Case Rep Gastrointest Med. 2015;2015:3087201.doi:10.1155/2015/3087201