

## **Absceso hepático piógeno a foco diseminado. Presentación de un caso Pyogenic hepatic abscess in disseminated focus. A case review**

Héctor Daniel Muarra Álvarez (1), Jorge Luis González González (2), Héctor Barroso Reina (3), Katia Villamil Fumero (4).

### **Resumen**

Se presenta el caso de un paciente de 34 años de edad que ingresa con diagnóstico de Síndrome Febril Crónico para estudio, por las manifestaciones clínicas al ingreso, evolutivas, exámenes complementarios y laparotomía exploratoria, se concluye como Absceso Hepático Piógeno a foco diseminado, enfermedad rara de elevada mortalidad, se revisa la literatura y se comentan aspectos clínicos y terapéuticos.

**Palabras clave:** Absceso Piógeno, Laparotomía Exploratoria, Apendicitis solapada.

1. Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.
2. Especialista de Primer Grado en Radiología. Profesor Instructor
3. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna y verticalizado en Medicina Intensiva y Emergencias Médicas.
4. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor

### **I**

### **INTRODUCCIÓN**

El Absceso Hepático Piógeno es una enfermedad rara que por lo general tiende a ser múltiple, acompañándose de una mayor mortalidad que el Absceso Amibiano (1).

En áreas del tercer mundo el Absceso Hepático Amibiano prevalece sobre el Piógeno con incidencias mayores, de 317/125 en la serie Balasegaran de Malasia (1981). En la experiencia de (Rugeles y col, 1986) exhibe una prevalencia del doble sobre el piógeno (2).

Pero en los Estados Unidos el Absceso Piógeno es más frecuente que el Amibiano (way, 1994) (3).

El Absceso Hepático Piógeno es una enfermedad secundaria a un foco primario generalmente demostrable, cuyas vías básicas de infección son: Vía Biliar (siendo la colangitis ascendente la causa más frecuente). La Pileflebitis Portal a punto de partida de una apendicitis, de enfermedad séptica de la pelvis, colecistitis piógena, diverticulitis, peritonitis por perforaciones viscerales, hemorroides infectadas y otras. Los gérmenes pueden llegar además por extensión directa de órganos contiguos o a través de la arteria hepática tras bacteriemia de un foco séptico a distancia o por lesiones penetrantes o contusas del hígado. Además, se invocan la vía linfática y el origen criptogenético. (4,5,6,7)

El diagnóstico del Absceso Hepático Piógeno debe ser sospechado en todo paciente con fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, hepatomegalia, leucocitosis y fofatasa alcalina elevada.(7,8,9,10)

La presentación de un paciente con estas características y la rareza clínica de esta entidad nos motivaron a la realización de este trabajo.

### **Cuadro Clínico**

Paciente blanco, masculino de 34 años de edad con antecedentes de salud, 23 días previos al ingreso el paciente comenzó con fiebre de 38-39oC, en aguja, que aparecía dos o tres veces al día y que se mantuvo hasta el momento del ingreso. Durante su evolución en sala la fiebre persistió con estas características sumándose al cuadro toma del estado general progresiva, dolor en hipocondrio derecho y hombro ipsilateral. No se encontraron antecedentes de trauma ni evidencias de foco séptico a distancia al realizar el interrogatorio.

Al examen físico se constató íctero, hepatomegalia de 5 cm, dolorosa, superficie lisa, taquicardia de 120 latidos por minutos y polipnea de 30 respiraciones por minutos.

Complementarios: leucocitosis marcada que llegó a ser de  $24 \times 10^9/l$  con desviación a la izquierda y stabs en periferia, granulaciones tóxicas en el citoplasma de los PMNN. Cifras bajas de HB entre 7 y 8 g/l Elevación de las transaminazas: TGP 150 UI y TGO 130 UI Fosfatasa Alcalina 5.5 UB. Eritro en tres cifras (125mm). BT 68 a expensa de la BD Hemocultivos negativos

La Laparoscopia informa que no existen lesiones hepáticas.

El U.S hepático pone en evidencias múltiples lesiones intraparenquimatosas ecolúcidas diseminadas por toda la glándula a predominio del lóbulo derecho, la mayor mide 184 mm por 119 mm, dilatación de la porta 22 mm.

Rayos X de tórax se aprecian elevación del hemidiafragma derecho, pequeño derrame pleural derecho fig 1. La TAC de hígado corrobora los hallazgos ultrasonográficos fig 2. La BAAF bajo control ultrasonográfico evacuó 200cc de pus y la laparotomía exploratoria constata abscesos hepáticos múltiples, drenándose los mayores y realizando toilette del hígado y apendicectomía por aumento de tamaño y cambios inflamatorios del apéndice cecal.

## DISCUSIÓN

El Absceso Hepático Piógeno hace años tenía su mayor incidencia en la infancia, adolescencia y adultos jóvenes y aparecía como secuela de sepsis umbilicales o apendicitis. En la actualidad, el diagnóstico y tratamiento precoz de estas entidades han permitido una disminución de la incidencia de pyleflebitis y, por tanto de la formación de abscesos hepáticos, por lo cual se ve con mayor frecuencia en ancianos y personas de mediana edad.(11,12,13)

A pesar de lo antes expuesto nuestro paciente es un adulto joven que hizo una apendicitis solapada y modificada por antibióticos, constituyendo el foco séptico primario y provocando la pyleflebitis más las metástasis sépticas hepáticas.

Han, resume así la microbiología del Absceso Hepático Piógeno “existen tres grupos de bacterias que pueden presentarse en forma aislada o en combinación”.

1. cocos piógenos gram positivos (estafilococos y estreptococos).
2. Enterobacterias (echericha coli, klebsiella, enterobacter, proteus, etc).
3. Bacterias anerobias (bacteroides frágiles y clostridium).(14,15,16,17,18,19,20)

En nuestro paciente no fue posible aislar ningún germen ni en los cultivos por punción ni en los hemocultivos, lo que nos obligó al uso de antibióticoterapia de amplio espectro.

El dolor en el hipocondrio derecho y hombro ipsilateral, el íctero, la fiebre principales manifestaciones clínicas estuvieron presentes.

La fosfatasa alcalina, las transaminasas elevadas más la eritro en tres cifras y los hallazgos del ultrasonido corroborados por la TAC constituyeron los exámenes complementarios más importantes en este paciente, que orientaron a realizar primero la BAAF y posteriormente la laparotomía exploratoria que fue diagnóstica y terapéutica.

## ABSTRACT

A 34 years old patient case that was admitted with the chronic fever syndrome is presented for study. Due to clinical manifestations at the admission, complementary test and exploratory laparotomy it is concluded as pyogenic hepatic abscess in disseminated focus, uncommon illness of high mortality. The literature is reviewed and some clinical and therapeutical aspects are discussed.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Malek.A,et al.Absceso hepático , Editado por JCU Coelho, 2003:150:210.
2. Rúgeles, S, et al. Absceso hepático en el Centro Médico de los Andes presentado (póster) en Congreso Internacional de Medicina Interna. Santa Fé de Bogotá; 1986.
3. Way L. Hepatic abscess. En. Current Surgical Diagnosis and treatment. Edición. 1996. 46 (5): 204. (3).
4. De la Fuente J, Gil P. Abscesos Hepáticos Piógenos: Situación actual. Rev. Clínica Esp 2000; 197 (7): 469 – 471 .

5. Lasuer N, Martinez Z , Cols M , Roca J , Capdevila A . Absceso Piógeno Hepático en un paciente sano . AP. 2005 Julio ; 63 (1) : 80
6. Kandel G ; Pyojenie Liver Abscess , live concepchs of and old disease. Am. L. Gastroenterol ; 1984 ; 65:79.
7. Barrio J, Consme D, Ojeda E, Garrendia G. Bujenda L. Fernández J, et. Al. Enfoque clínico y diagnóstico del absceso hepático. Rev. Med Chile ( en línea). 2003 dic. 12 (9 de nov. de 2005); 131: 1411- 1420. VRL disponible en <http://www.pinilla@superableto.net..co>.
8. Drondo ML, Fernanda E, Peña JM, Montelie J, Bomíh M, País B. Síndrome de absceso Hepático Piógeno con hemólisis masivas intravascular y fracaso renal agudo. RN ( en línea). 1995 18 julio ( fecha de acceso 4 de septiembre del 2005), MCM XCU (1) , VRL disponible : att: //www. Aulan e dilamultimedia. Com/sen/revista/index. Esp xs.com/
10. Molinos S, Sánchez P, Sande D, Pesqueira P, Estudio Descripctivo de abscesos hepáticos en nuestro medio, Socie. Gall. Med. Int ( en línea) 2001 Agot 6 (fecha de acceso 9 de Nov de 2005) ; 144 : 172. VRL disponible en : <http://www.malito:jculloa@meiga.info>.
11. Rugeles S, et al. Absceso hepático en el centro medico de los Andes . Congreso Internacional de Medicina Interna; Santa Fè de Bogotá 4-5 de mayo 1986. P 15-30.
12. Padiño J. Manejo del absceso hepático. Infección Quirúrgica CMA. Centro mèdico de los Geudes. 2001; 143-251.

## ANEXOS

