



CARTA CIENTÍFICA

Absceso hepático roto: revisión de un caso

Broken liver abscess: Case presentation

DJ. I. Sandoval-Rodríguez,^{a,*} L. N. Quintero-Serrano,^a J. L. Rivera-Pedraza,^b O. Magallanes-Cedillo^a

Recibido: 09 de febrero de 2016

Aceptado: 18 de junio de 2016

Handle: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/66661>

PALABRAS CLAVE

Absceso hepático;
Sepsis abdominal;
Laparotomía.

RESUMEN

El absceso hepático es una colección de pus rodeado de cápsula fibrosa, el cual es una causa de alta morbilidad y mortalidad en el mundo. Tienen una incidencia aproximada de 20 por cada 100 000 habitantes y una mortalidad de 5% a 30%. En el presente artículo se menciona el caso de un paciente con absceso hepático, su manejo y evolución.

KEYWORDS

Hepatic Abscess;
Abdominal sepsis;
Laparotomy.

ABSTRACT

The liver abscess is a collection of pus surrounded by fibrous capsule, which is a cause of high morbidity and mortality worldwide. It has an incidence of 20 per 100 000 habitants and a mortality rate of 5% to 30%. In this article is mentioned the case of a patient who presented a liver abscess, the management and evolution.

^a Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, México.

^b Centro Médico ABC, México.

* Autor para correspondencia: jorge_t40@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El absceso hepático es una colección de pus rodeado de cápsula fibrosa. Esta patología continua siendo causa de alta morbilidad y mortalidad en el mundo, en especial en países en vías de desarrollo como nuestro medio¹.

Años atrás, la principal causa del absceso hepático piógeno era la apendicitis, pero gracias los avances de la práctica quirúrgica y el manejo antibiótico éste disminuyó, sin embargo ha aumentado la incidencia del absceso secundario a coleditiasis y patología del tracto biliar con el riesgo potencial de presentar sepsis².

Caso clínico

Paciente masculino de 51 años de edad sin antecedentes de diabetes mellitus ni hipertensión arterial, alcoholismo positivo de manera social sin llegar a la embriaguez, tabaquismo negado. Dentro de los antecedentes quirúrgicos únicamente refiere u reducción abierta con fijación interna de fractura de tobillo izquierdo hace 10 años.

Inició este padecimiento 10 días previos a su ingreso, presentó fiebre y dolor abdominal tipo cólico generalizado, de predominio en hipocondrio derecho, sin irradiaciones, de intensidad leve a moderada. Acudió al médico e inició tratamiento con antibiótico. Refiere que no hubo mejoría de la sintomatología y que presentó intensa astenia y adinamia; días posteriores presentó ictericia, palpitations y deterioro clínico. El dolor abdominal aumentó de intensidad hasta ser incapacitante, razón por la cual acudió al hospital.

A su ingreso se encuentra: paciente en mal estado general, presenta ictericia generalizada, mal estado de hidratación, taquicardia y taquipnea, abdomen con peristalsis disminuida, rigidez muscular involuntaria, hiperestesia e hiperbaralgesia, dolor a la palpación generalizada de predominio en hipocondrio derecho e hipogastrio, dolor a la descompresión brusca, extremidades con llenado capilar de 2 segundos. Durante su estancia en el servicio de urgencias el paciente comenzó con datos de choque y taquipnea de hasta 45 respiraciones por minuto, por lo que se inició manejo con aminas vasoactivas e intubación orotraqueal para apoyo mecánico de la ventilación.

Debido a que el paciente presentó datos de abdomen agudo se solicitó tiempo quirúrgico suponiendo absceso hepático, se requirió tomografía axial computarizada en la que se confirmó éste (figura 1); se observó presencia de líquido libre y quiste renal incidental.

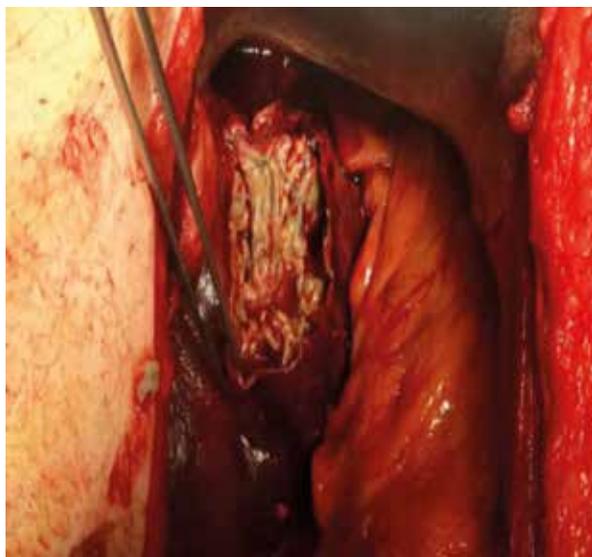
Figura 1. TAC con presencia de absceso hepático



Fuente: propia.

Se procedió a realizar laparotomía exploradora, encontramos como hallazgo un absceso hepático roto (figura 2) con 1500cc de líquido purulento en cavidad abdominal, lóbulo izquierdo del hígado abscedado, con invasión del parénquima hepático de los primeros 4 segmentos, apendicitis reactiva, vesícula biliar emplastronada, con lito en su interior de 2.5cm, por lo que se realizó drenaje de absceso hepático, colecistectomía, apendicetomía, lavado de cavidad abdominal, y finalmente toma de cultivos.

Figura 2. Absceso hepático



Fuente: propia.

Absceso hepático roto: revisión de un caso

DJ. I. Sandoval-Rodríguez, L. N. Quintero-Serrano, J. L. Rivera-Pedraza, O. Magallanes-Cedillo

Debido a la sepsis abdominal se decidió realizar manejo de abdomen abierto con sistema de presión negativa, el paciente se ingresa a unidad de cuidados intensivos; además es sometido a 2 lavados quirúrgicos, en el último se realizó cierre de cavidad abdominal y posteriormente el paciente es atendido en piso de hospitalización, donde se egresa por mejoría a los 13 días de la primera cirugía. Los cultivos fueron positivos para *Escherichia Coli*.

Después de 12 meses de la cirugía se continuó vigilando la evolución del paciente a través de consulta externa; no existen complicaciones ni repercusión bioquímica en las pruebas de función hepática, la última tomografía de control se observó mejoría a nivel hepático (Tabla 1, figura 3).

Tabla 1. Laboratorios en el servicio de urgencias

Leucocitos	6.3 K/uL
Neutrofilos	92%
Hb	13.4 g/dL
Hto	40.00%
Plaquetas	217k/uL
VCM	89 fL

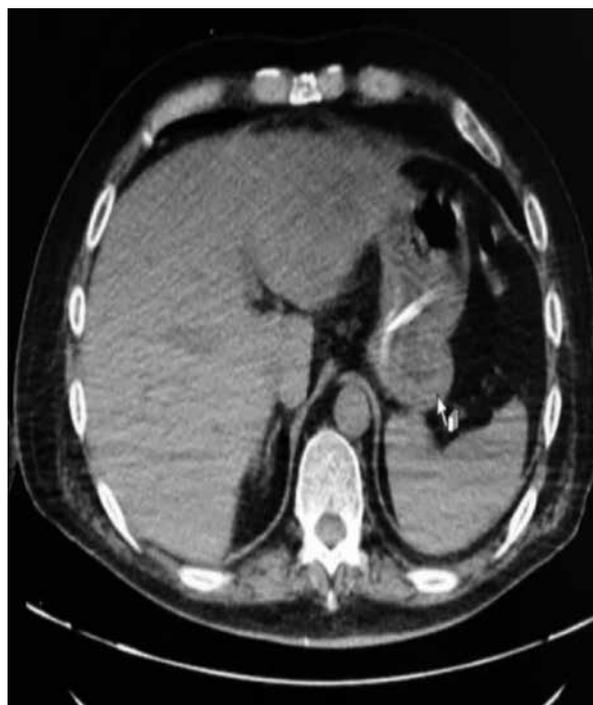
TP	17 seg
INR	1.41
TPT	59 seg

Glucosa	77 mg/dL
BUN	50 mg/dL
Urea	107 mg/dL
Creatinina	3.1 mg/d

BT	1.1 mg/dL
BD	0.7 mg/dL
BI	0.4 mg/dL
TGO	54 UI/L
TGP	30 UI/L
Albumina	2 g/dL
GGT	103 UI/L
FA	138 UI/L
DHL	211 UI/L

Fuente: propia.

Figura 3. TAC de control a los 6 meses de la cirugía



Fuente: propia.

DISCUSIÓN

El absceso hepático piógeno ocurre principalmente en pacientes diabéticos e inmunosuprimidos y en individuos que padecen neoplasias malignas. Su prevalencia ha aumentado en años recientes debido a los trasplantes hepáticos³. Tienen una incidencia aproximada de 20 por cada 100 000 habitantes y una mortalidad de 5% a 30%. Los agentes etiológicos principalmente identificados son *E. coli* y *Klebsiella spp*⁴.

Los abscesos hepáticos se localizan preferentemente en el lóbulo derecho, como consecuencia del mayor flujo sanguíneo; los abscesos piógenos por lo general son únicos. El tamaño es variable, pero la mayoría presenta un diámetro máximo medio que oscila entre 5cm y 10cm, sin embargo se han reportado casos de hasta 25cm, clasificando aquellos mayores de 20cm como gigantes.⁵

Durante el inicio del absceso hepático piógeno se presentan síntomas inespecíficos caracterizados por astenia, adinamia, anorexia, náusea, mialgias, artralgias, pérdida de peso, entre otros⁶. Esta sintomatología se puede presentar por semanas hasta que se agregan signos y síntomas más específicos como fiebre, ictericia, dolor abdominal, escalofríos y dolor abdominal en cuadrante superior derecho e incluso puede evolucionar hasta un choque séptico.⁷

El diagnóstico es clínico y los estudios de gabinete más utilizados son el ultrasonido y la tomografía axial computarizada, con una sensibilidad de 80% a 95% y de 95% a 100%, respectivamente.⁹

En combinación con el manejo antibiótico, las técnicas de drenaje percutáneo son la tendencia del manejo en la actualidad⁹. La cirugía continúa siendo necesaria en presencia de falla terapéutica con el tratamiento inicial y debe ser considerada como una intervención temprana en casos donde se presentan abscesos con formación de gase o en casos de choque séptico¹⁰.

CONCLUSIONES

El absceso hepático representa un problema de salud pública en países como el nuestro. Es un reto diagnóstico tanto para el médico general como para el especialista. De no detectarse a tiempo puede evolucionar hasta un abdomen agudo con sepsis abdominal y requerir de manejo quirúrgico, como el caso que presentamos.

REFERENCIAS

1. Carrillo L, Cuadra JL, Pintado S, Canelo C, Gil M, Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. *Rev. Gastroenterol.* 2010;30(1):46-51.
2. Branum GD, Tyson GS, Branum MA, Meyers WC: Hepatic abscess. Changes in etiology, diagnosis, and management. *Ann Surg.* 1990;212(6):655-662.
3. Cosme A, Ojeda E, Zamarreño I, Bujanda L, Garmendia G, Echeverría MJ, et. al. Pyogenic versus amoebic liver abscesses. A comparative clinical study in a series of 58 patients. *REV ESP ENFERM DIG.* 2010; 102(2):90-99
4. Alvarez Pérez JA, González JJ, Baldonado RF, et al. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess. *Am J Surg.* 2001; 181:177-186.
5. García J, Rebollar RC, Trejo R, Sánchez RM. Abscesos hepáticos piógenos. *Rev Hosp Jua Mex.* 2011;78(3):156-163.
6. Wong WM, Wong BC, Hui CK, et al. Pyogenic liver abscess: retrospective analysis of 80 cases over a 10-year period. *J Gastroenterol Hepatol.* 2002; 7:1001-1007.
7. Yu SC, et al. Treatment of pyogenic liver abscess: prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Hepatology.* 2004; 39:932-938.
8. Heneghan H, Healy N, Martin S, Ryan R, Nolan N, Traynor O, et. al. Modern management of pyogenic hepatic abscess: a case series and review of the literature. *BMC Research Notes.* 2011, 4:80.
9. Liao WI, Tsai SH, Yu CY, Huang GS, Lin YY, Hsu CW, Hsu HH, Chang WC: Pyogenic liver abscess treated by percutaneous catheter drainage: MDCT measurement for treatment outcome. *Eur J Radiol.* 2011; 81(4):609-615.
10. Alkofer B, Dufay C, Parienti JJ, Lepennec V, Dargere S, Chiche L. Are Pyogenic Liver Abscesses Still a Surgical Concern? A Western Experience. *HPB Surgery.* 2012, 10:1155